



Teilhabeplanung



für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung
im Landkreis Schwäbisch Hall

Herausgeber:

Landkreis Schwäbisch Hall
Münzstraße 1
74523 Schwäbisch Hall

E-Mail: info@lrasha.de
Internet: www.lrasha.de

Bearbeitung:

Barbara Milsch
Christian Gerle
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Dezernat Soziales.
Referat Sozialplanung, investive Förderung

Martin Keller-Combé
Sozialamt – Fachbereich 4
Sozialplanung, Soziale Dienste, Seniorenarbeit, Schuldnerberatung

Foto Titelseite:

„Spiegel auch: Kopf, Ei und Fisch“ von Max Ernst
© VG Bild-Kunst Bonn 2014

Dieses Bild wurde zusammen mit anderen Werken des Künstlers von 2009 bis 2010 in der Kunsthalle Würth in Schwäbisch Hall im Rahmen der Ausstellung „Albtraum und Befreiung“ gezeigt.

Stand März 2014

Vorwort

Mit dem vorliegenden Teilhabeplan für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung setzt der Landkreis Schwäbisch Hall die Sozialplanung fort, die mit dem im Jahr 2011 vom Kreistag einstimmig verabschiedeten Teilhabeplan für Menschen mit wesentlicher geistiger und/oder körperlicher Behinderung begonnen hat. Damit erfüllt der Landkreis den gesetzlichen Auftrag, darauf hinzuwirken, dass die erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen für Menschen mit einer wesentlich seelischen Behinderung rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.



„Albtraum und Befreiung“, so lautete die Ausstellung, in der Kunsthalle Würth, in der neben weiteren Werken von Max Ernst auch das Titelbild zu sehen war. Zum Glück lassen sich psychische Erkrankungen heute so erfolgreich behandeln, dass eine Befreiung aus dem Albtraum möglich ist. Nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen führt die Erkrankung zu einer wesentlich seelischen Behinderung mit entsprechenden Teilhabebeeinschränkungen. Gleichwohl nimmt auch im Landkreis Schwäbisch Hall seit vielen Jahren die Zahl der Menschen beständig zu, die wegen einer wesentlich seelischen Behinderung – zum Teil längerfristig oder lebenslang – Leistungen der Eingliederungshilfe benötigen. Den Teilhabebedürfnissen dieser Menschen aus unserem Landkreis gilt es unter dem Aspekt der Inklusion im Sinne der VN-Behindertenrechtskonvention vor allem durch ein verlässliches wohnortnahe Angebot gerecht zu werden. Im viertgrößten Flächenlandkreis in Baden-Württemberg ist dies eine besondere Herausforderung.

Der vorliegende Teilhabeplan beschreibt die gegenwärtigen Angebote und Versorgungsstrukturen im Landkreis Schwäbisch Hall. Eine umfassende Stichtagserhebung der Nutzerstruktur durch die Dienste und Einrichtungen gibt darüber Auskunft, in welchem Umfang Kreiseinwohner im Landkreis oder außerhalb Hilfe erhalten und in welchem Maß die Angebote im Landkreis von außen genutzt werden. Auf dieser Grundlage formuliert der vorliegende Teilhabeplan auch allgemeine Anhaltspunkte zur voraussichtlichen quantitativen Angebotsentwicklung. Im Mittelpunkt steht allerdings die qualitative Weiterentwicklung der Angebote und Leistungen sowie der Strukturen zur Zusammenarbeit aller Akteure zum Wohl der Betroffenen. Es sollen möglichst viele die notwendige Hilfe umfassend im Landkreis finden. Das besondere Augenmerk gilt dabei auch den frühzeitigen Hilfen in niederschweligen An-

geboten und der Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechts durch eine entsprechende Angebotsvielfalt.

Neben den von den Beteiligten in den Fachgesprächen formulierten Erwartungen an Politik und Gesellschaft nennt der Teilhabeplan konkrete Handlungsempfehlungen, die priorisiert und von allen Akteuren gemeinsam Zug um Zug umgesetzt werden sollen.

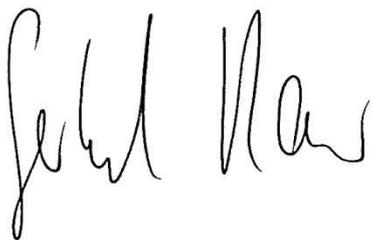
Dankbar und erfreut bin ich über den Entschluss des Klinikums am Weißenhof, in Schwäbisch Hall ein klinisches Angebot zu errichten. Damit wird eine von mir beständig geäußerte Notwendigkeit im Laufe des Jahres 2015 Wirklichkeit.

Der vorliegende Teilhabeplan ist das Ergebnis eines intensiven mehrjährigen Planungsprozesses und für interessierte Personen aus Fachwelt, Politik und Öffentlichkeit ein aussagekräftiges Werk über Stand und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Schwäbisch Hall.

Mein Dank gilt Frau Milsch und Herrn Gerle vom KVJS sowie unserem Sozialplaner, Herrn Keller-Combé, die den Prozess gemeinsam gestaltet und begleitet haben.

Mein Dank gilt auch allen Mitgliedern des Begleitkreises, die in vielen Fachgesprächen, Workshops und Sitzungen zum Gelingen des Werkes fachkundig und ideenreich beigetragen haben. Vor allem danke ich auch den Diensten und Einrichtungen für die arbeitsintensive Stichtagserhebung der Nutzerdaten.

Schließlich danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Landratsamt, die auf die eine oder andere Weise ihren Beitrag zur Erstellung des Teilhabeplans für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung geleistet haben.



Gerhard Bauer
Landrat

Inhalt	Seite
1 Einführung	7
1.1 Psychische Störungen und Erkrankungen	7
1.2 Seelische Behinderung, Eingliederungshilfe und Pflege	10
2 Die Ausgangssituation im Kreis	17
2.1 Einwohnerstruktur	17
2.2 Der Landkreis Schwäbisch Hall als Leistungs- und Planungsträger	18
2.3 Einrichtungen im Kreis (Standortperspektive)	19
2.4 Leistungsempfänger des Kreises (Leistungsträgerperspektive)	25
2.5 Der Landkreis Schwäbisch Hall im Vergleich	27
3 Teilhabeplanung im Landkreis Schwäbisch Hall	32
3.1 Auftrag und Zielsetzung	32
3.2 Planungsverständnis und methodisches Vorgehen	33
4 Personenkreis	39
4.1 Leistungen und Leistungsempfänger	39
4.2 Personenkreis nach Merkmalen	40
4.3 Personenkreis aus Leistungsträgerperspektive	48
5 Hilfe beim Wohnen	49
5.1 Leistungen im Kreis	49
5.1.1 Wohnleistungen insgesamt (Standortperspektive)	51
5.1.2 Ambulantes Wohnen	59
5.1.3 Stationäres Wohnen	61
5.2 Leistungsempfänger des Kreises	66
6 Arbeit und Tagesstruktur	73
6.1 Angebote und Leistungen im Kreis	73
6.1.1 Werkstätten	78
6.1.2 Beschäftigung und Betreuung – Tagesstruktur am Heim	86
6.1.3 Berufsausbildung und allgemeiner Arbeitsmarkt	90
6.1.4 Tagesstätten	95
6.2 Leistungsempfänger des Kreises	97

7 Vor- und Umfeld der Eingliederungshilfe	100
7.1 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)	100
7.2 Vernetzung und Kooperation	108
7.2.1 Gemeindepsychiatrischer Verbund	108
7.2.2 Gemeindepsychiatrisches Zentrum	110
7.3 Medizinische und therapeutische Angebote	111
7.3.1 Klinische Versorgung	111
7.3.2 Psychiatrische Institutsambulanzen	113
7.3.3 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten	114
8 Impulse aus Gesprächsrunden	115
8.1 Erwartungen von Betroffenen	115
8.2 Psychiatrische Versorgung junger Menschen	116
8.3 Psychiatrische Versorgung von seelisch behinderten Menschen mit Pflegebedarf	122
8.4 Arbeit / Tagesstruktur für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung	125
8.5 Medizinische Versorgung	127
8.6 Versorgungsbedarf aus Angehörigensicht	128
8.7 Bedarfskorridore	1301
9 Gesamtbetrachtung und Schlussfolgerungen	132
9.1 Eckdaten im Überblick	132
9.2 Entwicklungsbedarfe und Handlungsempfehlungen	134

Anlagen

Anlage 1	Begleitkreis – Liste der beteiligten Institutionen
Anlage 2	Verzeichnis der Schaubilder und Tabellen
Anlage 3	Abkürzungsverzeichnis

Hinweis:

Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängig Nennung der weiblichen und männlichen Bezeichnungen verzichtet wird. Selbstverständlich beziehen sich die Texte in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

1 Einführung

1.1 Psychische Störungen und Erkrankungen

Quantitative Entwicklungen

„Psycho-Erkrankungen auf dem Vormarsch“, „Depression bald Volkskrankheit Nummer Eins?“, „Neues Volksleiden Burnout“ – diese und ähnliche Schlagzeilen sind in den Medien derzeit sehr präsent.

Medial vermittelt wird das Bild einer Gesellschaft, in der die Häufigkeit von Erkrankungen dramatisch zunimmt. Auch in Fachkreisen wird die Frage diskutiert, ob und in welchem Maße psychische Störungen in der Bevölkerung zugenommen haben. Der Diskurs bezieht sich im Wesentlichen auf folgende Studien und Daten:

- Die Verbreitung psychischer Störungen wurde 1998/99 erstmals umfassend im Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ zum **Bundesgesundheitsurvey** empirisch erhoben. Danach litten 32 Prozent der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis unter 65 Jahren in den zwölf Monaten unter einer oder mehreren klinisch relevanten psychischen Störungen (12-Monatsprävalenz)¹. Im Rahmen der **Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)**² von 2008 bis 2011 wurde wiederum ein eigenes Modul zum Thema Psychische Gesundheit durchgeführt (DEGS-MHS). Die vorläufige statistische Auswertung kommt zu dem Ergebnis, dass jedes Jahr 33 Prozent der Bevölkerung von mindestens einer klinisch bedeutsamen - d.h. interventionsbedürftigen - psychischen Störung betroffen sind (12-Monatsprävalenz). Die höchste Prävalenzrate gibt es bei den Angst-, Alkohol- und depressiven Störungen, gefolgt von Substanz- und somatoformen Störungen. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit von Mehrfachdiagnosen (Komorbidität). Typisch für psychische Störungen ist eine hohe Anzahl von krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen und eine niedrige Behandlungsrate.
- Die **Gesundheitsreporte** verschiedener gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland zeigen, dass Arbeitnehmer immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz fehlen, und zwar entgegen dem allgemeinen Trend (d.h. Abnahme der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) in den meisten anderen Krankheitsgruppen). Aktuell werden fünf Prozent aller Krankschreibungen bzw. 12,5 Prozent aller betrieblichen Fehltagen durch psychische Erkrankungen verursacht. Damit hat sich der Anteil der AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen an allen betrieblichen Fehltagen seit 2000 in etwa verdoppelt. Psychische Störungen stellen bezogen auf die Anzahl der AU-Tage aktuell die vierthäufigste Krankheitsgruppe dar³. Auch die Dauer der Erkrankungen hat sich erhöht. Die Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen sind mit durchschnittlich

¹ Wittchen, H; Jacobi, F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2001 Nr. 44. S. 993–1000.

² Bundesgesundheitsblatt: Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS)

³ BKK Bundesverband: BKK-Gesundheitsreport 2011. Essen November 2011

30 Tagen überdurchschnittlich lang. Depressiv erkrankte Arbeitnehmer fehlen im Schnitt sogar 39 Tage⁴.

- Die Deutsche Rentenversicherung dokumentiert in ihrer Ausgabe „**Rentenversicherung in Zeitreihen**“⁵ u.a. die bundesweiten Zugänge zur Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit differenziert nach Diagnosegruppen. Im Jahr 2010 wurden 39,3 Prozent der Erwerbsminderungsrenten aufgrund einer psychischen Erkrankung geleistet (70.946 Fälle). 1993 waren es 15,4 Prozent (41.409 Fälle), 2005 lag der Anteil bei 32,2 Prozent (52.977 Fälle).
- Das Ausmaß psychischer Störungen ist kein deutsches Phänomen. Eine Studie der TU Dresden zu „**Häufigkeit, Krankenlast und Kosten psychischer und neurologischer Störungen in Europa 2010**“⁶ kommt zu dem Fazit, dass psychische Störungen zur größten gesundheitspolitischen Herausforderung in Europa geworden sind. Im Jahr 2010 waren rund 38 Prozent aller Einwohner der EU, das sind knapp 165 Millionen Menschen, von einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung betroffen. Im Vergleich zu 2005 haben sich keine Hinweise auf eine Zu- oder Abnahme der Häufigkeit ergeben.

Die vorliegenden Statistiken belegen, dass die Zahl der Krankheitstage und der Verrentungen aufgrund psychischer Störungen gestiegen ist. Was bedeutet das im Hinblick auf die allgemeine Prävalenz (Krankheitshäufigkeit)? Haben psychische Erkrankungen bezogen auf die Gesamtpopulation tatsächlich zugenommen? In Fachkreisen wird diese Frage kontrovers diskutiert. Die eher dramatisierende Einschätzung im Deutschen Ärzteblatt von 2006 („Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts?“⁷) wird von den Kritikern der Zunahme-These als Spekulation zurück gewiesen. Nach ihrer Auffassung gibt es für die Annahme einer neuen Epidemie keine schlagkräftigen Belege. Verlagerungen und Zunahmen bei Teilen der Bevölkerung oder in einzelnen Störungsbereichen sind durchaus möglich. Sie entwickeln sich allerdings nicht so rasant und dramatisch, wie es angesichts der drastischen Zuwächse in den Krankenkassen- und Rentenstatistiken häufig vorausgesetzt wird.⁸

Bei einer differenzierten Betrachtung und Bewertung der Krankheitsprävalenz müssen viele Faktoren berücksichtigt werden. Welche Krankheitsbilder, welche Bevölkerungsgruppen wurden in der jeweiligen Untersuchung einbezogen, welche Zeiträume zugrunde gelegt? Wie haben sich Diagnoseverhalten, Selbstwahrnehmung und Inanspruchnahme von Behandlung verändert? So hat zum Beispiel der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu psychischen Störungen zugenommen. Eine verbesserte (haus-)ärztliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen hat ein verändertes ärztliches Diagnose- und Verschreibungs- bzw. Krankschreibungsverhalten mit sich gebracht. Die Entwicklung von Arztgruppen und Versorgungsangeboten, zum Beispiel der Direktzugang zum Psychotherapeuten im Zuge des Psychothera-

⁴ Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout. Berlin 2012.

⁵ Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg): Rentenversicherung in Zeitreihen 2011. Berlin 2011

⁶ European College of Neuropsychopharmacology. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. 2011

⁷ Weber, A.; Hörmann, G.; Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A 834-841.

⁸ Spießl, H.; Jacobi, F.: Nehmen psychische Störungen zu? Psychiatrische Praxis 2008; 35: 318-20.

peutengesetzes 1999, haben das Angebot erweitert und eine Inanspruchnahme erleichtert. Eine zunehmende Selbstwahrnehmung psychischer Probleme bei den Betroffenen sowie die voranschreitende gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen haben ebenfalls zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Ärzten und Therapeuten beigetragen.

Es könnte sein, dass die Statistiken lediglich das Ausmaß psychischer Störungen realistischer widerspiegeln, als dies in früheren Zeiten der Fall war.

Bei einigen Bevölkerungsgruppen sind in den kommenden Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit Zuwachsraten zu erwarten. Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen im Alter (zum Beispiel Altersdepressionen), bei denen von einer Zunahme aufgrund demografischer Veränderungen und einer höheren Lebenserwartung ausgegangen werden kann. Es trifft möglicherweise aber auch bei Bevölkerungsgruppen zu, die bisher diagnostisch unzureichend einbezogen sind (zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund).⁹

Das Thema psychische Erkrankungen ist in der öffentlichen Wahrnehmung angekommen. Der Anteil der Krankschreibungen und Verrentungen hat zugenommen. Unabhängig von der Frage, ob die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) in der Bevölkerung tatsächlich gestiegen ist, bleibt festzuhalten: Es besteht Handlungsbedarf und dies nicht nur im Hinblick auf die sozialpsychiatrischen Versorgungssysteme. Psychische Erkrankungen, mögliche Lösungen und Konzepte sind eine gesundheitspolitische und gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Diagnosen

2001 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) verabschiedet. Klassifiziert wird die „funktionale Gesundheit“ eines Menschen auf dem Hintergrund seiner gesamten Lebenswirklichkeit. Dabei werden körperliche und seelische Funktionen, Handlungskompetenzen sowie die Möglichkeiten zur Teilhabe berücksichtigt. Das Diagnoseklassifikationssystem ICD-10¹⁰ soll eine einheitliche Sprache zur Beschreibung und Verschlüsselung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen ermöglichen. In Deutschland kommt derzeit die ICD-10-GM¹¹ zur Anwendung. „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind dort im Krankheitskapitel V unter den Ordnungsnummern F00 bis F99 beschrieben.

⁹ Jakobi, F.: Nehmen psychische Erkrankungen zu? Report Psychologie 1/2009, 34: 16-28.

¹⁰ ICD-10, Version 2011. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

¹¹ ICD-10-GM, Version 2012. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI.

Im Überblick

Psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM

- F00–F09** Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10–F19** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20–F29** Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30–F39** Affektive Störungen
- F40–F48** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50–F59** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60–F69** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70–F79** Intelligenzstörung
- F80–F89** Entwicklungsstörungen
- F90–F98** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99** Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

1.2 Seelische Behinderung, Eingliederungshilfe und Pflege

Eine psychische Störung kann zu jedem Zeitpunkt im Leben auftreten und ist in der Regel nicht vorhersehbar. Sie kann einen kurzen Verlauf nehmen, kann aber auch chronisch werden. Bei der einen Person bleibt sie für Außenstehende unauffällig, bei der anderen führt sie zu krankheitsbedingten Ausfallzeiten am Arbeitsplatz. Eine psychische Erkrankung muss - auch wenn sie chronisch verläuft - nicht zwangsläufig zu einer wesentlichen seelischen Behinderung führen und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen. Viele Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung leben selbstständig oder werden von Angehörigen begleitet und unterstützt. Bei Bedarf erhalten sie medizinisch-therapeutische Versorgung durch Hausärzte, psychiatrische Fachärzte und Kliniken sowie eine Begleitung durch Fachdienste wie den Sozialpsychiatrischen Dienst.

Nur ein Teil der Personen mit psychischen Erkrankungen und medizinischem Behandlungsbedarf sind wesentlich an gesellschaftlicher Teilhabe behindert.

Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden (Art 3 Abs. 3 Grundgesetz). Menschen mit seelischen Behinderungen erhalten daher Leistungen der Eingliederungshilfe und anderer sozialer Sicherungssysteme. Eingliederungshilfe erhalten sie, wenn und solange das private, medizinisch-therapeutische und niederschwellige Unterstützungssystem nicht ausreicht, um die Behinderung auszugleichen.

Die sozialrechtlichen Grundlagen für die Definition von Behinderung sowie für den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe finden sich in den Sozialgesetzbüchern „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) und „Sozialhilfe“ (SGB XII). Danach sind Menschen dann behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Der Begriff der wesentlichen Behinderung wird in der Eingliederungshilfe-Verordnung (EGH-VO) näher bestimmt. Dort werden auch die seelischen Störungen benannt, die zu einer wesentlichen Behinderung führen können.

Im Überblick

Eingliederungshilfe - Rechtliche Grundlagen

- Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch ..., um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. (**§ 1 SGB IX**)
- Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. (**§ 2 SGB IX**)
- Personen, die durch eine Behinderung ... wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. ... (**§ 53 Abs. 1 SGB XII**)
- Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. ... (**§ 53 Abs. 2 SGB XII**)
- Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. (**§ 53 Abs. 3 SGB XII**)
- Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben können, sind: körperlich nicht begründbare Psychosen; seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen; Suchtkrankheiten; Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. (**§ 3 Verordnung nach § 60 SGB XII - Eingliederungshilfe-Verordnung**)

Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII erhalten Personen, die krank und behindert und darüber hinaus durch diese Behinderung wesentlich in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung umfasst eine breite Angebotspalette an Wohn-, Tagesstruktur- und anderen Unterstützungsformen. Für Menschen mit stationärem Eingliederungshilfebedarf stehen Wohnheime zur Verfügung, in denen Leistungen nach SGB XII erbracht werden. Bestimmte Patienten mit psychischen Erkrankungen haben nach einem stationären Krankenhausaufenthalt einen vorübergehenden oder dauerhaft erhöhten zusätzlichen Pflegebedarf. Ein Teil dieser Menschen wird derzeit auch aufgrund fehlender geeigneter Plätze in der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI untergebracht. Die Versorgung in einem Pflegeheim kann auch aufgrund eines Unterbringungsbeschlusses wegen Fremd- und Eigengefährdung erfolgen, in diesem Fall in einer geschlossenen Einrichtung bzw. in einer geschlossenen Abteilung. In Baden-Württemberg wird eine nicht unbeträchtliche Zahl, auch jüngerer Menschen unter 65 Jahren in einer stationären Einrichtung der psychiatrischen Pflege versorgt. Wie viele jüngere psychisch kranke Personen mit Pflegebedarf darüber hinaus eingestreu in klassischen Pflegeheimen leben, ist nicht bekannt. Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es derzeit keine Eingliederungshilfeplätze, in denen Menschen mit Unterbringungsbeschluss betreut werden können.

Im Überblick

Pflegeleistungen - Rechtliche Grundlagen

- Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten (**§ 61 Abs. 1 SGB XII Hilfe zur Pflege**). Sie ist nachrangig und wird nur dann gewährt, wenn der Pflegebedürftige die Pflegeleistungen nicht selbst (z.B. aus seinem Vermögen) tragen kann oder sie nicht von Dritten z. B. durch die Pflegeversicherung erhält. Voraussetzung ist eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach dem SGB XI (Pflegestufe 0 bis 3).
- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten (**§ 2 Abs. 1 SGB XI**).
- Die Pflege soll auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten

ten zurück zu gewinnen. Um der Gefahr der Vereinsamung Pflegebedürftiger entgegen zu wirken, sollen bei der Leistungserbringung auch Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden (**§ 28 Abs. 4 SGB XI**).

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befindet im Auftrag der Pflegekassen über die Pflegebedürftigkeit eines Bewohners und seine Pflegestufe. Die Pflegeversicherung übernimmt als Teilleistungssystem je nach Höhe der Pflegestufe einen Teil der Kosten bis zu einem festgelegten Höchstsatz. Ergänzend dazu oder bei Pflegestufe 0 gewähren die Stadt- und Landkreise als Sozialhilfeträger bei Vorliegen der Voraussetzungen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Bei Leistungen der Hilfe zur Pflege gilt wie bei der Eingliederungshilfe, dass der Bedarf erheblich sein und voraussichtlich mindestens für 6 Monate bestehen muss.

Die Leistungssysteme der Eingliederungshilfe und der Pflege unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer sozialrechtlichen Grundlagen als auch in den Zielen und Konzepten ihres institutionellen Handelns. **Pflegeleistungen** sind vorrangig auf somatische Bedürfnisse und auf den Erhalt von Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags ausgerichtet. Selbständigkeit, Selbstbestimmung und soziale Interaktion sollen als Grundbedürfnisse eines menschenwürdigen Lebens gefördert werden. Tagesstrukturierende Angebote sind als Kommunikation, Freizeitbeschäftigung oder als Therapie konzipiert und im Wohnsetting integriert. **Eingliederungshilfe** will dazu beitragen, dass eine vorhandene Behinderung und ihre Folgen beseitigt oder gemildert werden. Die wesentliche Aufgabe, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, bezieht sich auf den sozialen Raum außerhalb der Institution. Tagesstruktur soll daher solange dies möglich ist, als Arbeit und Beschäftigung (LT I.4.4, I.4.5b und I.4.6) extern außerhalb der Wohneinrichtung durchgeführt werden.

Das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe und der Pflege ist seit Jahren Thema von Abgrenzungsfragen¹². Es gibt vielerlei Schnittstellen und Überschneidungen. In der sozialpsychiatrischen Versorgung sind es im Wesentlichen zwei Personengruppen, die Pflegeleistungen erhalten. Zum einen geht es um Menschen in der Eingliederungshilfe, die älter und pflegebedürftig werden. Leistungsempfänger können zum anderen Menschen unter 65 Jahren sein, die psychisch krank und pflegebedürftig sind. (Die Gerontopsychiatrie mit ihren Angeboten zur Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter ist nicht Gegenstand dieser Teilhabeplanung.) Wo Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung und zusätzlichem Pflegebedarf untergebracht werden, ob in einer Einrichtung mit Leistungsvereinbarung nach SGB XII oder in einem Pflegeheim mit Versorgungsvertrag nach SGB XI hängt nicht immer von ihrem individuellen Hilfebedarf ab, sondern kann derzeit auch durch fehlende Eingliederungshilfeplätze bedingt sein¹³.

¹² Diskussionspapiere des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe „Menschen mit Behinderung im Alter“ vom 14.06.2013

¹³ Zur Diskussion über die Belegungspraxis aufgrund fehlender Eingliederungshilfeplätze siehe Kapitel 8.

Der **Nachrang der Sozialhilfe** gilt auch bei Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung. Vorrangig sind insbesondere Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Pflege (z.B. Agentur für Arbeit, Kranken-, Unfall- oder Pflegekassen als Rehabilitationsträger). Bei der Gewährung der Leistungen zählt grundsätzlich das **Herkunftsprinzip**. Der Sozialhilfeträger übernimmt Kosten für notwendige Leistungen von Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor Hilfebeginn innerhalb des Kreises hatten. Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind (**Wunsch- und Wahlrecht**).

Seit Inkrafttreten der **UN-Behindertenrechtskonvention** in Deutschland im März 2009 ist die Forderung nach einer Gesellschaft für alle, nach einem selbstverständlichen, inklusiven Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderungen, vertragliche Verpflichtung. Inklusion erfordert ein Umdenken in der gesamten Gesellschaft und ein Umgestalten der Unterstützungssysteme vom Bildungs- über das Gesundheits- bis zum Sozialwesen. Die Konsequenzen aus der Ratifizierung der Konvention wurden bisher vor allem im schulischen Bereich diskutiert. Aber auch die Eingliederungshilfe muss sich daran messen lassen, ob sie der Zielsetzung gerecht wird.

Einen Anspruch auf Inklusion haben Menschen mit seelischen Behinderungen ebenso wie Personen mit geistigen Behinderungen und anderen Beeinträchtigungen.

Quantitative Entwicklungen

Daten zur Entwicklung von Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen Behinderungen liegen als Zeitreihen sowohl im bundesweiten Vergleich als auch – seit 2005 – in Baden-Württemberg vor. Die Daten wurden nicht durchgängig bei allen Merkmalen bzw. nicht von Anfang an nach Behinderungsarten (körperliche, geistige oder seelische Behinderung) differenziert erhoben. Die Feststellung der vorrangigen Behinderungsart ist insbesondere bei Menschen mit mehrfachen Behinderungen nicht immer eindeutig. Je nachdem, ob eine seelische Behinderung als Haupt- oder Nebendiagnose in Verbindung mit einer körperlichen Behinderung eingestuft wird, kann sich der Anteil innerhalb der Behinderungsarten unterscheiden.

- **Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)** veröffentlicht - mittlerweile jährlich - **bundesweite Kennzahlen**¹⁴. Die Zuwächse der seelisch behinderten Leistungsberechtigten von 2005 bis 2010 liegen bei den einzelnen Bundesländern zwischen 46,5 und 82,7 Prozent¹⁵. Zugenommen hat auch die Zahl der Plätze in Werkstätten für Menschen mit einer primär seelischen Behinderung pro 1.000 Einwohner (von 2003 bis 2008 um über 40%, von 2008 auf 2010 um 11,2 %). Der Anteil der Leistungsberechtigten im Arbeitsbereich der WfbM ist - bezogen auf alle Behinderungsarten - von 15,9% in 2008 auf 18% in 2010 gestiegen.

¹⁴ BAGüS/con_sens .Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Münster (jährlich)

¹⁵ Datenbasis: Angaben von 8 überörtlichen Sozialhilfeträgern; die anderen Bundesländer konnten dazu keine Angaben machen.)

- Auch in **Baden-Württemberg** steigt die Zahl der Eingliederungshilfeleistungen nach SGB XII für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung. Dies wird aus der vom KVJS jährlich zum Stichtag 31.12. bei den Stadt- und Landkreisen erhobenen **Fallzahlenstatistik** deutlich¹⁶. Die Leistungsdichte hat sich seit 2005 bis 2010 von 1 auf fast 1,4 Leistungsempfänger pro 1.000 Einwohner erhöht. Die Steigerung um 37 Prozent liegt dreimal höher als bei den Leistungsempfängern mit einer geistigen und körperlichen Behinderung.

Die Zahl der Eingliederungshilfeleistungen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung ist gestiegen. Im Vergleich zur Entwicklung bei Menschen mit geistigen Behinderungen hat sich die Zuwachsrate überproportional erhöht.

Im Überblick

Psychiatrie-Berichterstattung in Baden-Württemberg

- Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. erhebt seit Ende der 1980er Jahre Daten bei den Sozialpsychiatrischen Diensten im Land. Die jährliche freiwillige **Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste** liefert differenzierte Daten, beschränkt sich aber auftragsgemäß auf die Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste.
- Die Landesregierung hat im Jahr 2000 einen **Psychiatrieplan für Baden-Württemberg** vorgelegt¹⁷. In Teil 1 werden die Versorgungsstrukturen im Land beschrieben und Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung benannt. In Teil 2 werden in einem „Wegweiser Psychiatrie“ alle Angebote mit Adressen und Platzzahlen in Baden-Württemberg - nach Stadt- und Landkreisen gegliedert - aufgelistet. Der Bericht wird bis heute regelmäßig fortgeschrieben und im Internet veröffentlicht¹⁸. Die Platzzahlen sind allerdings nur bedingt statistisch auszuwerten.
- Die Liga der freien Wohlfahrtspflege, Landkreistag und Städtetag Baden-Württemberg führten eine erste Erhebung zum Stand des Gemeindepsychiatrischen Verbunds 2005 durch. An dieser nahmen 35 Landkreise und 9 Stadtkreise teil. Damals existierten in 16 Kreisen Gemeindepsychiatrische Verbände und in 13 Gemeindepsychiatrische Zentren. Diskutiert wurden dabei die Themen Fallkoordination und Vernetzung sowie die Frage, ob und in welchem Umfang Angebote der Medizin und der Teilhabe im Sinne eines ambulanten Leistungsverbunds verknüpft wurden.
- Der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) erstellt seit 2005 jährlich einen Bericht zu **Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII**¹⁹. Grundlage sind die bei den örtlichen Sozialhil-

¹⁶ KVJS: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart (jährlich)

¹⁷ Sozialministerium Baden-Württemberg: Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg. Stuttgart August 2000.

¹⁸ http://www.sozialministerium-bw.de/de/Psychiatrische_Versorgung/82167.html

¹⁹ KVJS: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart (jährlich)

feträgern in Baden-Württemberg erhobenen Leistungsdaten. Damit sind Vergleiche zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen und über zeitliche Entwicklungen möglich. Der Bericht beschränkt sich auf den Bereich der Eingliederungshilfe.

- KVJS, Landkreistag und Städtetag und haben 2011 erstmals eine **Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg**²⁰ herausgegeben. Zunächst wurde ein einheitliches, möglichst einfaches Erhebungsraster entwickelt, in dem aus anderen Erhebungen zur Verfügung stehende Daten enthalten und zu ergänzen sind. Die Daten wurden zum Stichtag 31.12.2009 bei den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg erhoben. Die landesweite Versorgungssituation wird kreisbezogen dokumentiert und bildet sowohl die Standort- als auch die Leistungsträgerperspektive ab.

In Baden-Württemberg gibt es eine nennenswerte Anzahl seelisch behinderter Menschen unter 65 Jahren, die in Pflegeeinrichtungen mit psychiatrischen Plätzen leben. Dieser Personenkreis ist in den Statistiken der Eingliederungshilfe nicht enthalten. Die Zahlen wurden erstmals 2009 im Rahmen der Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg (GPV-Dokumentation) erhoben. Eine Entwicklung wird sich erst im Vergleich der folgenden Jahre ablesen lassen.²¹

Psychische Störungen haben einen hohen Anteil an der Gesamtheit aller Erkrankungen. Die Herausforderungen an eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung sind groß. Ob ein psychisch kranker Mensch wesentlich in seiner gesellschaftlichen Teilhabe behindert ist und Eingliederungshilfe benötigt, hängt von vielen Faktoren ab. Steht rechtzeitig ausreichende medizinische Behandlung zur Verfügung? Gibt es ein tragfähiges soziales Umfeld? Für die Eingliederungshilfe geht es vor allem um eine qualitative Weiterentwicklung. Es geht um nachhaltige Lösungen, die den Betroffenen ein Leben in der Mitte der Gesellschaft ermöglichen.

²⁰ KVJS: Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg. Stuttgart August 2011

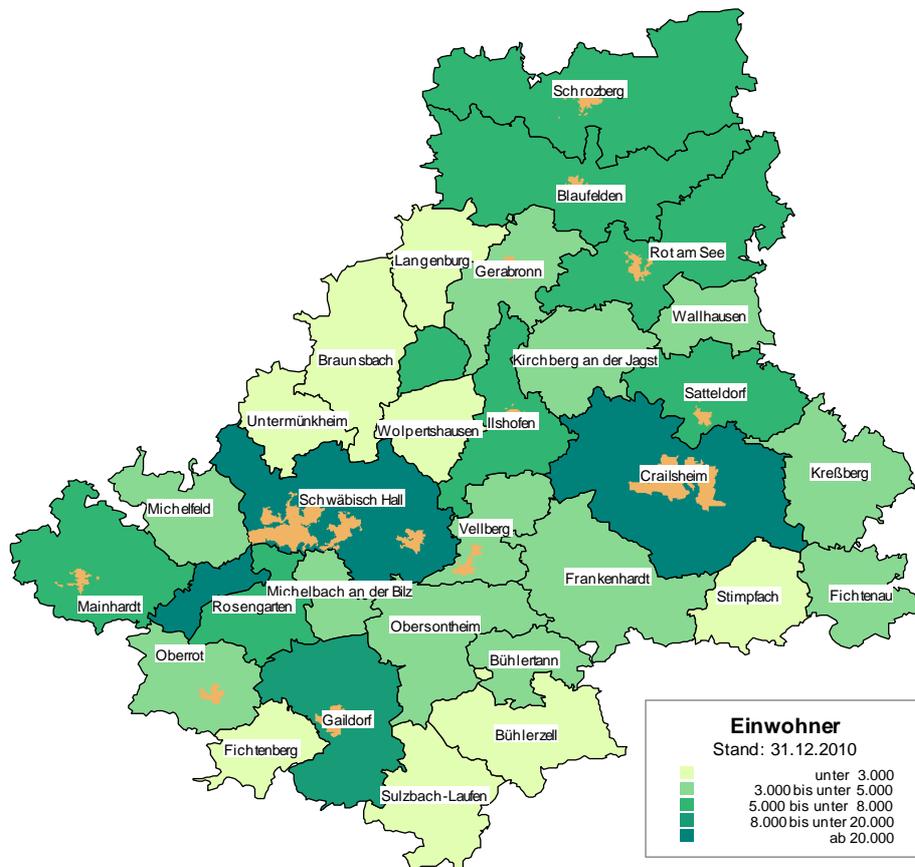
²¹ Die GPV-Dokumentation zum Stichtag 31.12.2011 liegt derzeit als Prüfversion vor (Stand: Dezember 2013); zum Thema Pflegeeinrichtungen siehe Seite 29f

2 Die Ausgangssituation im Kreis

In diesem Kapitel wird die Ausgangssituation des Landkreises im Hinblick auf seine Allgemeinbevölkerung und die Rahmenbedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und wesentlich seelischer Behinderung beschrieben. Die Darstellung enthält Informationen und Daten, soweit sie zu Beginn des Teilhabeprozesses und unabhängig davon bereits verfügbar waren (Fallzahlenstatistik, Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund, Wegweiser Psychiatrie, etc.). Daten aus der Leistungsempfängerstatistik des Kreises fließen in aktualisierter Form ein. Die Beschreibung der Einrichtungen und Angebote im Kreis umfasst auch Informationen aus den im Rahmen der Teilhabepflege ab 2011 durchgeführten Einrichtungsbesuchen. Die Ergebnisse der bei den Einrichtungsträgern durchgeführten Datenerhebungen werden ab Kapitel 4 dargestellt.

2.1 Einwohnerstruktur

Der Landkreis Schwäbisch Hall gehört mit 127 Einwohnern je Quadratkilometer zu den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg mit relativ geringer Bevölkerungsdichte. Er umfasst 30 Gemeinden, in denen am 31.12.2010 insgesamt 188.420 Einwohner lebten. Die größte Stadt im Landkreis ist Schwäbisch Hall (37.137 Einwohner), gefolgt von Crailsheim (33.021 Einwohner) und Gaildorf (12.332 Einwohner). Alle übrigen Städte und Gemeinden haben weniger als 7.000 Einwohner. Der nördliche Teil des Landkreises verfügt über kein Mittelzentrum und ist in seiner Gesamtheit im Vergleich dünn besiedelt. In der Stadt Schrozberg und den Gemeinden Blaufelden und Rot am See wohnen jeweils knapp über 5.000 Menschen.

Schaubild 1: Städte und Gemeinden im Landkreis Schwäbisch Hall

Karte: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt, Bevölkerung zum 31.12.2010

2.2 Der Landkreis Schwäbisch Hall als Leistungs- und Planungsträger

Im Zuge der Verwaltungsreform in Baden-Württemberg wurden den Stadt- und Landkreisen die Aufgaben der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII vollständig übertragen. Seit dem 01.01.2005 ist der Landkreis **Leistungsträger** für alle Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII und dem SGB XII. Im Landratsamt Schwäbisch Hall wurden die Aufgaben nach dem SGB XII in das Sozialamt integriert, in dem die Eingliederungshilfe zwischenzeitlich komplett im „Fachbereich 1 – Leistungen für Menschen mit Behinderung“ gebündelt ist. Seit März 2007 werden hier alle SGB XII-Leistungen für Menschen mit Behinderungen im Rahmen des Fallmanagements bearbeitet. Im Juli 2008 wurde mit dem Aufbau der Hilfebedarfsermittlung durch sozialpädagogisches Fachpersonal begonnen. Für das Fallmanagement wurde ein Konzept erarbeitet. Für die Hilfe zur Pflege ist der Fachbereich 2 zuständig. Die Leistungen nach § 35 a SGB VIII werden vom Jugendamt gewährt.

Seit Übertragung der zuvor vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (LWV) wahrgenommenen Aufgaben ist der Landkreis Schwäbisch Hall nicht nur Leistungsträger der Eingliederungshilfe. Er steht darüber hinaus als zuständiger **Planungsträger** gem. § 17 Abs.1 SGB I in der Verantwortung dafür, dass ausreichend Angebote der Eingliederungshilfe im Sinne des SGB XII für die Landkreisbewohner vorhanden sind.

Im Überblick

Rechtliche Grundlagen für einen Planungsauftrag

- Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass
 1. jeder Leistungsberechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
 2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. (**§ 17 SGB I Abs. 1**)
- Die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten. (**§ 86 SGB X**)
- Die in § 86 genannten Stellen sollen
 1. Planungen, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen von Bedeutung sind, im Benehmen miteinander abstimmen sowie
 2. gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben. Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden. (**§ 95 SGB X Abs.1**)

Der Landkreis Schwäbisch Hall ist sowohl Leistungs- als auch Planungsträger der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung. In der Teilhabeplanung werden zwei verschiedene Sichtweisen eingenommen, die sich zu einem Gesamtbild ergänzen. Bei der Leistungsträgerperspektive geht es um die Kreisbürgerinnen und Kreisbürger mit Behinderung und Eingliederungshilfebedarf – unabhängig davon, wo sie diese Hilfe erhalten. Bei der Standortperspektive stehen die im Kreis verorteten Angebote im Fokus der Betrachtung. Dabei sind Leistungen für Menschen aus anderen Herkunftskreisen eingeschlossen.

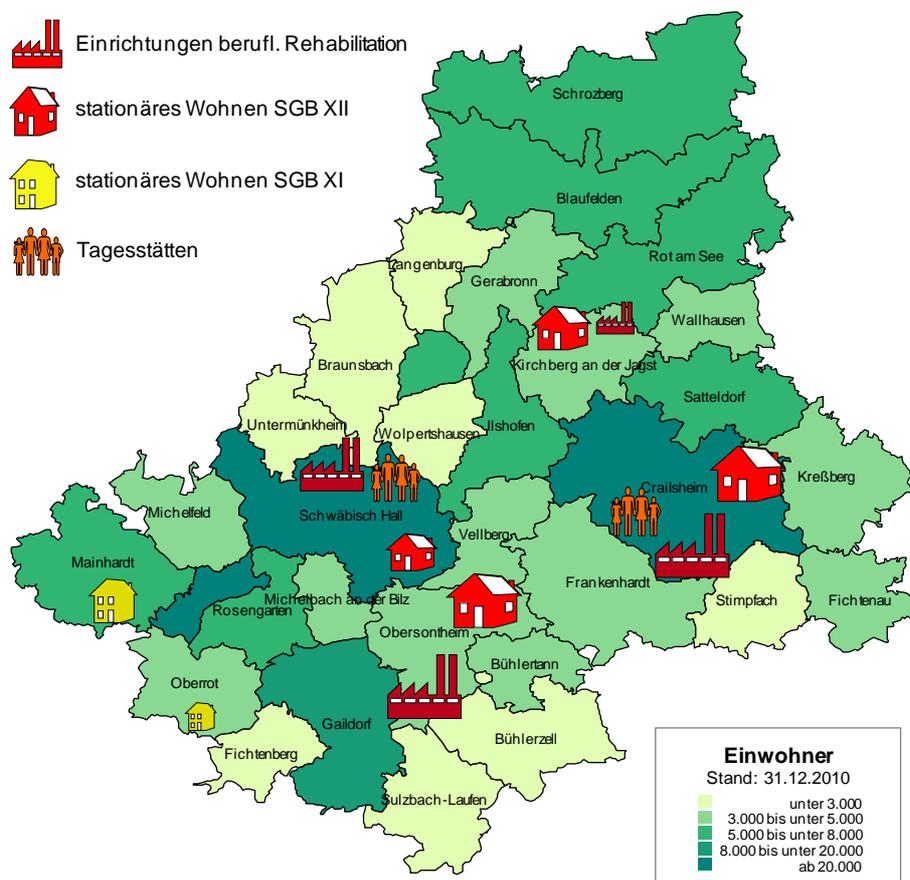
2.3 Einrichtungen im Kreis (Standortperspektive)

Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es drei Träger der Eingliederungshilfe, die **stationäre und ambulante Wohnplätze** für Menschen mit seelischen Behinderungen anbieten: die Samariterstiftung in Obersontheim, die Sozialtherapeutische Einrichtung Buchhof in Schwäbisch Hall und die Sozialtherapeutische Gemeinschaft Weckelweiler in Kirchberg. Ein weiterer Träger bietet ausschließlich **ambulant betreutes Wohnen und begleitetes Wohnen in Familien** an: Der Verein Wendepunkt in Schwäbisch Hall. Im „Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg“²² sind für das Jahr 2011 außerdem zwei **Pflegeheime** aufgeführt, die

²² www.sozialministerium-bw.de
(dort: → Gesundheit → Psychiatrische Versorgung → Infomaterial und Downloads: Wegweiser Psychiatrie)

spezifische, zum Teil geschlossene Pflegeplätze für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung vorhalten: Der Lindenhof in Mainhardt und das Rottaler Senioren- und Pflegeheim. Diese Einrichtungen konzentrieren sich im südwestlichen Teil des Landkreises. **Die Werkstätten** für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen im Landkreis befinden sich in Schwäbisch Hall, Obersontheim und Crailsheim. Träger ist die Samariterstiftung. Die Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Weckelweiler bieten in ihren Werkstätten für Menschen mit geistigen Behinderungen in Kirchberg einige eingestreute Plätze an. Damit gibt es vier Werkstatt-Standorte, von denen sich zwei in den beiden Städten mit der höchsten Einwohnerzahl befinden. In Schwäbisch Hall und Crailsheim gibt es außerdem je eine **Tagesstätte** in Trägerschaft der Samariterstiftung.

Schaubild 2: Angebotslandkarte im Landkreis Schwäbisch Hall



Karte: KVJS. Datenbasis: Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg. 2011

Außerdem gibt es eine Palette von weiteren Angeboten im **Vor- und Umfeld der Eingliederungshilfe und Pflege**. Dazu zählen neben den bereits erwähnten Tagesstätten der Sozialpsychiatrische Dienst der Samariterstiftung an den Standorten Schwäbisch Hall und Crailsheim sowie die Psychiatrische Institutsambulanz in Schwäbisch Hall. Der Landkreis Schwäbisch Hall ist darüber hinaus Standort des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall, das einige stationäre Plätze im Bereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie anbietet. In der Stadt Schwäbisch Hall unterhält die Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH (ein Trägerver-

bund, an dem das Diakonie-Krankenhaus, das Klinikum am Weissenhof und die Samariterstiftung beteiligt sind) eine Tagesklinik. Die stationäre klinisch-psychiatrische Versorgung erfolgt außerhalb der Kreisgrenzen, insbesondere im Klinikum am Weissenhof²³.

Im Folgenden werden die einzelnen Wohneinrichtungen mit ihren unterschiedlichen Konzepten und Profilen (so wie sie sich bei den Einrichtungsbesuchen vor Ort dargestellt haben) beschrieben.

Das **Samariterstift Obersontheim** gibt es seit 1904 als überregionale Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung und als Pflegeheim für die Bewohner der Umgebung. Ab 1989 übernahm die Samariterstiftung mit WfbM-Plätzen und mit Wohnheimplätzen an der Werkstatt die Aufgabe als sozialpsychiatrische Einrichtung für den Landkreis. Heute umfasst das Wohnangebot des Samariterstifts stationäre Plätze, das ambulant betreute Wohnen und die Betreuung in Familien für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen. Stationäres Wohnen gibt es an den Standorten Obersontheim und Crailsheim, zum Teil in kleinen Wohneinheiten in Einfamilienhaussiedlungen. Dieses inklusive Konzept stößt bei Menschen mit einem hohen Maß an selbstgefährdendem Verhalten und mit nicht angepassten Außenaktivitäten an Grenzen. Personen mit einem Unterbringungsbeschluss können aus baulichen Gründen bisher nicht betreut werden.

Ambulant Betreutes Wohnen bietet das Samariterstift für Einzelpersonen wie für Paare in Form von Wohngemeinschaften (in Schwäbisch Hall) und von Wohnungen in einem Appartementhaus (in Crailsheim) an.

In Obersontheim gibt es einen Wohnbereich, in dem pflegebedürftig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung leben. Dort frei werdende Plätze werden seit vielen Jahren genutzt, um Menschen mit seelischer Behinderung und zusätzlichem Pflegebedarf versorgen zu können.

Zum tagesstrukturierenden Angebot gehören die Fränkischen Werkstätten, Angebote im Leistungstyp (LT) 4.6 und 4.5b und die Tagesstätten. Die Samariterstiftung ist Träger des Sozial-psychiatrischen Dienstes im Landkreis und als Bestandteil der Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH an der medizinischen Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt.

Der Träger sieht sich mit seiner breit gefächerten Angebotspalette in der Verantwortung als Einrichtung für den Versorgungsbedarf des Landkreises. Die verschiedenen Angebotsformen sollen möglichst durchlässig sein, damit die Veränderung des Unterstützungsbedarfes für die betroffenen Menschen nicht zwingend einen Trägerwechsel nach sich zieht.

Das Samariterstift ist eine Einrichtung auch für diejenigen Menschen, die längere Zeit Unterstützung brauchen. Zusammen mit den Plätzen in Werkstätten, den Außenarbeitsplätzen, den Tagesstätten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst bietet der Träger alle wesentlichen Hilfeformen der psychiatrischen Versorgung aus einer Hand.

²³ Weitere Ausführungen in Kapitel 7

Der **Buchhof** wurde 1980 als anthroposophisch orientierte sozialtherapeutische Übergangseinrichtung in Wielandsweiler bei Schwäbisch Hall gegründet. Das Gebäude selbst und die Lage im Rottal verbinden sich auch heute noch zu einem eher ländlich geprägten Setting. Die Bewohnerzahl im Stammhaus hat sich von anfangs drei auf zwölf erhöht. Zu den Mitarbeitern der Gründungsphase kamen weitere aus verschiedenen pädagogischen, handwerklichen und therapeutischen Berufen hinzu, die seitdem im Team zusammen arbeiten. Vor 15 Jahren wurde im Dorf zusätzlich eine Trainingswohnung mit 6 Plätzen angemietet. Ambulant betreutes und begleitetes Wohnen in Familien wird fast ausschließlich als Anschlussmaßnahme für zunächst stationär betreute Bewohner durchgeführt. Derzeit wird die zukünftige Nutzung des Stammgebäudes im Hinblick auf die Anforderungen der Landesheimbauverordnung (Einzelzimmer, individueller Sanitärbereich) konzeptionell und baulich überdacht.

Schwerpunktmäßig werden Menschen mit Erkrankungen im schizophrenen Spektrum betreut. Die Anfragen für Personen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nehmen deutlich zu. Menschen mit akuter Suchtproblematik, hohem Pflegebedarf und ausgeprägten dissozialen Verhaltensweisen können nicht aufgenommen werden. Vorgesehen ist eine Verweildauer von ein bis zwei Jahren. Da der Träger keine externe Tagesstruktur vorhält, stehen Berufsausbildung und die Integration in Arbeit bei der Aufnahme nicht im Vordergrund. Über behutsame tagesstrukturierende Schritte im Rahmen z. B. interner hauswirtschaftlicher Tätigkeiten sollen die Bewohner nach und nach auch externe Bildungs- und Berufsangebote bewältigt werden können.

Das Konzept des Buchhofs wendet sich an eher jüngere Menschen, die eine Auszeit brauchen und sich vorübergehend in ein überschaubares Setting mit wenig institutionellem Charakter zurückziehen möchten.

Die **Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Weckelweiler** wurden vor mehr als 50 Jahren in Weckelweiler (Kirchberg an der Jagst) als Jugendhilfeeinrichtung gegründet. Entsprechend dem anthroposophisch orientierten Weltbild fühlte sich die Einrichtung für seelenpflegebedürftige Menschen verantwortlich, so dass auch geistig behinderte Schüler aufgenommen wurden. Mit dem Erwachsenwerden der Bewohner veränderte und erweiterte sich die Angebotsstruktur. Zur Schule kamen Ausbildungsmöglichkeiten und Arbeitsplätze sowie Jugendhilfemaßnahmen nach § 35a SGB VIII für seelisch Behinderte hinzu. Schwerpunkt der Einrichtung ist heute die Betreuung von Menschen mit geistigen Behinderungen. Darüber hinaus werden Wohn- und Arbeitsplätze, für Menschen mit seelischer Behinderung angeboten. Kleine familiäre Einheiten und Netzwerke in den Dorfgemeinschaften ermöglichen eine „eingestreute“ Betreuung. Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit psychiatrischem Bedarf wird bisher nur in zahlenmäßig geringem Umfang durchgeführt, ist aber aus Sicht des Trägers ein wachsender Bereich.

Die kreative Ausrichtung des Werkstattbereichs wird von einem bestimmten Personenkreis als ebenso attraktiv empfunden wie die - laut Aussage eines Bewohners - stress- und mobbingfreie Atmosphäre. Die Aufnahme erfolgt bisher als personenorientierte Hilfe im Einzel-

fall²⁴. Aufgenommen werden Menschen, die in das integrative Konzept passen und sich nicht stigmatisiert fühlen. Voraussetzung für eine gelingende Unterstützung ist die Teilnahme an Werkstattangeboten.

Aufgrund der in Weckelweiler vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten (3-jährige Fachpraktikerausbildung in 8 Berufen) und der beruflichen Orientierung (Soziale Reha) kommt es in den letzten Jahren verstärkt zu Anfragen für jüngere Menschen im Anschluss an eine Jugendhilfemaßnahme nach §35a SGB VIII. Auch in diesem Bereich soll über eine Profilierung und Spezialisierung der vorhandenen Möglichkeiten entsprechend der Bedürfnisse des Personenkreises nachgedacht werden.

Die Einrichtung betreibt eine Schule für Heilerziehungspflege mit ca. 40 Ausbildungsplätzen und internen Praxisstellen.

Die Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Weckelweiler sind eine anthroposophisch orientierte Einrichtung mit Wohn- und Tagesstruktur für Menschen mit geistigen Behinderungen²⁵ und überregionalem, bundesweitem Einzugsgebiet. Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung stehen eingestreut zur Verfügung. Eine psychiatrische Versorgung kommt in diesem Rahmen vor allem für psychisch kranke Menschen mit dem Bedürfnis nach Berufsausbildung und Beschäftigung im kreativen Bereich der Werkstätten in Betracht.

Der **Wendepunkt e. V.** wurde 2006 zunächst als Anbieter psychiatrischer Familienpflege gegründet. Handlungsleitend für die Gründer war die Überzeugung, psychisch kranken Menschen damit ein selbstverantwortliches Leben außerhalb von Einrichtungen zu ermöglichen und den Hospitalisierungskreislauf zu durchbrechen. Mittlerweile überwiegt immer noch die Zahl der im familiären Setting Betreuten, der Träger hält darüber hinaus aber auch ein größeres Kontingent an ambulanten Plätzen im Betreuten Einzelwohnen und in Wohngemeinschaften vor. Hier werden Menschen aufgenommen, die individuell gestaltete Betreuungsarrangements benötigen. Das Schul- und Ausbildungsniveau der Betreuten ist relativ hoch. Etwa zwei Drittel der ambulant Betreuten können soweit verselbständigt werden, dass sie nachhaltig ohne Wohnleistung leben können. Für die anderen muss zum Teil ein Übergang in andere Wohnhilfen erfolgen. Die Unterbringung in einer Familie ist eher auf Dauer angelegt und erreicht überwiegend Menschen, die sonst stationär wohnen müssten. Der Träger unterstützt und begleitet seine Bewohner bei der Integration ins Arbeitsleben und kooperiert dabei mit anderen Eingliederungshilfeträgern und dem Job-Center. Tagesstrukturierende Maßnahmen in eigener Trägerschaft werden nicht durchgeführt.

²⁴ Menschen mit vorrangiger geistiger Behinderung und seelischer Behinderung als Nebendiagnose sind nicht Thema dieses Teilhabepfandes. Die Fallzahlen wurden in der Leistungserhebung nicht berücksichtigt.

²⁵ Teilhabepfand für Menschen mit wesentlich geistiger und/oder körperlicher Behinderung im Landkreis Schwäbisch Hall. Stand: Januar 2011

Wendepunkt e.V. ist ein Angebot für Menschen, die ein individuelles auf ihre Person zugeschnittenes unterstütztes Wohnangebot benötigen und mit entsprechend intensiver Begleitung ihren Alltag – Wohnen und Beschäftigung – bewältigen können.

Der **Lindenhof** in Mainhardt ist ein privates Alten- und Pflegeheim für pflegebedürftige Menschen, das 1991 eröffnet und seitdem mehrmals durch Neubauten erweitert wurde. Neben einem klassischen Angebot für alte pflegebedürftige Menschen verfügt die Einrichtung über einen beschützten Pflegebereich. Die geschlossene Unterbringung in diesem Bereich muss von einem Vormundschaftsgericht nach §1906 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) genehmigt werden. Im geschlossenen Bereich des Lindenhofs werden 48 volljährige Menschen mit chronisch psychischer oder neurologischer Erkrankung, die Hilfe bei der pflegerischen Versorgung benötigen, versorgt. Die Versorgung erfolgt in zwei Gruppen mit jeweils 13 und einer Gruppe mit 22 Plätzen. Daneben gibt es einen offenen Bereich für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Die interne Tagesstruktur besteht aus beschäftigungstherapeutischen kreativen Angeboten und Arbeitstherapie im hauswirtschaftlichen Bereich. Zur Betreuung der psychiatrischen Patienten beschäftigt der Lindenhof neben Pflegefachkräften auch eine Heilpädagogin. Einen gesonderten sozialen Dienst für Aufgaben im Übergangs- und Entlassmanagement gibt es nicht.

Häufigste Diagnose sind substanzbedingte Psychosen. Nach einer Entgiftung und bei der Entlassung aus der Klinik ist die Alltagskompetenz oft erheblich eingeschränkt (Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Aufstehen, An- und Auskleiden). In der Regel ist der intensive Pflegebedarf auf die Phase der akuten Krise (max. 1 Jahr) begrenzt. Das beschützte Angebot des Lindenhofs wird bundesweit nachgefragt, die Belegung erfolgt schwerpunktmäßig aus Baden-Württemberg. Am Stichtag der Erhebung waren die betreffenden Plätze ausschließlich mit Menschen aus anderen Kreisen belegt. Die Altersspanne reicht von 18 bis 60 Jahren, männliche Personen überwiegen.

Der beschützte Bereich des Lindenhofs ist ein überregionales Angebot für psychisch kranke, pflegebedürftige Menschen, die aufgrund von Selbstgefährdung für eine gewisse Zeit geschlossen untergebracht werden müssen.

Das **Rottaler Senioren- und Pflegeheim** in Oberrot wurde ursprünglich als Pension erbaut und wird seit 1988 als privates Pflegeheim genutzt. Es verfügt über insgesamt 90 Pflegeplätze in 3 Wohnbereichen. In einem teilgeschlossenen Bereich mit 27 Plätzen wurden zunächst dementiell erkrankte Menschen gepflegt und betreut. Mittlerweile hat sich dieser Pflegebereich zu einem psychiatrischen Versorgungsangebot entwickelt. In diesem leben zwei Drittel der Bewohner aufgrund einer Alkoholerkrankung und im Rahmen eines Unterbringungsbeschlusses. Weitere überwiegend männliche Personen mit psychiatrischen Diagnosen (ebenfalls vorrangig Alkoholranke) wohnen eingestreut in den offenen

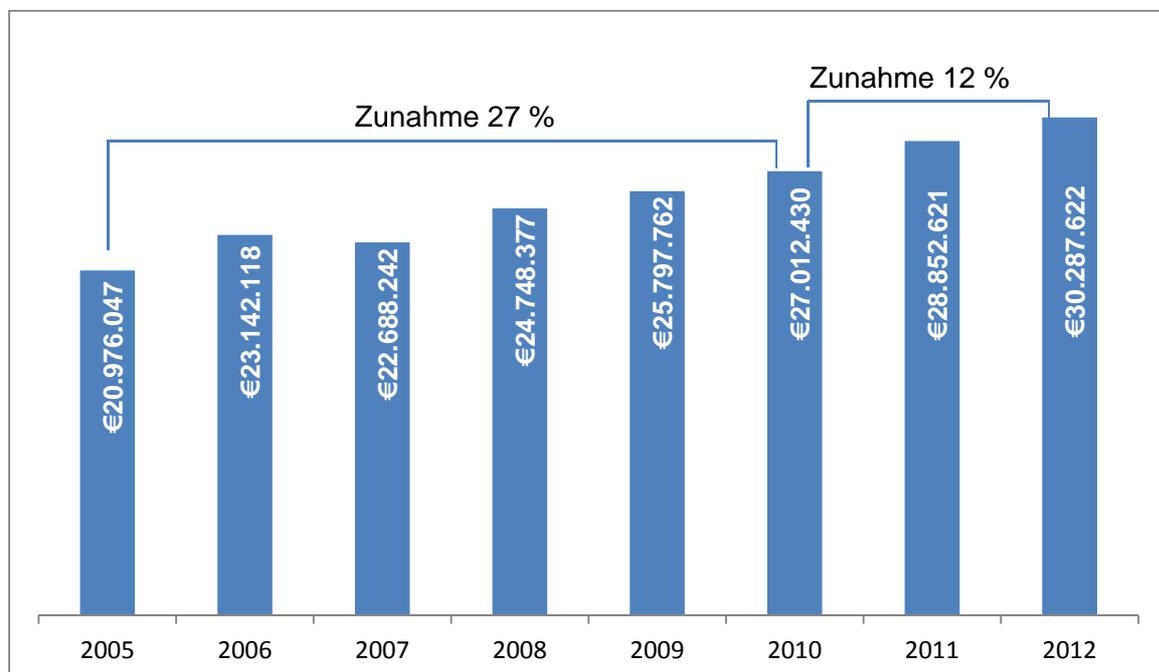
I.4.6 Tagesbetreuung Erw./Senioren	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige / nicht differenzierbar	43	29	31	24	21	22	17	18
Teilstationäre Leistungen gesamt	35	50	63	72	79	87	86	95
I.4.4 Arbeitsbereich WfbM	35	50	63	72	79	87	86	95
I.4.5b Förderbereich sbM	0	0	0	0	0	0	0	0
I.4.6 Tagesbetreuung Erw./Senioren	0	0	0	0	0	0	0	0
Leistungsempfänger gesamt	218	231	257	268	278	283	294	328

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall

Der Anteil der Leistungsempfänger des Landkreises Schwäbisch Hall mit seelischer Behinderung an allen Behinderungsarten lag am 31.12.2010 bei 20 Prozent²⁶. Dieser Anteil ist – anders als bei der Gesamtheit der Leistungsempfänger in Baden-Württemberg (→ Kapitel 1) - erstaunlich konstant geblieben: 2005 = 19 Prozent, 2006 = 22 Prozent, 2007 = 22 Prozent, 2008 = 21 Prozent, 2009 = 20 Prozent²⁷.

Entsprechend der Fallzahlensteigerung stiegen auch die Aufwendungen des Landkreises für die Eingliederungshilfe insgesamt: Von 2005 bis 2010 um 27 Prozent, bis 2012 um weitere 12 Prozent.

Schaubild 4: Nettoaufwendungen des Landkreises Schwäbisch Hall für Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII (alle Behinderungsarten)



Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall

²⁶ Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2010

²⁷ Jeweils zum Stichtag 31.12. des betreffenden Jahres

Eine anteilige Berechnung der Aufwendungen für Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung ist nicht möglich, da die Buchungssystematik der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg keine Kostenaufteilung nach Behinderungsarten vorsieht.

2.5 Der Landkreis Schwäbisch Hall im Vergleich

Eine kontinuierliche vergleichende Betrachtung der Eingliederungsleistungen der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg ist seit 2005 möglich. 2009 wurde erstmals eine landesweite systematische Bestandsaufnahme von Angeboten für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung in den Kreisen durchgeführt, so dass auf dieser Grundlage auch ein standortbezogener Vergleich des Landkreises Schwäbisch Hall erfolgen kann. Zum Stichtag 31.12.2011 wurde die GPV-Dokumentation aktualisiert, die Ergebnisse waren allerdings zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch nicht veröffentlicht.

Vergleich der Angebote im Kreis (Standortperspektive)

Die Erhebung bei den Stadt- und Landkreisen im Rahmen der GPV-Dokumentation hat bei den Wohnheimen mit Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen eine Gesamtzahl von 4.465 Plätzen ergeben. Das Angebot an vollstationären Plätzen (ohne Pflegeeinrichtungen) pro 10.000 Einwohner im Landkreis Schwäbisch Hall entspricht dem Durchschnitt der Landkreise und liegt geringfügig unter dem Landesdurchschnitt.

Tabelle 5: Zahl der Plätze in Wohnheimen für Menschen mit einer seelischen Behinderung pro 10.000 Einwohner am 31.12.2009

Landkreis Schwäbisch Hall	4,1
Durchschnitt landesweit	4,2
Durchschnitt Landkreise	4,0
Ostalbkreis	7,3
Rems-Murr-Kreis	1,7
Hohenlohekreis	7,1
Main-Tauber-Kreis	1,9
Landkreis Heilbronn	1,8

Datenbasis: Erhebung zur GPV-Dokumentation 2009 (N=4.465). Berechnungen: KVJS

Ambulante Plätze wurden im Rahmen der ersten GPV-Dokumentation nicht erhoben bzw. nicht ausgewertet. Bei einem Kennzahlenvergleich „Wohnangebote insgesamt“ müssten die ambulanten Angebote ebenso einbezogen werden wie die Plätze in psychiatrischen Pflegeheimen.

Betrachtet man die Quote der Plätze, die mit Leistungsempfängern aus dem eigenen Kreis belegt sind, liegt diese 10 Prozent unter dem Landesdurchschnitt und 7 Prozent unter dem Durchschnitt der Landkreise.

Tabelle 6: Quote der Plätze in Wohnheimen für Menschen mit einer seelischen Behinderung, die aus dem eigenen Kreis belegt sind am 31.12.2009

Landkreis Schwäbisch Hall	37 %
Durchschnitt landesweit	47 %
Durchschnitt Landkreise	44 %
Ostalbkreis	34 %
Rems-Murr-Kreis	61 %
Hohenlohekreis	17 %
Main-Tauber-Kreis	77 %
Landkreis Heilbronn	31 %

Datenbasis: Erhebung zur GPV-Dokumentation 2009 (N=4.465). Berechnungen: KVJS

Die dargestellte Eigenbelegerquote umfasst ausschließlich stationäre Plätze. Im ambulanten Bereich ist die Eigenbelegerquote höher, wie die Zahlen in Kapitel 5 zeigen.

Vergleich der Leistungen des Kreises (Leistungsträgerperspektive)

Der Bericht des KVJS zu den Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe bildet für 2010 erstmals die Leistungsdichte nach Behinderungsdaten differenziert ab. Am Stichtag 31.12.2010 lag der landesweite Durchschnitt bei 1,68 Leistungsempfängern mit seelischer Behinderung pro 1.000 Einwohner (Stichtag 31.12.2011: 1,75 Leistungsempfänger pro 1.000 Einwohner). Der Landkreis Schwäbisch Hall bewegt sich mit der Kennzahl 1,87 (2011: 1,93) über dem Landesdurchschnitt. Im Vergleich der 35 Landkreise nimmt er die 10. Stelle ein²⁸. Die Kennzahl umfasst alle Wohn- und Tagesstrukturleistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung. Sie setzt die absolute Zahl der Leistungsempfänger (unabhängig von Intensität und Dauer der Leistung) in Bezug zur Zahl der erwachsenen Bevölkerung. Bei der Interpretation der Daten müssten demografische, soziostrukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

²⁸ Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII 2010, Seite 14

Tabelle 7: Erwachsene Leistungsempfänger in der Eingliederungshilfe mit einer seelischen Behinderung pro 1.000 Einwohner

Stichtag	31.12.2010	31.12.2011
Landkreis Schwäbisch Hall	1,87	1,93
Durchschnitt landesweit	1,68	1,75
Durchschnitt Landkreise	1,60	1,67
Ostalbkreis	1,68	1,67
Rems-Murr-Kreis	1,61	1,66
Hohenlohekreis	1,64	1,71
Main-Tauber-Kreis	1,39	1,48
Landkreis Heilbronn	1,14	1,16

Datenbasis: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe 2010 und 2011. Berechnungen: KVJS

Im stationären Wohnen liegt der Landkreis Schwäbisch Hall mit 0,37 (0,38 in 2011) Leistungsempfängern pro 1.000 Einwohner unter dem landesweiten Durchschnitt, beim ambulant betreuten Wohnen mit der Kennzahl 0,67 (0,71 in 2011) darüber. Betrachtet man die beiden Wohnformen als betreutes Wohnen zusammen, ergibt sich im Vergleich zum Landesdurchschnitt kein evidenter Unterschied. Der überdurchschnittlich hohe Anteil bei den ambulanten Wohnleistungen verweist auf eine fachlich gut entwickelte Verteilung innerhalb der Wohnleistungen insgesamt. Die Kennzahl im WfbM-Bereich liegt erheblich über dem Landesdurchschnitt, der Landkreis nimmt Rang 10 in Baden-Württemberg ein.

Tabelle 8: Erwachsene Leistungsempfänger mit einer seelischen Behinderung nach Leistungsarten

		Fallzahl absolut landesweit	Durchschnitt landesweit	Durchschnitt Landkreise	Landkreis Schwäb. Hall
			Leistungsempfänger je 1.000 EW		
im stationären Wohnen	2010	4.665	0,43	0,40	0,37
	2011	4.688	0,44	0,40	0,39
im ambulanten Wohnen	2010	6.210	0,58	0,54	0,67
	2011	6.757	0,63	0,59	0,71
in WfbM	2010	6.286	0,93	0,93	1,32
	2011	6.497	0,96	0,96	1,32
Tagestrukturierung ²⁹	2010	3.211	0,37	0,33	0,2
	2011	3.316	0,38	0,34	0,17

Datenbasis: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe 2010 und 2011. Berechnungen: KVJS

²⁹ Kurzbezeichnung für „Tagestrukturierung und Förderung“, Zusammenfassung der Leistungen nach den Leistungstypen I.4.5b und I.4.6

Betrachtet man die Leistungsempfänger im unterstützten Wohnen (stationäres und ambulantes Wohnen zusammen) im Hinblick auf die Versorgung in Angeboten innerhalb und außerhalb des Landkreises, so fällt auf, dass insbesondere im stationären Wohnen der Großteil der Leistungsempfänger des Landkreises in Einrichtungen außerhalb versorgt wird. Zum Stichtag 31.12.2011 wurden 47 der insgesamt 74 Leistungsempfänger, die Unterstützung in stationären Wohnformen benötigten, in Einrichtungen außerhalb des Landkreises betreut. Dies entspricht einem Anteil von 63,5 Prozent.

Tabelle 9: Leistungsempfänger des Landkreises mit seelischer Behinderung im unterstützten Wohnen

	LE gesamt	in Angeboten im Land- kreis		in Angeboten außerhalb	
	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Stationäres Wohnen (LT I.2.3)	74	27	36,5 %	47	63,5 %
Ambulantes Wohnen (ABW, BWF)	134	114	85 %	20	15 %

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall, Stichtag 31.12.2011

Demgegenüber werden die in stationären Angeboten im Landkreis zum Stichtag 30.06.2011 erbrachten Leistungen zu 70 Prozent von Leistungsempfängern aus anderen Landkreisen in Anspruch genommen. Auch im ambulanten Bereich hat die anteilige Belegung mit Leistungsempfängern aus anderen Landkreisen in den zurückliegenden Jahren zugenommen, wobei hier ein Anteil von 70 Prozent der erbrachten Leistungen von Leistungsempfängern aus dem Landkreis Schwäbisch Hall in Anspruch genommen wird.

Tabelle 10: Angebote für Menschen mit seelischen Behinderung im unterstützten Wohnen im Landkreis Schwäbisch Hall

	Leistungen gesamt	LE aus dem Landkreis		LE aus anderen Landkreisen	
	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Stationäres Wohnen (LT I.2.3)	92	28	30,4 %	64	69,6 %
Ambulantes Wohnen (abW, BWiF)	173	122	70,5 %	51	29,5 %

Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. Berechnungen: KVJS

Die Diskrepanz bei der Nutzung bzw. Belegung von Angeboten innerhalb und außerhalb des Landkreises ist zum einen auf die Belegungspraxis der Landeswohlfahrtsverbände vor der Verwaltungsstrukturreform zurückzuführen. Zum anderen hat es aufgrund von Spezialbedarfen, aufgrund des Wunsch- und Wahlrechts der Betroffenen und wenn zum Zeitpunkt des aktuellen Bedarfes keine Plätze frei sind, auch seit 2005 Unterbringungen in Angeboten außerhalb des Kreises gegeben. Die Gründe hierfür wurden im Rahmen der Teilhabeplanung genauer untersucht und werden in → Kapitel 5 näher ausgeführt.

Der Landkreis Schwäbisch Hall ist ein Flächenlandkreis mit relativ geringer Einwohnerdichte.

Angebote aus der Standortperspektive:

Die Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und wesentlich seelischer Behinderung konzentrieren sich auf das Einzugsgebiet der beiden Großen Kreisstädte und im süd-westlichen Kreisgebiet. Die geografisch ungleiche Verteilung der Angebote (Nord-Süd-Gefälle) ist historisch gewachsen und spiegelt die vorhandene Bevölkerungsdichte und Infrastruktur wider. Der Kreis ist Standort für Einrichtungen verschiedener Träger der Eingliederungshilfe und der Fachpflege. Größe und Profil dieser Einrichtungen sind sehr unterschiedlich. Die Versorgung mit psychiatrischen Pflegeplätzen ist im Vergleich zu anderen Kreisen ausgesprochen hoch. Die stationären Wohnangebote und Werkstätten werden in erheblichem Umfang von Menschen aus anderen Kreisen in Anspruch genommen. Der kreisübergreifende und überregionale Anteil variiert je nach Angebotsform und ist bei den Pflegeeinrichtungen am höchsten.

Leistungsempfänger aus der Leistungsträgerperspektive:

Die Kennzahl der Leistungsempfänger des Kreises pro 1.000 Einwohner liegt über dem Landesdurchschnitt. Dies ist weniger auf Leistungen beim Wohnen, sondern vielmehr auf überdurchschnittlich viele Leistungen zur Beschäftigung in Werkstätten zurückzuführen. Die über dem Durchschnitt liegenden Kennzahlen beim ambulant betreuten Wohnen und beim Betreuten Wohnen in Familien gleichen sich durch niedrigere Werte beim stationären Wohnen aus.

Ausgangssituation und Ziel der Teilhabeplanung:

Trotz der hohen Angebotsdichte im Landkreis wird eine nicht unerhebliche Anzahl von Leistungsempfängern aus dem Landkreis Schwäbisch Hall in Einrichtungen außerhalb des Landkreises betreut. Für den Landkreis als Leistungs- und als Planungsträger geht es darum, dass im Bedarfsfall ein geeignetes (Regel-) Angebot vor Ort zur Verfügung steht.

3 Teilhabeplanung im Landkreis Schwäbisch Hall

3.1 Auftrag und Zielsetzung

Die Fallzahlen in der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung haben bundes- und landesweit zugenommen (→ Kapitel 1). Auch die Eingliederungshilfestatistik des Landkreises Schwäbisch Hall weist höhere Zahlen auf. Obwohl viele Plätze im Kreis vorhanden sind, werden Bürgerinnen und Bürger aus dem Kreis in nennenswertem Umfang in anderen Kreisen untergebracht (→ Kapitel 2). Es gibt also für den Landkreis Schwäbisch Hall über den allgemeinen Planungsauftrag hinaus gute Gründe, sozialplanerisch tätig zu sein und einen Teilhabeplan zu erstellen.

Die Herausforderungen bestehen nicht nur in quantitativer Hinsicht. Auch die konzeptionellen Anforderungen haben sich im Sinne der UN-Konvention und mit der Forderung nach einem inklusiven Leben für alle grundlegend verändert. Menschen mit Behinderung sollen selbstbestimmt im Gemeinwesen leben können. Wer im gewohnten Lebensumfeld bleibt, kann auf familiäre und andere gewachsene soziale Bezüge zurückgreifen, und dadurch vielleicht – zumindest für eine gewisse Zeit – mit weniger professioneller Hilfe auskommen. Die Entwicklung eines dezentralen Angebots muss die regionalen Gegebenheiten im Landkreis Schwäbisch Hall berücksichtigen. Die große Ausdehnung in der Fläche und die in Teilen geringe Besiedlungsdichte stellen besondere Anforderungen an eine kleinräumig orientierte Planung.

Im April 2011 hat der Landkreis Schwäbisch Hall seinen Teilhabeplan für Menschen mit geistigen Behinderungen verabschiedet³⁰. Ein Teilhabeplan für den Personenkreis der erwachsenen Menschen³¹ mit wesentlich seelischer Behinderung sollte als weiterer Schritt in der Gesamtplanung folgen. Im Juni 2011 wurde der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) beauftragt, den Planungsprozess fachlich zu begleiten, Daten zu erheben und auszuwerten und einen Bericht zu erstellen.

Der Landkreis Schwäbisch Hall verfolgt mit der Teilhabeplanung folgende Ziele:

Zunächst gilt es, einen umfassenden Einblick in die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung im Landkreis zu gewinnen. Die bestehenden Angebote werden dargestellt, analysiert und bewertet. Weitere steuerungsrelevante Bereiche werden identifiziert und Möglichkeiten für präventive Maßnahmen ausgelotet. Soweit dem KVJS Kennziffern aus anderen Kreisen in Baden-Württemberg vorliegen, kann eine vergleichende Betrachtung das Bild abrunden.

Auf Grundlage der quantitativ und qualitativ fundierten Bestandsaufnahme und Bewertung werden Anforderungen an eine regional bedarfsgerechte Versorgungsstruktur abgeleitet. Gemeinsam mit allen Beteiligten werden Handlungsempfehlungen als Orientierungsrahmen für zukünftige Entscheidungen entwickelt.

³⁰ Teilhabeplanung für Menschen mit wesentlich geistiger und/oder körperlicher Behinderung im Landkreis Schwäbisch Hall. Stand: 2011

³¹ Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche wird nach §35a SGB VIII gewährt.

Der Teilhabebericht soll die aktuellen Ergebnisse des Planungsprozesses dokumentieren. Er ist keine Festschreibung, sondern eine Grundlage für die weitere Konkretisierung und Umsetzung im Rahmen eines kontinuierlichen Planungsprozesses mit allen Beteiligten.

Ziel des Berichtes ist es auch, Politik und Öffentlichkeit über die Situation von Menschen mit seelischer Behinderung im Landkreis fachlich fundiert zu informieren und für deren Belange zu sensibilisieren.

Ziele

- eine empirisch fundierte Bestandsaufnahme durchführen
- gemeinsame Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung von Angeboten im Kreis entwickeln
- eine von allen Beteiligten getragene Grundlage für Bedarfsaussagen und Investitionsentscheidungen schaffen
- Politik und Öffentlichkeit über die Situation von Menschen mit seelischer Behinderung fachlich fundiert informieren

PowerPointFolie von der Auftaktveranstaltung am 7. Juni 2011

3.2 Planungsverständnis und methodisches Vorgehen

Wenn es um die Teilhabe von Menschen am gesellschaftlichen Leben geht, um die Gestaltung des Miteinanders, kann Planung nur im Dialog und als Prozess mit allen Beteiligten erfolgen. Der Teilhabeplan im Landkreis Schwäbisch Hall wurde daher frühzeitig und in jeder Phase zwischen dem Landkreis und allen jetzigen und zukünftigen Leistungserbringern, anderen Leistungsträgern, politischen Vertretern, Angehörigen und natürlich den betroffenen Menschen selbst abgestimmt. Die Beteiligung erfolgte in unterschiedlichen Formen und Zusammensetzungen. Sie umfasste größere Veranstaltungen mit allen Institutionen und Interessensgruppen, Workshops zu einzelnen Themenschwerpunkten und Fachgespräche mit professionellen und mit ehrenamtlichen Experten. Der Personenkreis der Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung, ihr Unterstützungsbedarf und das eingliederungshilfefinanzierte Unterstützungssystem standen zwar im Fokus der Betrachtung. Gleichwohl sollten die vielfältigen Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen wie z. B. dem medizinisch-therapeutischen Bereich, der Arbeitsverwaltung, der Jugendhilfe sowie der Pflege- und Rentenversicherung einbezogen werden. Entsprechend breit wurden das Themenspektrum und die personelle Zusammensetzung gestaltet.

Teilhabeplanung als Prozess

- Ein Teilhabeplan ist kein statischer Bericht sondern ein **Prozess** mit breiter Beteiligung (und einer für alle Akteure intensiven Arbeitsphase).
- Der Teilhabeplan **unterstützt** die Steuerung und dient der Vorbereitung von Entscheidungen.
- Neben dem schriftlichen Bericht ist die Weiterentwicklung einer **Gesprächskultur** und Vertrauensbasis unter den Beteiligten vor Ort das entscheidende Element.

PowerPointFolie von der Auftaktveranstaltung am 7. Juni 2011

anderen Leistungsträgern, politischen Vertretern, Angehörigen und natürlich den betroffenen Menschen selbst abgestimmt. Die Beteiligung erfolgte in unterschiedlichen Formen und Zusammensetzungen. Sie umfasste größere Veranstaltungen mit allen Institutionen und Interessensgruppen, Workshops zu einzelnen Themenschwerpunkten und Fachgespräche mit professionellen und mit ehrenamtlichen Experten. Der Personenkreis der Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung, ihr Unterstützungsbedarf und das eingliederungshilfefinanzierte Unterstützungssystem standen zwar im Fokus der Betrachtung. Gleichwohl sollten die vielfältigen Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen wie z. B. dem medizinisch-therapeutischen Bereich, der Arbeitsverwaltung, der Jugendhilfe sowie der Pflege- und Rentenversicherung einbezogen werden. Entsprechend breit wurden das Themenspektrum und die personelle Zusammensetzung gestaltet.

Neben einem konsequent partizipativen Grundverständnis ging es um eine Form der Sozialplanung, die auf eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Fortschreibung angelegt ist.

Den Beteiligten war und ist bewusst, dass die Ergebnisse des Teilhabeplans in regelmäßigen zeitlichen Abständen immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden müssen. Auf der Grundlage fortgeschriebener Daten, ggf. veränderter rechtlicher Rahmenbedingungen und anderer gesellschaftlicher Faktoren kann es erforderlich sein, Ergebnisse zu aktualisieren, Vereinbarungen zu reflektieren und Ziele neu zu formulieren.

Bausteine im Planungsprozess

- Begleitende Arbeitskreise
- Workshops zu Schnittstellen und Themenschwerpunkten
- Einrichtungsbesuche und Trägergespräche
- Fachgespräche mit weiteren Experten (Klinik, Angehörige)
- Gebäude- und Leistungserhebung
- Leistungsempfängerdaten des Kreises

Begleitkreis

Eine zentrale Rolle im Planungsprozess spielte der begleitende Arbeitskreis, in dem alle relevanten Institutionen und Personen vertreten waren³². Von Anfang an waren Vertreter aller Fraktionen des Kreistags ebenso beteiligt wie Betroffene und Angehörige³³. Die Federführung lag beim Sozialdezernat des Landkreises Schwäbisch Hall. Der KVJS hat die Sitzungen fachlich begleitet.

Der erste Begleitkreis fand am 7. Juni 2011 statt. Im Verlauf der Veranstaltung wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Erwartungen an die vor ihnen liegende Teilhabeplanung zu äußern. Großes Interesse bestand vor allem an einer Gesamtschau über das im Kreis vorhandene Angebot. Weitere häufig genannte Anliegen waren „Beteiligung“, „Kooperation“ und „Vernetzung“. Als zentrale Schnittstellen wurden insbesondere die Zusammenhänge zwischen Jugendhilfe und Eingliederungshilfe sowie zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege genannt. Die konkreten Vorschläge zur Angebotsstruktur finden sich im Kapitel 8.

Was erwarte ich von der Teilhabeplanung?

Ergebnisse der Kartenabfrage am 7. Juni 2011

- Dass man sich um kranke Menschen kümmert und sie auch in der Gesellschaft integriert.
- Dass man mit den behinderten Menschen spricht.
- Informationen über die gemeindepsychiatrische Versorgung im Kreis; Transparenz aller Angebote; gute Daten über Angebote und Leistungen
- Bedarfsprognose für einen definierten Zeitraum, bedarfsorientierte, fachliche Angebotsplanung, strategische Planungsansätze, Planungssicherheit
- Eine gute Grundlage für politische Entscheidungen
- Kooperation aller Beteiligten zum Wohle der Betroffenen; Kooperation zwischen den Leistungserbringern
- Frühzeitige Einbeziehung in Entscheidungen
- Schnittstellenvernetzung (zum Beispiel Eingliederungshilfe/Jugendhilfe, Eingliederungshilfe/Pflege)
- Optimale Nutzung vorhandener Ressourcen

³² Liste der Beteiligten im Anhang

³³ Termine im Anhang

Die Teilnehmer sollten nicht nur ihre Erwartungen äußern, sondern wurden auch gefragt, was sie im Planungsprozess beitragen möchten. Die Bereitschaft zum persönlichen Engagement war groß. Es wurde angeboten, die eigene Erfahrung und das jeweils fachspezifische Knowhow einzubringen. Man wolle ein „offener Ansprechpartner“ sein. Es wurde vielfach darauf hingewiesen, dass es vor allem um eine „Kultur des Miteinander“ gehe und man sich in diesem Sinne beteiligen wolle.

Der zweite Begleitkreis am 23. März 2012 war als Zwischenbilanz konzipiert. Vorgestellt und diskutiert wurden erste Ergebnisse aus der Datenerhebung sowie die Rückmeldungen aus den Workshops und Einrichtungsbesuchen.

Ein Redaktionskreis (Zusammensetzung: Vertreter der Eingliederungshilfeeinrichtungen, der Klinik und Angehörige) hat sich im November 2013 und im Januar 2014 mit einem ersten Berichtsentwurf befasst.

Dritter Begleitkreis im März 2014: Diskussion von Handlungsempfehlungen auf der Grundlage des Berichtsentwurfs.

Workshops und Fachgespräche

In den **Workshops** ging es um thematische Schwerpunkte und die Zusammenarbeit der Eingliederungshilfe mit Unterstützungssystemen im Vor- und Umfeld. Die Akteure wurden gezielt eingeladen und um Beiträge aus der Sicht ihres jeweiligen Arbeitsfeldes gebeten. Präsentiert wurden Fallbeispiele, Einschätzungen zur Ausgangssituation und Erwartungen an künftige Entwicklungen. Es wurden folgende thematische Schwerpunkte und Schnittstellen bearbeitet:

- **Psychiatrische Versorgung junger Menschen** (21. September 2011)
- **Psychiatrische Versorgung von seelisch behinderten Menschen mit Pflegebedarf** (17. Januar 2012)
- **Arbeit / Tagesstruktur** (15. Mai 2012)

Bei den **Fachgesprächen** haben Experten aus ihrer Sicht mit Vertretern des Landkreises und dem KVJS über die derzeitige Situation und zukünftige Bedarfe diskutiert:

- **Fachgespräch mit Vertretern des Klinikums am Weinsberg** (27. Oktober 2011)
- **Fachgespräch mit Angehörigen** (16. Februar 2012)
- **Fachgespräche zum Thema „Methoden/Bedarfskorridore“** (12. Juli 2012, 13. Februar 2013 und 2. Mai 2013)

Gespräche in Einrichtungen

Parallel zu den Sitzungen des Begleitkreises und den Workshops haben Sozialdezernat und KVJS im Zeitraum zwischen dem 13. Oktober und dem 8. Dezember 2011 die Einrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall besucht (siehe Kapitel 5). Ziel war es, die Angebotsformen exemplarisch vor Ort in Augenschein zu nehmen und näher kennenzulernen. Darüber hinaus sollte die Chance genutzt werden, das bisherige Profil von Trägern und Einrichtungen, geplante konzeptionelle Weiterentwicklungen und fachliche Optionen ohne konkreten Hand-

lungs- und Entscheidungsdruck zu besprechen. Ein wesentliches Anliegen bestand auch darin, mit Betroffenen im Rahmen ihres gewohnten Umfelds ins Gespräch zu kommen.

Die Erkenntnisse und Impulse aus den Diskussionen und Gesprächen sind im Kapitel 8 zusammengefasst.

Zwei Blickwinkel

Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Leistungen sind zwei unterschiedliche Perspektiven möglich und deutlich zu unterscheiden. Beide Perspektiven zusammen ergeben ein Gesamtbild.



- Im Landkreis Schwäbisch Hall werden Leistungen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung erbracht (Standortperspektive, blauer Rahmen). Darin enthalten sind Leistungen für Personen, die aus dem Landkreis selber kommen, und für Personen aus anderen Herkunftskreisen. Enthalten sind Wohn- und Tagesstrukturleistungen für Personen, die entweder eine der beiden Leistungen erhalten oder beide. Die Wohnleistungen umfassen Eingliederungshilfe und Pflege für unter 65-Jährige. Die im Teilhabeplan erfassten Leistungen in der WfbM enthalten auch den Berufsbildungsbereich (BBB).
- Der Landkreis Schwäbisch Hall finanziert als zuständiger Sozialhilfeträger Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Hilfe zur Pflege für seine Kreisbürger (Leistungsträgerperspektive, roter Rahmen). Darin enthalten sind Leistungen in Angeboten mit Standort im Kreis und in Angeboten außerhalb.

Neben diesen beiden Teilgruppen könnte es auch im Landkreis Schwäbisch Hall potentielle Leistungsberechtigte geben, die (noch) keine Leistungen in Anspruch nehmen. Menschen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen und Unterstützungsbedarf sind nicht immer bereit bzw. in der Lage, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Gruppe kann naturgemäß statistisch nicht erfasst werden.

Datenerhebung (Standortperspektive)

Ein zentraler Baustein der Teilhabeplanung war die Erhebung von umfassenden Daten über die aktuelle Platzzahl und Belegung der Einrichtungen mit Standort im Landkreis Schwäbisch Hall. Ziel war es, einen Überblick über die Belegungsstruktur zu bekommen, der auch die Menschen aus anderen Herkunftskreisen umfasst. Dazu wurde ein vom KVJS entwickeltes zweistufiges Erhebungsinstrument eingesetzt, das mit dem Landkreis auf die spezifischen Anforderungen vor Ort abgestimmt wurde. Die Leistungserbringer im Kreis wurden zunächst gebäudebezogen nach ihren Platzzahlen gefragt und darauf aufbauend, nach Leistungen in den jeweiligen Gebäuden. Stichtag war der 30. Juni 2011. Einbezogen wurden diejenigen Angebote, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe und der stationären Hilfe zur Pflege für erwachsene Menschen mit psychisch wesentlichen Behinderungen erbracht werden. Dazu gehören:

- stationäres Wohnen (Pflegeheime und Wohnheime)
- betreutes und begleitetes Wohnen (ambulant und in Familien)
- Werkstätten, Beschäftigung und Betreuung.

Bei der Leistungserhebung wurde für jede Leistung nach Geburtsjahr, Geschlecht, Leistungsart, Leistungsträger, Dauer des Leistungsbezugs, Schulabschluss, Bildungsabschluss, Diagnose, Familienstand und Wohnort gefragt. Bei der Belegung der Werkstatt wurden auch Leistungen im Berufsbildungsbereich der Werkstatt berücksichtigt (Leistungsträger ist die zuständige Agentur für Arbeit bzw. die Rentenversicherung).

lfd. Nr.	Geburtsjahr Schreibweise: 1970	Geschlecht m oder w	Leistungsart		Leistungsdauer seit Jahr z. B. 1988	Leistungsträger Stadt-/Landkreis (Name des Kreises), Agentur für Arbeit, sonstige	Schulabschluss 0 = ohne Schulabschluss 1=Förderschule 2=Hauptschule 3=mittlere Reife 4=(Fach-)Hochschulreife	höchster beruflicher Bildungsabschluss 0 = ohne Ausbildung 1=zwei-/dreijährige Berufsausbildung 2=Meister/Techniker 3=(Fach-)Hochschulausbildung	Diagnosen nach ICD-10-GM Kapitel V in der Reihenfolge der Wichtigkeit max. 2 F-Diagnosen, z.B. F2		Familienstand 1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden 4=verwitwet	Wohnort Gemeinde eintragen
			Typ LT 1.2.3, LT 4.4 BBB, SGB XI, mediz. Reha	Stufe Hilfedarfsgruppe 1 bis 5					Hauptdiagnose	Zweitdiagnose		
1												
2												
3												
4												

KVJS-Leistungsbogen

Die Erhebung bezieht sich auf Leistungen, nicht auf Personen. Es gibt Personen, die nur eine Leistung erhalten (z. B. Tagesstruktur in der Werkstatt) und Personen, die zwei Leistungen erhalten (z. B. Tagesstruktur in der Werkstatt und Wohnen im Wohnheim). Die Gesamt-

zahl gibt insofern die Summe der erbrachten Leistungen wieder und liegt über der Anzahl der betroffenen Personen (siehe Kapitel 4).

Die Sozialplanung des Landkreises hat bereits zu den Stichtagen 31.12.2005 und 30.06.2007 Bestandserhebungen über im Kreis erbrachte Leistungen der Eingliederungshilfe durchgeführt (einschließlich Leistungen für Menschen mit geistigen Behinderungen, ohne Leistungen in Pflegeeinrichtungen). Es ist daher in gewissem Umfang möglich, die Veränderungen und Entwicklungen bei im Landkreis erbrachten Leistungen der Eingliederungshilfe im Zeitraum von 2005 bis 2011 darzustellen.

Alle Daten wurden anonym erhoben und als aggregierte Ergebnisse präsentiert. Der Datenschutz ist insofern gewährleistet. Dies gilt ebenso für die im Folgenden beschriebenen Daten der Eingliederungshilfestatistik des Sozialamts.

Datenerhebung (Leistungsträgerperspektive)

Die Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises ergibt sich aus der Eingliederungshilfestatistik des Sozialamts, die seit 2005 zum jährlichen Stichtag 31.12. ausgewertet wird. Diese Daten sind auch Grundlage der vom KVJS jährlich durchgeführten landesweiten Erhebung der Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe. Die regelmäßige jährliche Erhebung der Fallzahlen über einen längeren Zeitraum ermöglicht es, Aussagen zu Entwicklungen und Verläufen zu machen.

Psychische Störungen treten nicht unbedingt bereits im Kindesalter auf, sie müssen auch keine lebenslangen Begleiter sein. Die Biografie von Menschen mit seelischer Behinderung ist eher von episodenhaften Verläufen geprägt. Dadurch ändern sich Bedarfe immer wieder. Es kommt zu kaum prognostizierbaren Wechseln innerhalb der Unterstützungssysteme und zwischen verschiedenen Schnittstellen. Im Rahmen der Teilhabeplanung sollten deshalb gemeinsam Eckpunkte für die Einschätzung möglicher Entwicklungen erarbeitet und Orientierungen für eine notwendige Grundversorgung skizziert werden. Eine quantitative Bedarfsvorausschätzung mit belastbaren Daten kann nicht geleistet werden.

4 Personenkreis

Im Fokus des Teilhabeprozesses stand der Personenkreis von Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege erhalten. Bei der Erhebung der Belegungsstruktur im Landkreis (Standortperspektive) wurden für jede Leistung verschiedene Merkmale erhoben. Die Aussagen zum Personenkreis basieren auf dieser Grundlage.

4.1 Leistungen und Leistungsempfänger

Die folgende Übersicht bildet im oberen Teil zunächst die Zahl der im Landkreis erbrachten Leistungen ab und differenziert sie nach Wohn- und Tagesstrukturleistungen. Im unteren Teil wird die Zahl der Leistungsempfänger mit zwei Leistungen zusammengefasst, so dass sich die Zahl der Leistungsempfänger (Personen) ablesen lässt.

Tabelle 11: Leistungen und Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall

Leistungen insgesamt				
624				
Wohnleistungen 359			Tagesstrukturleistungen 265	
im Pflegeheim 94	in Eingliederungshilfe (EH) 265			
	ohne Tagesstruktur EH 122	mit Tagesstruktur EH 143	mit Wohnleistung 143	ohne Wohnleistung 122
Leistungs- empfänger 94	Leistungs- empfänger 122	Leistungsempfänger mit Wohn- und Tagesstrukturleistung 143		Leistungs- empfänger 122
	Leistungsempfänger mit Eingliederungshilfeleistung(en) 387			
Leistungsempfänger insgesamt 481				

Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. Berechnungen: KVJS

Von 265 Leistungsempfängern mit Wohnleistungen der Eingliederungshilfe waren 143 (das sind 54 Prozent) in einer WfbM (einschließlich BBB) beschäftigt oder nahmen ein internes Tagesstrukturangebot in Anspruch (siehe Kapitel 5). 122 Leistungsempfänger erhielten keine Tagesstrukturleistung. Sie gingen in eine Tagesstätte, waren Beschäftigte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder wurden der Rubrik „Sonstige“ zugeordnet. 143 der insgesamt 265 Leistungsempfänger mit Tagesstrukturleistung lebten in einem Eingliederungshilfe finanzier-

ten Wohnangebot, die restlichen 122 Leistungsempfänger wohnten privat (siehe Kapitel 6). 143 Leistungsempfänger nahmen sowohl eine Wohn- als auch eine Tagesstruktur in Anspruch. In der Summe erhielten also 387 Personen eine Leistung der Eingliederungshilfe und 94 eine Leistung in einer Pflegeeinrichtung.

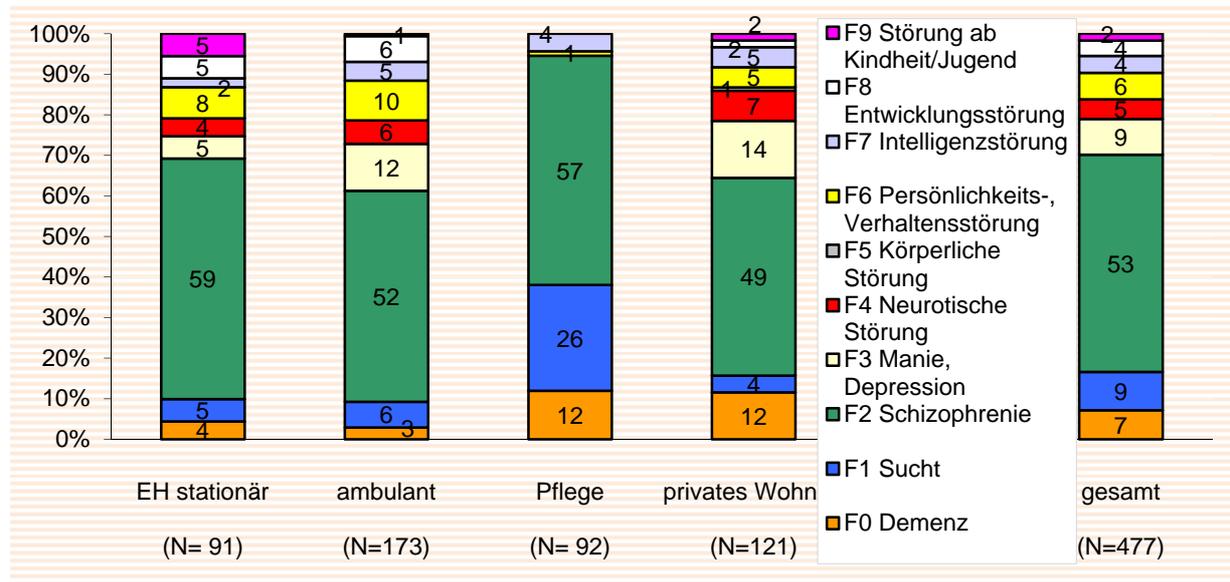
Die in den Einrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall am Stichtag erbrachten 624 Leistungen verteilten sich auf 481 Personen.

4.2 Personenkreis nach Merkmalen

Gefragt wurde nach Diagnosen, Geburtsjahr, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss und Berufsausbildung. Die Auswertung erfolgt zum einen nach Wohnformen differenziert („EH stationär“, „ambulant“, „Pflege“ und „privates Wohnen“) und zum anderen für alle Leistungsempfänger „gesamt“. In der Rubrik „privates Wohnen“ sind die Personen ohne Wohn- aber mit Tagesstrukturleistung berücksichtigt. Die Grundgesamtheit (N) kann variieren, da die Merkmale nicht für jede Leistung vollständig erhoben werden konnten.

Diagnosen³⁴

Schaubild 12: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Hauptdiagnosen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Die Erhebung der Hauptdiagnosen im Landkreis Schwäbisch Hall zeigt, dass am Stichtag mit 53 Prozent bei über der Hälfte aller Leistungsempfänger eine **Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung (F2)** vorlag. Je nach Leistungsform variierte der Anteil zwischen 59 Prozent beim stationären Wohnen und 49 Prozent beim privaten Wohnen und nahm somit bei allen Leistungsformen den größten Raum ein.

³⁴ Das Diagnoseklassifikationssystem ICD-10-GM wurde in Kapitel 1.1 beschrieben.

Im Überblick

Krankheitsbilder³⁵

- Mit dem Begriff **Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung (F2)** werden tief greifende psychische Störungen im Hinblick auf Ich-Funktion (z.B. Stimmenhören), Sinn-Kontinuität (z.B. Größenwahn), Realitätsbezug (z.B. Beziehungsideen) und produktive Symptombildung (z.B. Halluzinationen) zusammengefasst. Neben biologischen Ursachen kommen psychosoziale Stressfaktoren als Auslöser der Krankheit in Betracht, die meist in Schüben verläuft. Bei einem Teil der Betroffenen folgt auf einen Schub immer wieder eine mehr oder weniger symptomfreie Phase. Diese Menschen nehmen in der Regel keine Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege in Anspruch. Bei anderen Menschen bleibt auch zwischen den akuten Krankheitsphasen eine deutliche Grundsymptomatik bestehen. Bei manchen Menschen verläuft die Erkrankung chronisch progredient, d.h. fortschreitend. Die beiden zuletzt genannten Personengruppen benötigen häufig – je nach sonstigen Lebensumständen – Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege.
- Unter **affektiven Störungen (F3)** versteht man in erster Linie unipolare (depressive) und bipolare (manisch-depressive) Störungen. Diese sind bei leichter bis mittlerer Ausprägung gut zu behandeln. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege leben deshalb nur Menschen mit sehr schweren Verläufen und mit immer wiederkehrenden schweren Krankheitsphasen. Diese Menschen haben in der Regel bereits eine oder mehrere klinische Behandlungen durchlaufen, bevor sie Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.
- Mit der Klassifikation **Psychische oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)** wird nicht die Suchterkrankung selbst beschrieben, sondern die psychiatrische Folgeerkrankung durch den Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten. Besonders stark wächst in den letzten Jahren der Personenkreis mit psychischen Störungen aufgrund von Cannabiskonsum.
- Bei **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)** handelt es sich meist um länger anhaltende Zustandsbilder und tief verwurzelte Verhaltensmuster. Die Betroffenen reagieren in starren Mustern auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen und weisen starke Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den zwischenmenschlichen Beziehungen auf. Die Störungen sind meist mit wesentlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Teilhabe verbunden. Der Personenkreis hat in der Eingliederungshilfe deutlich zugenommen, darunter vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörungen (F60.31). Diese treten häufig in Kombination mit anderen Störungen (z.B. Essstörungen) auf. Es handelt sich um Personen, deren Selbstbild und deren zwischenmenschliche Beziehungen durch Instabilität geprägt sind. In Einrichtungen können sie zu „System-Sprengern“ werden, weil sie durch ihr meist auffälliges Verhalten jede Gruppe vor große Herausforderungen stellen.

³⁵ soweit sie im Landkreis Schwäbisch Hall am Stichtag 30.06.2013 in nennenswertem Umfang vertreten waren.

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5) spielten so gut wie keine Rolle (1 Prozent beim privaten Wohnen)

Alle anderen Klassifikationen bewegten sich – bezogen auf die Gesamtheit der Leistungsempfänger - im einstelligen Bereich. An zweiter Stelle standen **affektive Störungen (F3)** mit 9 Prozent.

Psychische oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), die in der Erhebung mit dem Kurzbegriff „Sucht“ umschrieben wurden, waren bei den Hauptdiagnosen ebenfalls mit 9 Prozent vertreten. Während der Anteil der F1-Erkrankungen bei den Hauptdiagnosen eher gering war und nur durch den relativ hohen Anteil in den Pflegeeinrichtungen von 26 Prozent bei insgesamt 9 Prozent lag, beträgt der Anteil dieser Erkrankungen bei den Nebendiagnosen 30 Prozent³⁶. Insgesamt war also der Anteil der Leistungsempfänger, die unter den Folgen einer Sucht leiden, sehr hoch.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) nahmen bei den Hauptdiagnosen einen Anteil von 6 Prozent ein. Angesichts der aktuellen Entwicklung bei den Neuzugängen ins Hilfesystem (siehe Kapitel 5) wäre zu prüfen ob dieser Anteil den wirklichen Bedarf für diesen Personenkreis abbildet oder ob ein darüber hinaus gehender Platzbedarf im Landkreis besteht.

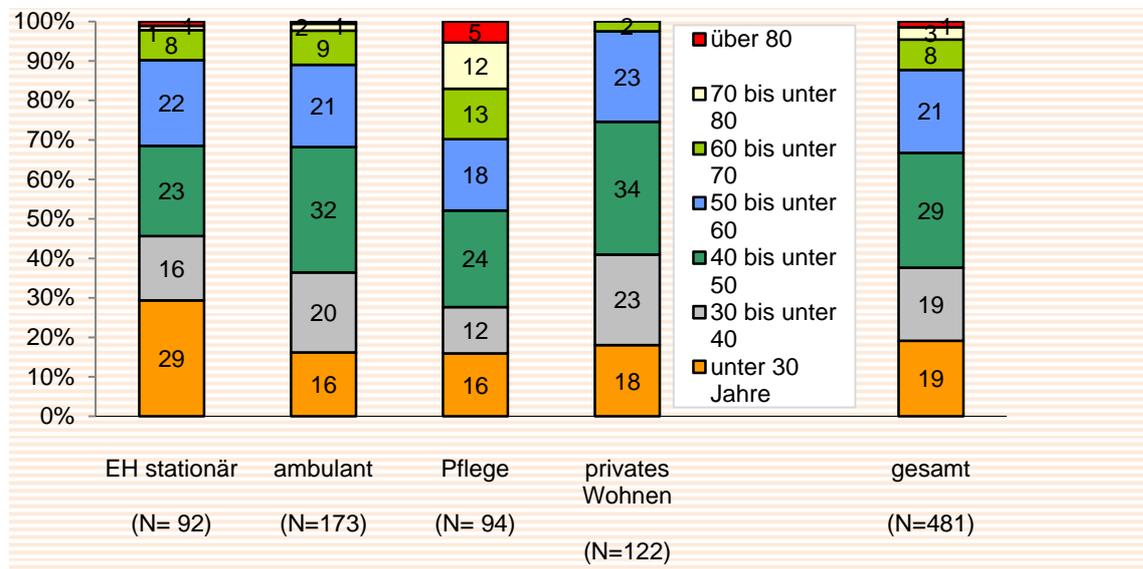
Demenzen (F0) sind beim Personenkreis der wesentlich seelisch behinderten Menschen nicht auf altersbedingte Entwicklungen zurückzuführen. Es handelt sich um organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (z. B. hervorgerufen durch starken Alkoholkonsum – Korsakow-Syndrom).

Bei den Hauptdiagnosen der im Landkreis Schwäbisch Hall versorgten Leistungsempfänger nahmen schizophrene Erkrankungen mit Abstand den größten Anteil ein (53 Prozent). Dies entspricht den Ergebnissen aus anderen Teilhabeplänen. Neun Prozent der Betroffenen hatten depressive und manisch-depressive Störungen. Unter Einbeziehung der Nebendiagnosen litt ein hoher Anteil der Leistungsempfänger an psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Suchtmitteln.

³⁶ Die Nebendiagnosen wurden ebenfalls erhoben (ohne Schaubild). Mit 30 Prozent war der Anteil der Suchterkrankungen am größten, gefolgt von den Klassifikationen F3 Manie, Depression), F4 (Neurose), F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung) mit jeweils 13 und F7 (Intelligenzstörung) mit 10 Prozent.

Alter

Schaubild 13: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Altersgruppen



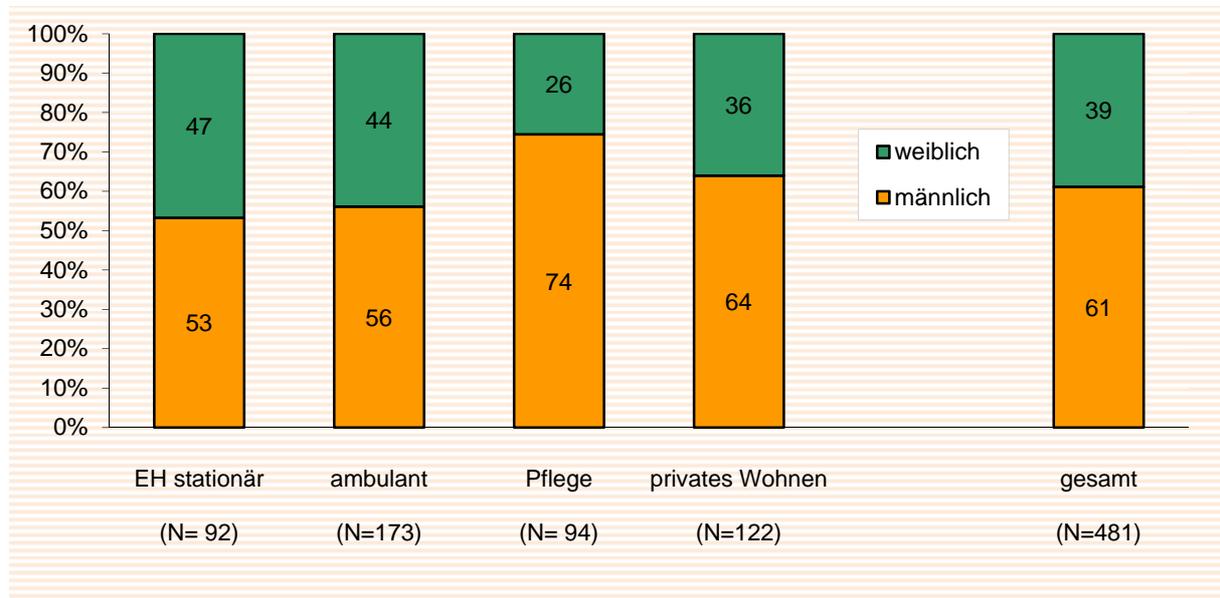
Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung benötigen selten durchgängig ab Kindesalter, sondern häufig erst in einem mittleren Lebensalter Leistungen. Dennoch war ein Fünftel (19 Prozent) der Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall unter 30 Jahre alt. Die größte Altersgruppe stellten die 40 bis unter 50 Jährigen mit 29 Prozent. Menschen ab 60 Jahre waren mit einem Anteil von insgesamt 12 Prozent vertreten. Das Durchschnittsalter der Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung lag am Stichtag bei 44 Jahren. Das entspricht einem mittleren Wert im Rahmen des vergleichbaren Altersdurchschnitts bei anderen Kreisen.

Knapp ein Fünftel der Leistungsempfänger waren am Stichtag unter 30 Jahre alt. Der Anteil von Menschen ab 70 Jahre war mit 2 Prozent im stationären Wohnen und 4 Prozent insgesamt (noch) gering. Der Bedarf an geeigneten Wohnangeboten für ältere und ggf. pflegebedürftig werdende Menschen beschränkt sich derzeit noch auf wenige Fälle.

Geschlecht

Schaubild 14: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Geschlecht



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

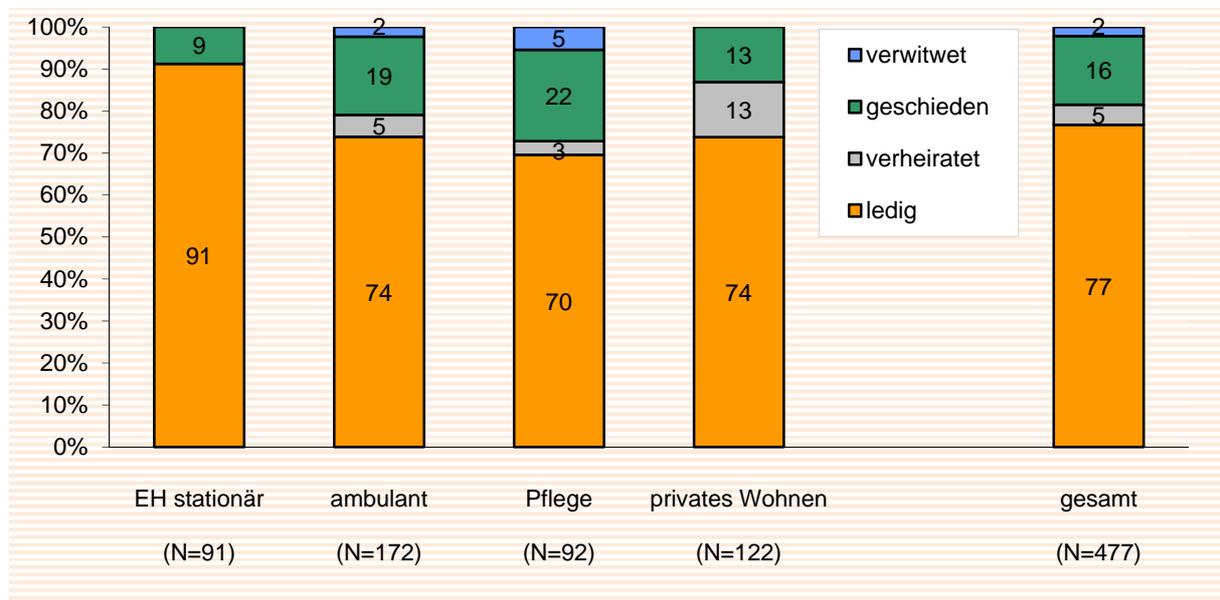
Am Stichtag waren 61 Prozent der Leistungsempfänger männlich. Der Prozentsatz der Männer mit psychischer Erkrankung und Eingliederungshilfebedarf lag deutlich über dem Männeranteil der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg mit 49 Prozent³⁷. Den höchsten Männeranteil wiesen die Pflegeeinrichtungen mit 74 Prozent auf. Anders als bei den Leistungserhebungen in anderen Kreisen lag der Männeranteil beim privaten Wohnen höher als bei den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe.

Es gibt mehr Männer mit psychischer Erkrankung, die eine professionelle Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in Anspruch nehmen als Frauen. Das zeigen auch die Ergebnisse der Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall mit einem Männeranteil von 61 Prozent. Ursachen hierfür könnten eine stärkere Einbindung von Frauen in familiäre und andere soziale Netzwerke sein sowie eine frühere Krankheitseinsicht und Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen im Vorfeld der Eingliederungshilfe.

³⁷ Ergebnisse aus der Zensus-Datenbank 2011. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013

Familienstand

Schaubild 15: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Familienstand



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

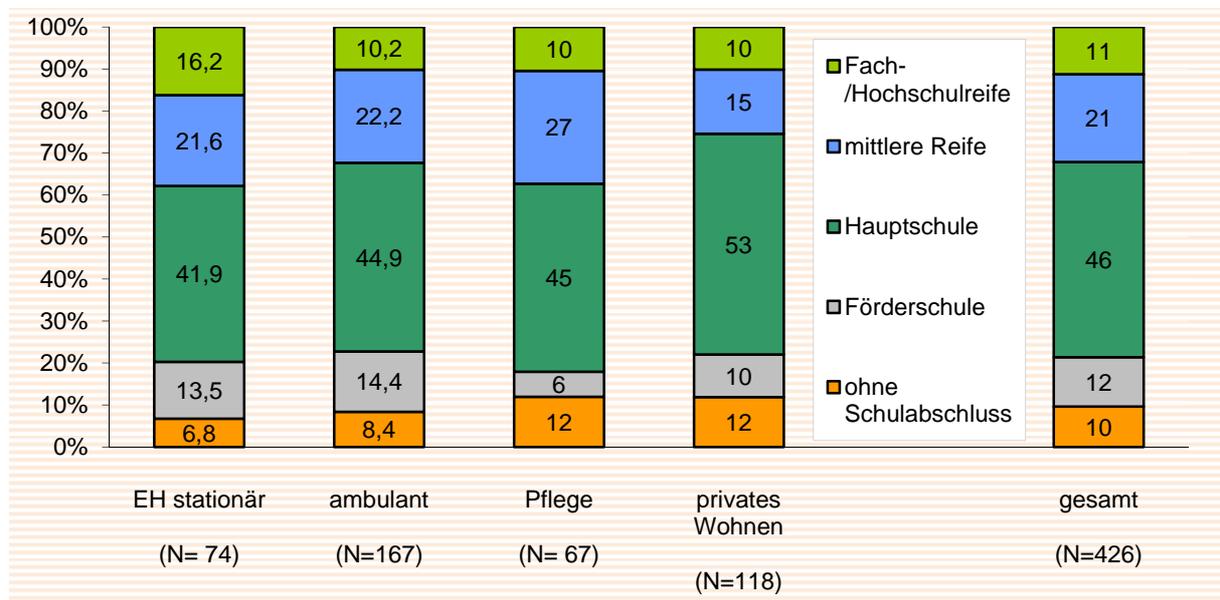
Je nach Angebot waren zwischen 91 und 70 Prozent der Menschen ledig. Insgesamt waren es 77 Prozent – gegenüber einem wesentlich geringeren Prozentsatz von 40,9 in der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs³⁸. Nur sehr wenige Menschen in einem betreuten Wohnangebot waren verheiratet, beim privaten Wohnen lag der Anteil bei 13 Prozent.

Alleinstehende Personen hatten im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung in Baden-Württemberg einen signifikant höheren Unterstützungsbedarf. Zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe/der Pflege und dem Familienstand von Menschen mit psychischer Erkrankung besteht offensichtlich ein enger Zusammenhang.

³⁸ Ergebnisse aus der Zensus-Datenbank 2011. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013

Schulabschluss

Schaubild 16: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Schulabschluss



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

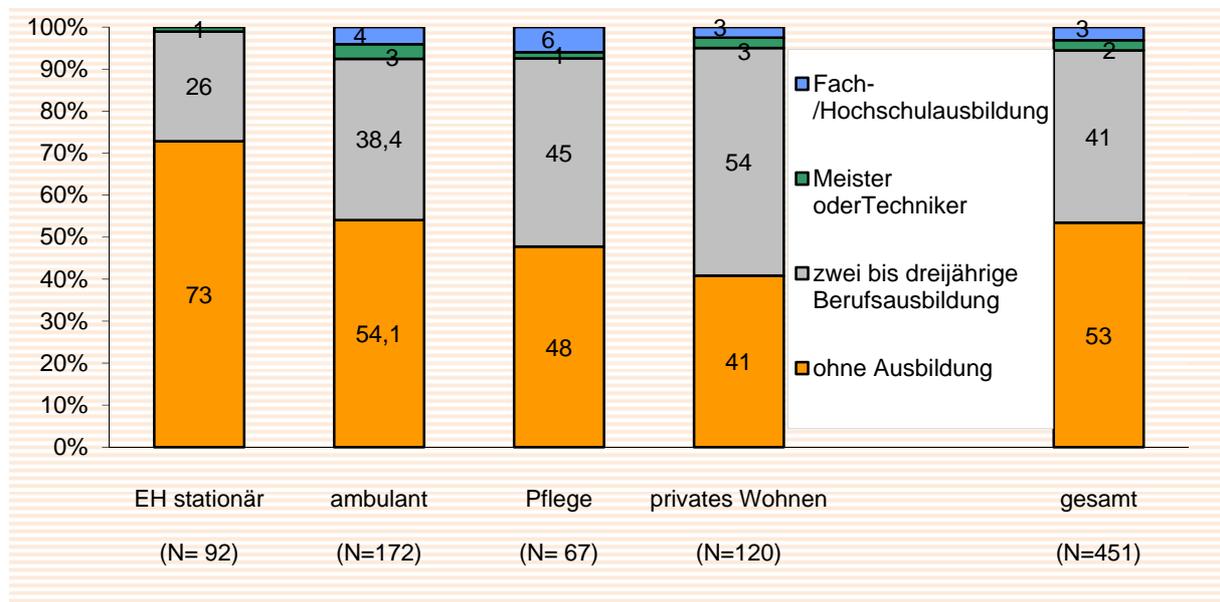
22 Prozent der Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall hatten am Stichtag keinen Schulabschluss oder das Abschlusszeugnis einer Förderschule. Die amtliche Statistik für die Allgemeinbevölkerung in Baden-Württemberg³⁹ fasst beides unter der Rubrik „ohne allgemeinen Schulabschluss“ zusammen und kommt auf 9,2 Prozent. 46 Prozent der Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall hatten einen Hauptschulabschluss, 21 Prozent einen Realschulabschluss. Zusammen genommen entspricht das in etwa der Verteilung in der Allgemeinbevölkerung. Der Anteil der Menschen mit Abitur bzw. Hochschulreife lag mit 11 Prozent deutlich unter dem vergleichbaren Prozentsatz von 25,8.

Im Vergleich zur Bevölkerung in Baden-Württemberg hatten deutlich mehr Menschen mit Eingliederungs- bzw. Pflegeleistungen keinen Schulabschluss. Deutlich weniger Leistungsempfänger verfügten über Abitur. Ein höheres Bildungsniveau korreliert offensichtlich mit dem Zugang zu selbst organisierten Unterstützungssystemen.

³⁹ Bevölkerung 2010. Kein Abschluss: 9,2%; Hauptschul-Abschluss: 40,1%; mittlere Reife: 24,8%; Abitur/Fachschulreife: 25,8%. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2011. Neuere Ergebnisse liegen in der Zensus-Datenbank 2011 vor: Ohne Schulabschluss: 6,9 %; Haupt-/Volksschulabschluss: 38,5%; Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss: 26,4 %; Hochschul-/Fachhochschulreife (Abitur/Fachabitur): 28,2%. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013

Berufsausbildung

Schaubild 17: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Berufsausbildung



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Während knapp 30 Prozent der Bevölkerung in Baden-Württemberg⁴⁰ keinen beruflichen Abschluss haben, lag dieser Anteil bei den Leistungsempfängern im Landkreis Schwäbisch Hall bei 53 Prozent. Am höchsten war der Anteil im stationären Wohnen mit 73 Prozent. Die meisten Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung schaffen zunächst einen Schulabschluss (oder haben ihn vor Auftreten der psychischen Störung erreicht). Viele scheitern aber offenbar im weiteren Verlauf ihrer Biografie beim Erwerb eines beruflichen Abschlusses. Ob die psychische Erkrankung die Ursache dafür war, dass eine berufliche Ausbildung abgebrochen oder gar nicht begonnen wurde, lässt sich anhand der erhobenen Daten nicht beurteilen. Umgekehrt könnten auch ein niedriger sozioökonomischer Status und die damit verbundenen geringeren Teilhabechancen den Ausbruch einer psychischen Erkrankung begünstigt haben. Nur drei Prozent der Eingliederungshilfeempfänger hatten eine Fachhochschul- bzw. Hochschulbildung abgeschlossen, während dies bei der Gesamtbevölkerung 13,6 Prozent sind.

Im Vergleich zur Bevölkerung in Baden-Württemberg hatten deutlich mehr Menschen mit Eingliederungs- bzw. Pflegeleistungen keinen beruflichen Abschluss (53 Prozent). Deutlich weniger Leistungsempfänger hatten einen Hochschulabschluss. Die Ergebnisse der Erhebung lassen zumindest auf einen statistischen Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und einer erhöhten Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege schließen.

⁴⁰ Bevölkerung 2010. Kein beruflicher Abschluss: 29,9%; Lehrausbildung: 47,4%; Meister-/Technikerausbildung: 9,1%; Fachhoch-/Hochschulausbildung: 13,6%. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2011. Ergebnisse aus der Zensus-Datenbank 2011. Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss: 28,8 %; Abschluss einer beruflichen Ausbildung von mind. 1 Jahr: 56,0 %; Hochschulabschluss: 15,2 %. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013

4.3 Personenkreis aus Leistungsträgerperspektive

Die folgende Tabelle beschreibt die Zahl der Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung, die am Stichtag 31.12.2012 Leistungen der Eingliederungshilfe durch den Landkreis Schwäbisch Hall erhalten haben. Eine Auswertung der Leistungsempfänger des Landkreises ist nach Geschlecht und nach Altersgruppen möglich. Daten zu Diagnosen, Schul- und Berufsabschlüssen sowie zum Familienstand werden nicht systematisch erhoben.

Tabelle 18: Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung in Kostenträgerschaft des Landkreises Schwäbisch Hall

		Stationäres Wohnen	Ambulantes Wohnen	Privates Wohnen	gesamt	Anteil
unter 30 Jahre	ges.	10	35	13	58	17,7%
	M	6	21	10	37	
	W	4	14	3	21	
30 bis unter 40 J.	ges.	18	28	21	67	20,4%
	M	13	17	11	41	
	W	5	11	10	26	
40 bis unter 50 J.	ges.	20	36	30	86	26,2%
	M	17	15	22	54	
	W	3	21	8	32	
50 bis unter 60 J.	ges.	21	34	30	85	25,9%
	M	14	21	20	55	
	W	7	13	10	30	
60 bis unter 70 J.	ges.	14	15	1	30	9,1%
	M	9	7	1	17	
	W	5	8	0	13	
70 bis unter 80 J.	ges.	1	1	0	2	0,6%
	M	1	0	0	1	
	W	0	1	0	1	
80 Jahre und älter	ges.	0	0	0	0	0,0%
	M	0	0	0	0	
	W	0	0	0	0	
insgesamt	ges.	84	149	95	328	
	M	60	81	64	205	62,5%
	W	24	68	31	123	37,5%
	Anteile	25,6% stationär	45,4% ambulant	29,0% privat		

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall, Stichtag 31.12.2012

Auch die Leistungsempfänger in Kostenträgerschaft des Landkreises sind zu fast zwei Dritteln männlich. Hinsichtlich der Verteilung auf die Altersgruppen ergibt sich bei der Leistungsträgerperspektive ein ähnliches Bild wie bei der Standortperspektive: der Schwerpunkt der Leistungsempfänger liegt in den Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren, unter 30-Jährige sind zu einem knappen Fünftel und die 70-Jährigen und Ältere anteilmäßig kaum vertreten. Insofern entspricht die Altersverteilung der Leistungsempfänger des Landkreises der in anderen Kreisen in Baden-Württemberg.

5 Hilfe beim Wohnen

Viele Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung haben keinen aktuellen Eingliederungshilfe- oder Pflegebedarf. Sie wohnen mit ihrem Lebenspartner oder mit ihrer Herkunftsfamilie zusammen, sie leben in einer Wohngemeinschaft oder als Single im Privathaushalt. Das familiäre und sonstige private soziale Netzwerk reicht zur Bewältigung ihres Alltags aus. Bei Bedarf nehmen diese Menschen medizinisch-therapeutische Hilfe von Hausärzten, psychiatrischen Fachärzten, Therapeuten und Kliniken in Anspruch.

Andere Menschen sind ausschließlich in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben behindert. Sie benötigen zwar Leistungen bei der Tagesstruktur in einer Werkstatt oder in einem Beschäftigungsangebot, wohnen aber privat und ohne professionelle Hilfe beim Wohnen (siehe Kapitel 6).

Im Kapitel 5 geht es um den Personenkreis der wesentlich seelisch behinderten Menschen⁴¹, die Wohnleistungen erhalten. Dies können Leistungen im Rahmen von Eingliederungshilfe oder in Pflegeeinrichtungen sein. Betreutes Wohnen nach SGB XII kann stationär im Wohnheim oder einer Außenwohngruppe erfolgen, in ambulanter Form wie dem ambulant betreuten Wohnen oder im begleiteten Wohnen in einer (Gast)Familie. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Unterstützung in Form einer Geldleistung als Persönliches Budget zu erhalten.

Im Überblick

Betreute Wohnformen und Pflege in Baden-Württemberg

- **Ambulant betreutes Wohnen (ABW)** als Leistung der Eingliederungshilfe richtet sich an Menschen mit seelischer Behinderung, die alleine oder in einer Wohngemeinschaft leben können, wenn sie regelmäßig ein oder mehrmals in der Woche professionelle Unterstützung erhalten. Es geht um aufsuchende Betreuung, Beratung und Begleitung in der Wohnung der betreuten Person, um Unterstützung im Alltagsablauf und bei Sozialkontakten. Die Leistungsempfänger sollten Mieter ihrer Wohnung sein, damit sie dort auch nach Beendigung der Betreuung wohnen bleiben können. Wenn Einrichtungen und Dienste Wohnungen an Betroffene vermieten, sollen Miet- und Betreuungsvertrag unabhängig voneinander abgeschlossen werden. Bei „gekoppelten“ Verträgen gelten die Anforderungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG). Die Ausgestaltung der Leistungen im ABW kann in den Stadt- und Landkreisen sehr unterschiedlich sein. Bisher gibt es keine landesweit einheitlichen Vereinbarungen.
- **Begleitetes Wohnen in Familien (BWF)** ist ein Angebot, bei dem Erwachsene mit seelischer Behinderung im Haushalt einer Gastfamilie leben. Geeignet ist diese Betreuungsform für Menschen, die eine konstante Unterstützung und Alltagsbetreuung in einem individuellen, familiären Beziehungsrahmen benötigen oder außer dem tagesstrukturierenden Rahmen der Familie keine andere Form der Tagesstruktur annehmen würden. Die Person mit Behinderung und ihre Gastfamilie werden insbesondere bei der Vorbereitungs- und Kennenlernphase, in akuten Phasen und Krisensituationen, aber auch kontinuierlich professionell begleitet. Diese Aufgabe übernimmt ein BWF-Fachdienst. Die Gastfamilie erhält ein Betreuungsentgelt nach

⁴¹ Im Folgenden wird der Einfachheit halber von Menschen mit seelischer Behinderung gesprochen.

SGB XII. Das sehr enge Zusammenleben im privaten Rahmen setzt eine genaue Passung voraus. Während das begleitete Wohnen in Familien in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland gut ausgebaut ist, gibt es diese Betreuungsform in manchen Bundesländern gar nicht.

- **Stationäre Wohnangebote in Wohnheimen und Außenwohngruppen der Eingliederungshilfe** bieten eine umfassende Unterstützung und Begleitung beim Wohnen. Dazu gehören die individuelle Assistenz, hauswirtschaftliche Unterstützung und Angebote zur Freizeitgestaltung sowie Hilfen beim Umgang mit Krisen. Der Leistungsumfang ist im Landesrahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII geregelt und im Leistungstyp I.2.3 „Stationäre Hilfe für seelisch behinderte Erwachsene“ beschrieben. Die stationäre Leistung wird als Wohnen ohne tagesstrukturierendes Angebot definiert; tagesstrukturierende Angebote werden zusätzlich (Leistungstypen I.4.4, I.4.5b und I.4.6) gewährt. Die Finanzierung der Grundpauschale, des Investitionsbetrags und der Maßnahmenpauschale übernimmt der örtliche Sozialhilfeträger. Die Höhe der Maßnahmenpauschale ergibt sich aus einer Einstufung nach fünf „Gruppen“ mit vergleichbarem Hilfebedarf.
- Die stationäre Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung und zusätzlichem Pflegebedarf erfolgt auch in **Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI**, das heißt in Fachpflegeheimen für psychisch kranke Menschen oder einzeln eingestreut in Pflegeheimen. Im Unterschied zum stationären Wohnen in der Eingliederungshilfe ist keine zusätzliche Tagesstrukturleistung vorgesehen. Sofern psychisch kranke Menschen als pflegebedürftig eingestuft werden, übernimmt die Pflegeversicherung einen Teil der Kosten. Ergänzend dazu bzw. für den Personenkreis mit Pflegestufe 0, der keine Leistungen der Pflegeversicherung erhält, übernehmen die Stadt- und Landkreise die Kosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII, entsprechend der im oben genannten Landesrahmenvertrag unter II.1 geregelten Leistungstypen der Hilfe zur Pflege.
- Das **Persönliche Budget** ist eine Form der Leistungsgewährung, bei der ein monatlicher Geldbetrag anstelle einer Sachleistung ausgezahlt wird. Der Leistungsempfänger kann sich Dienste und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wie Selbstversorgung, Haushaltsführung und Freizeitgestaltung selber einkaufen. Das Persönliche Budget eröffnet insbesondere Menschen mit seelischer Behinderung neue Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten. Gleichzeitig stellt es aber hohe Anforderungen an die Selbstständigkeit und die Eigenverantwortung der Betroffenen. Obwohl seit 2008 ein Rechtsanspruch besteht, beschränkt sich die Gewährung Persönlicher Budgets in den meisten Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs auf wenige Einzelfälle.

5.1 Leistungen im Kreis

5.1.1 Wohnleistungen insgesamt (Standortperspektive)

Tabelle 19: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen

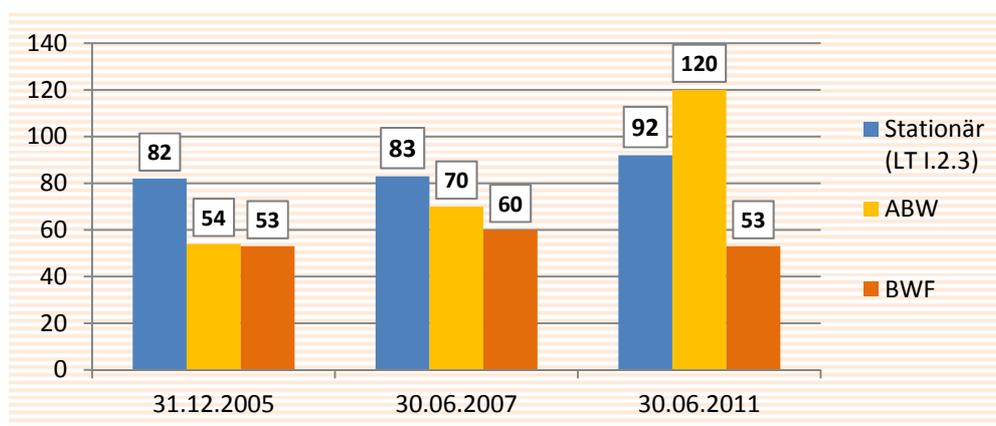
Wohnen	N	Prozent
Wohnleistungen gesamt	359	
Pflege	94	
Wohnen Eingliederungshilfe	265	100%
Ambulant betreutes Wohnen (ABW)	120	45%
Begleitetes Wohnen in Familien (BWF)	53	20%
Stationäres Wohnen	92	35%

Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. Berechnungen: KVJS

Im Landkreis Schwäbisch Hall wurden am Stichtag 30.06.2011 insgesamt 359⁴² Wohnleistungen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung erbracht, davon 265 in Eingliederungshilfe und 94 in Pflege. In den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe wurden 92 Menschen (35 Prozent) stationär, 120 Menschen (45 Prozent) im ambulant betreuten Wohnen und 53 Menschen (20 Prozent) in Gastfamilien betreut. Der Anteil ambulanter Wohnformen lag mit insgesamt 65 Prozent deutlich über dem Anteil der Leistungen im stationären Wohnen.

Bereits zu den Stichtagen 31.12.2005 und 30.06.2007 wurden die Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall von der Sozialplanung um Angaben zu ihren belegten Plätzen gebeten. Es liegen daher Daten vor, die es ermöglichen, Verläufe seit der Kommunalisierung der Eingliederungshilfe im Jahr 2005 darzustellen. Dies ist insofern bemerkenswert, da es sich um Daten aus der Standortperspektive handelt.

Schaubild 20: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen seit 2005



Grafik: Landkreis Schwäbisch Hall. Datenbasis: Leistungserhebungen Sozialamt Schwäbisch Hall zum Stichtag 31.12.2005 und 30.06.2007 sowie Leistungserhebung KVJS zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

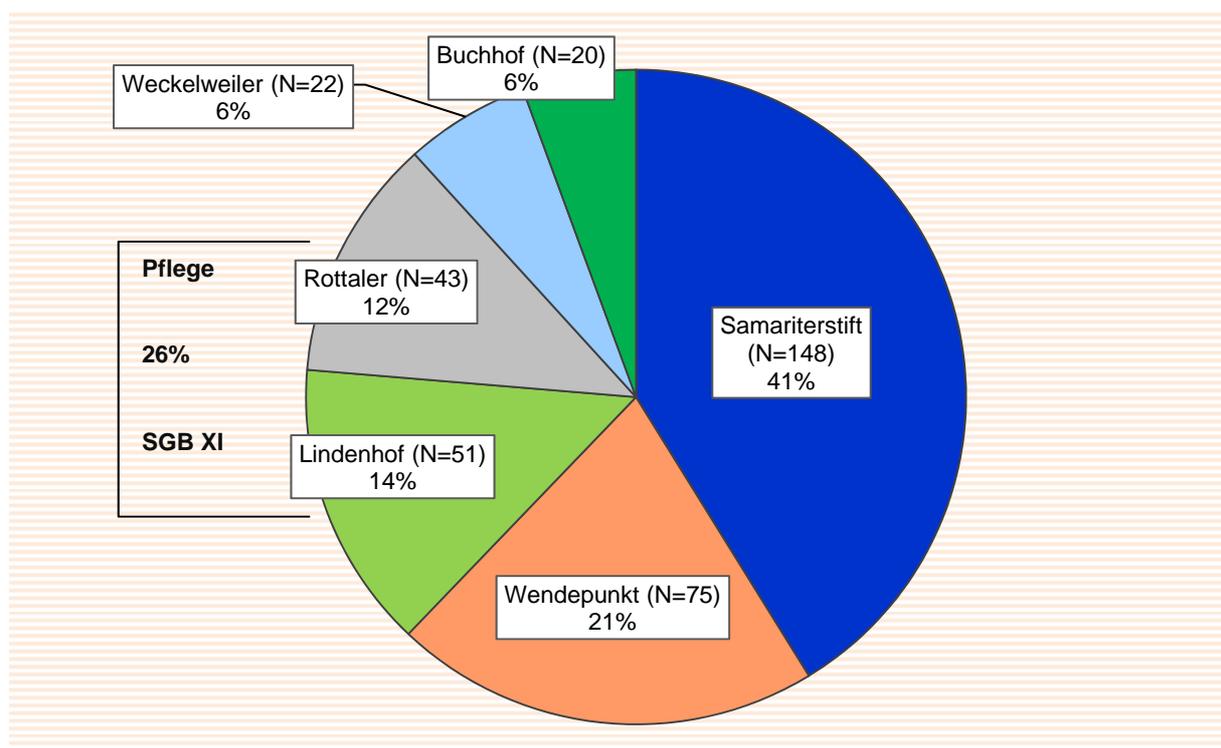
⁴² Die auf die Gesamtheit der Wohnleistungen bezogenen Prozentanteile wurden in Kapitel 4 dargestellt.

Während die Zahl der Leistungen im Begleiteten Wohnen in Familien im Vergleich der Stichtage 2005 und 2011 konstant geblieben ist und auch die Leistungen im stationären Wohnen nur moderat gestiegen sind, hat sich das ambulant betreute Wohnen mehr als verdoppelt. Insgesamt hat sich der Anteil stationärer Wohnleistungen der Eingliederungshilfe an den gesamten Wohnleistungen für seelisch behinderte Menschen von 43,4 % im Jahr 2005 über 40 % in 2007 auf einen Anteil von 34,7 % im Jahr 2011 verringert. Das bedeutet, dass zwischenzeitlich zwei von drei Leistungsempfängern mit seelischer Behinderung, die eine Unterstützung im Wohnen benötigen, ambulant betreut werden.

Die Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall haben sich seit 2005 deutlich im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ entwickelt.

Einrichtungsträger

Schaubild 21: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Einrichtungsträgern

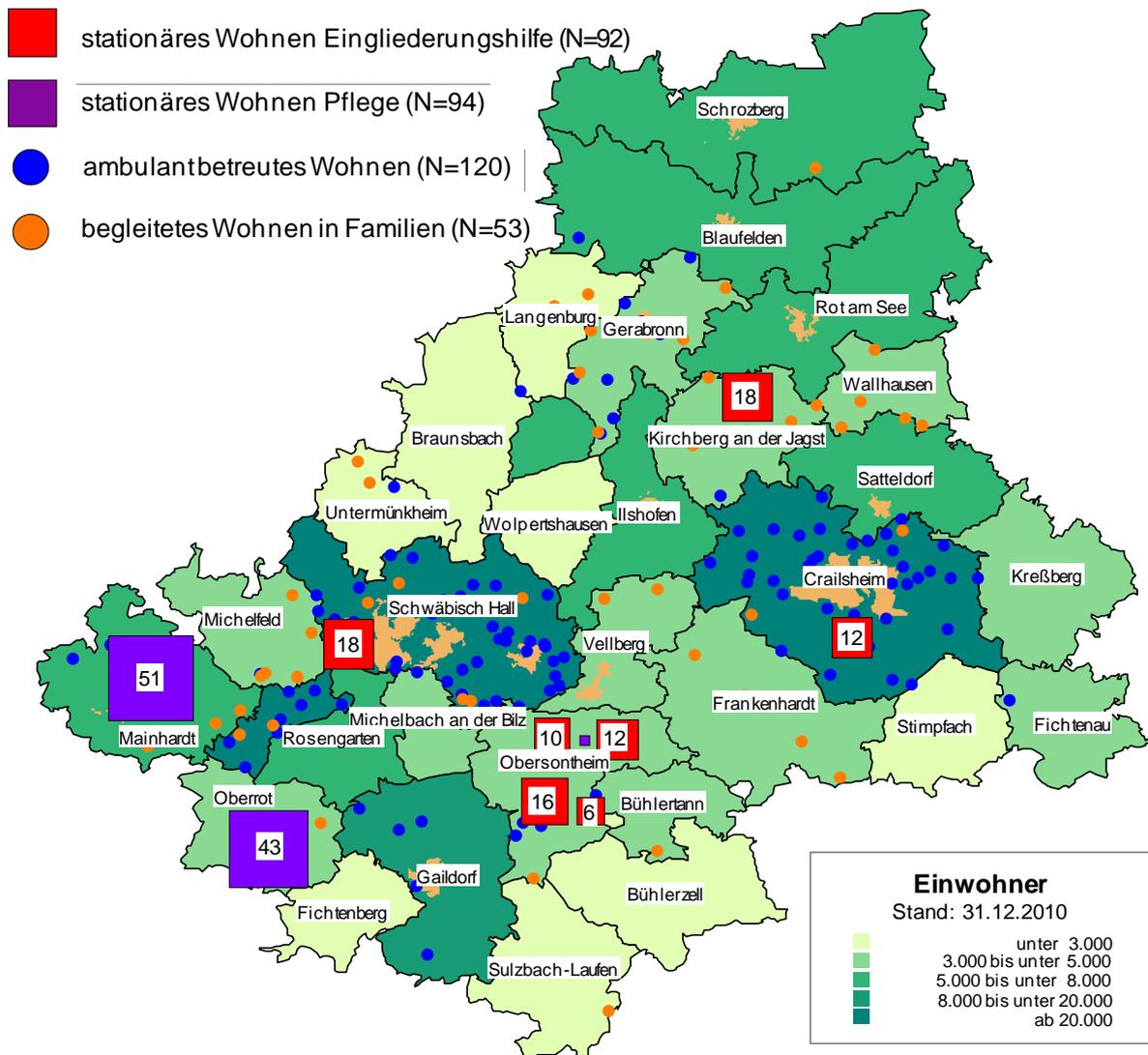


Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. (N=359)

Von 359 insgesamt erbrachten Wohnleistungen wurden 26 Prozent in den beiden Pflegeeinrichtungen erbracht. Den mit Abstand größten Anteil nahm das Samariterstift mit 41 Prozent ein. Bezogen auf die Wohnleistungen der Eingliederungshilfe (N=265) lag dieser Anteil bei 56 Prozent.

Regionale Verteilung

Schaubild 22: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Gemeinden

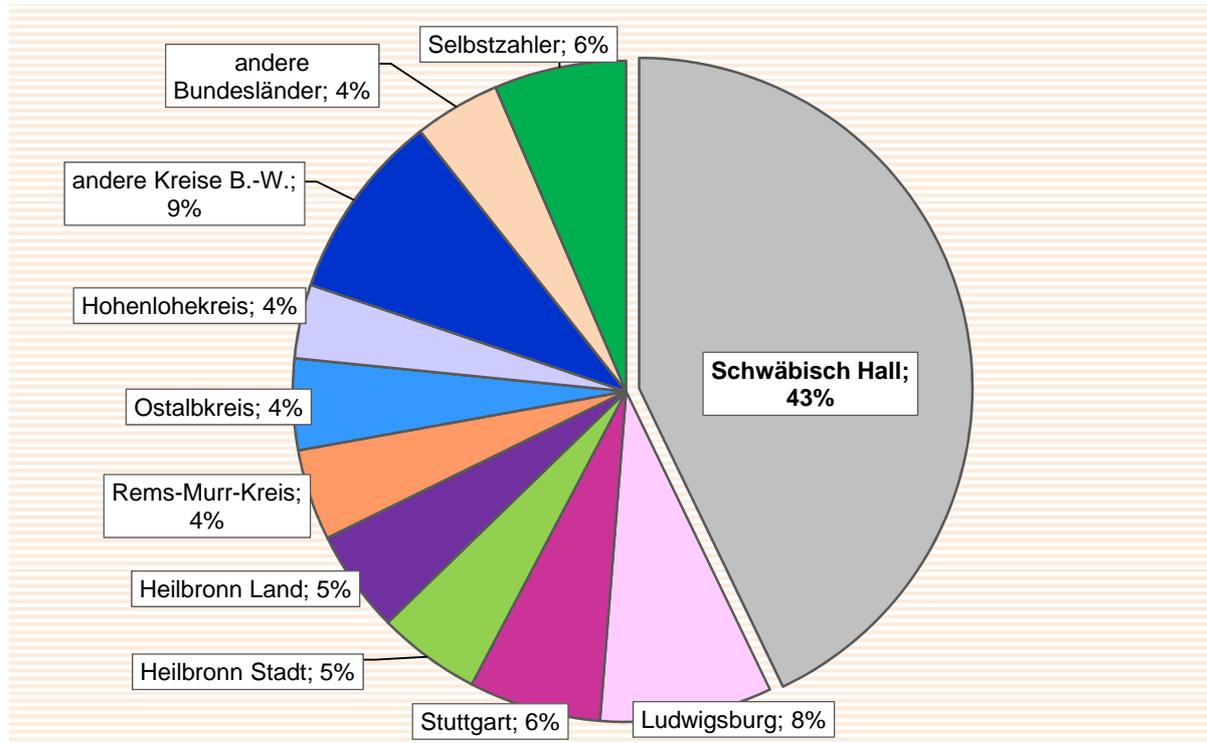


Karte: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. (N=359)

Die regionale Verteilung der Wohnleistungen zeigt, dass es sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Wohnformen eine Konzentration auf bestimmte Gemeinden bzw. bestimmte Regionen innerhalb des Kreisgebietes gibt. Während insbesondere im Einzugsgebiet der beiden Städte Schwäbisch Hall und Crailsheim eine hohe Wohnplatzdichte herrscht, sind in den eher dünn besiedelten Gemeinden weder Wohnheimplätze noch ambulante Wohnplätze vorhanden.

Herkunftskreise

Schaubild 23: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Herkunftskreisen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. (N=359)

Über die Hälfte (57 Prozent) aller betreuten Wohnangebote im Landkreis Schwäbisch Hall wurden von Menschen in Anspruch genommen, die aus anderen Kreisen kommen. Die Anteile der Hauptbelegerkreise waren relativ gleichmäßig verteilt und bewegten sich im einstelligen Bereich zwischen 4 und 8 Prozent.

Tabelle 24: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und Herkunft

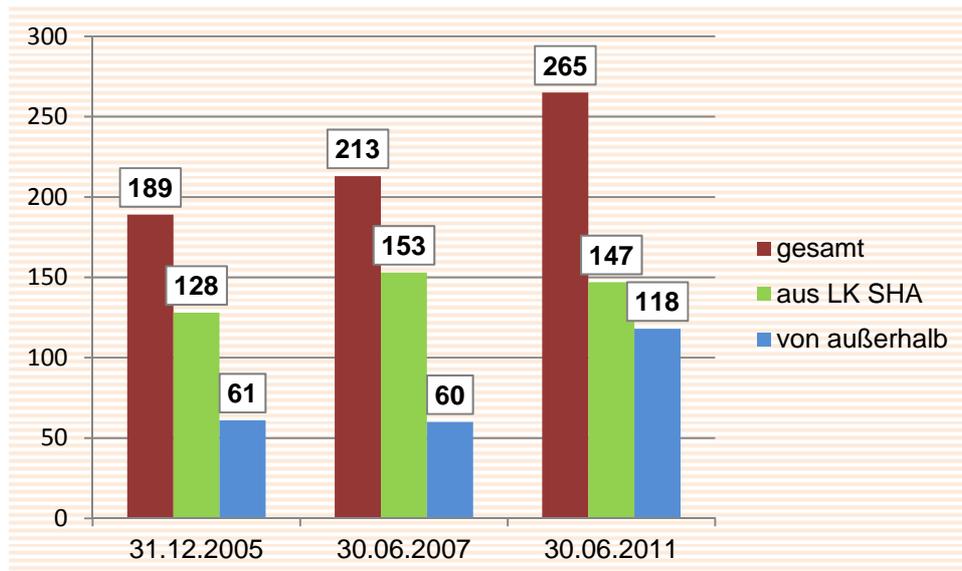
	N	Leistungsträger Landkreis Schwäbisch Hall		andere Leistungsträger	
Eingliederungshilfe stationär	92	27	29 %	65	71 %
Pflegeeinrichtung stationär	94	7	7 %	87	93 %
Stationär gesamt	186	34	18 %	152	82 %
ABW	120	90	75 %	30	25 %
BWF	53	30	57 %	23	43 %
Ambulant gesamt	173	120	69 %	53	31 %
Wohnleistungen ohne Pflege	265	147	55 %	118	45 %
Wohnleistungen gesamt	359	154	43 %	205	57 %
privat	122				
Wohnen gesamt	481				

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Der nach Wohnform und Herkunft differenzierte Überblick zeigt, dass der Anteil von Menschen aus anderen Kreisen in den beiden Pflegeeinrichtungen mit zusammen 93 Prozent am höchsten war. In den stationären Wohnheimen der Eingliederungshilfe wohnten 71 Prozent „Auswärtige“, in den Gastfamilien 43 Prozent. Die Betreuung in Gastfamilien bestätigt sich damit als Wohnform für einen Personenkreis, bei dem ein familiäres Setting auch dann im Vordergrund steht, wenn es nicht wohnortnah erfolgt. Der Anteil von Menschen aus anderen Kreisen lag im ambulant betreuten Wohnen mit einem Viertel erwartungsgemäß am niedrigsten.

Auf Grundlage der bereits genannten Erhebung der belegten Plätze in Einrichtungen der Eingliederungshilfe 2005 und 2007 durch die Sozialplanung des Kreises liegen auch für das Merkmal „Herkunft“ Verlaufszahlen vor.

Schaubild 25: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Herkunft seit 2005



Grafik: Landkreis Schwäbisch Hall. Datenbasis: Leistungserhebungen Sozialamt Schwäbisch Hall zum Stichtag 31.12.2005 und 30.06.2007 sowie Leistungserhebung KVJS zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Die Zahl der Wohnleistungen der Eingliederungshilfe für Menschen aus dem Landkreis Schwäbisch Hall war am Stichtag 30.06.2011 gegenüber 2005 moderat gestiegen (von 128 auf 147). Die Zahl der Leistungen für Menschen von außerhalb hatte sich fast verdoppelt (von 61 auf 118). Prozentual hat sich der Anteil der Wohnleistungen für Menschen aus dem Landkreis Schwäbisch Hall an den jeweiligen Stichtagen wie folgt entwickelt: 68 Prozent (2005), 72 Prozent (2007) und 55 Prozent (2011).

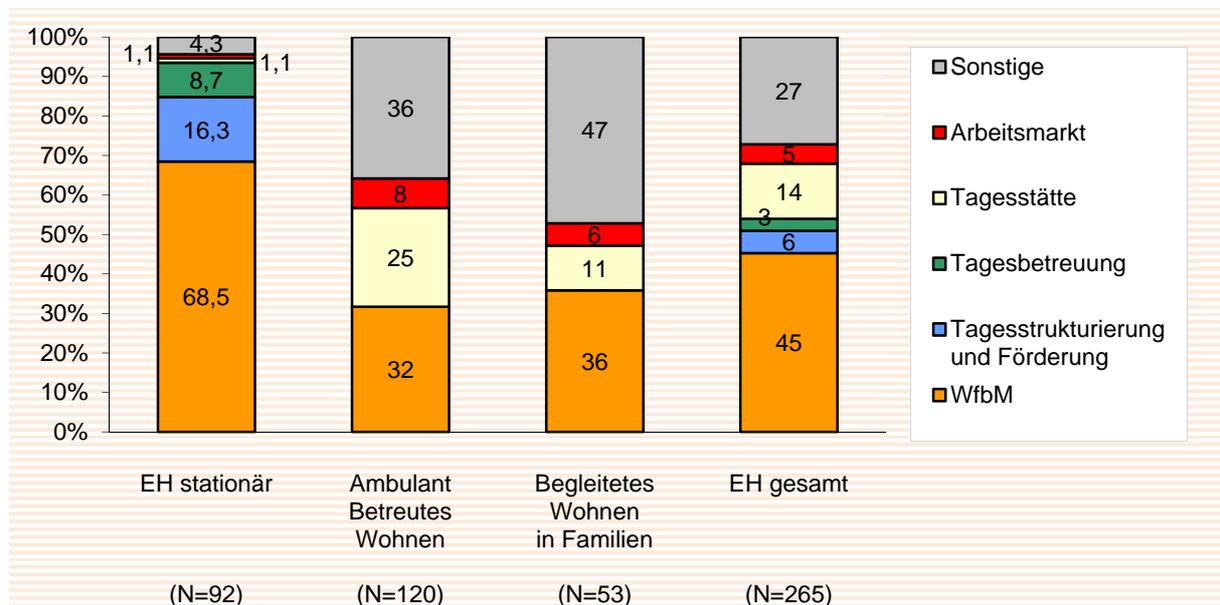
Aus Sicht der Vertreter des Klinikums am Weissenhof in Weinsberg kommt als mögliche Ursache für die Ausweitung des „Fremdbelegeranteils“ ein Mangel an vollstationären Plätzen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung in der Stadt Stuttgart und im Landkreis Ludwigsburg in Betracht⁴³. In der Folge erhöhe sich auch die Zahl der Behandlungen, da das Klinikum im Krisenfall für die medizinische Versorgung der Heimbewohner (auch der zugezogenen) verantwortlich sei.

Bei den im Landkreis Schwäbisch Hall erbrachten Wohnleistungen der Eingliederungshilfe war der sogenannte Fremdbelegeranteil am Stichtag 30.06.2011 im Vergleich zu 2005 deutlich gestiegen.

⁴³ Statement im Workshop Pflege am 21.09.2011

Ergänzende Tagesstruktur

Schaubild 26: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und ergänzender Tagesstruktur



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

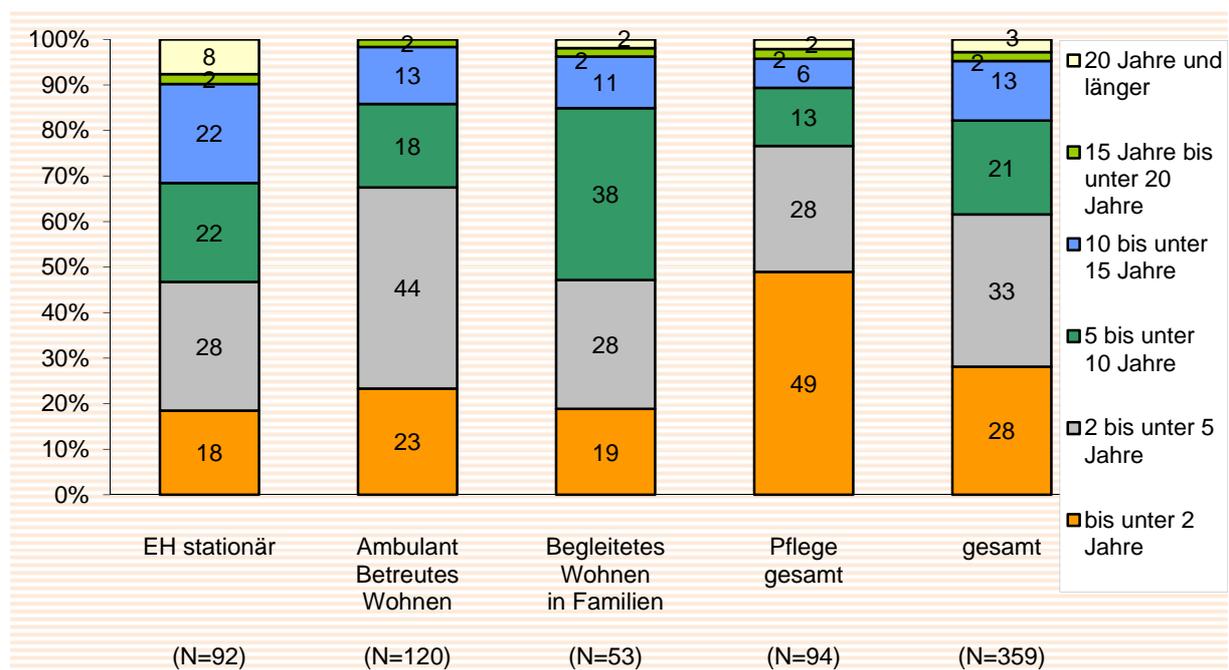
Von den Heimbewohnern der Eingliederungshilfe waren über zwei Drittel (68,5 Prozent) in einer WfbM tätig⁴⁴. Gegenüber anderen Stadt- und Landkreisen ist der Prozentsatz werkstattbeschäftigter Heimbewohner im Landkreis Schwäbisch Hall relativ hoch. Bei den ambulanten Wohnformen waren es im ABW 32 Prozent und beim Begleiteten Wohnen in Familien 36 Prozent Werkstattbeschäftigte. Im Vergleich sind diese Anteile eher gering. Nur wenige der Menschen, die ein Wohnangebot der Eingliederungshilfe benötigten, arbeiteten auf dem Regelarbeitsmarkt. Von 92 Heimbewohnern war dies lediglich eine Person. Der Besuch einer Tagesstätte ist in erster Linie ein Angebot für ambulant Wohnende. Der Anteil lag bei 25 Prozent. Unter der Kategorie „Tagesbetreuung“ wurde das interne Angebot der Wohnheime der Samariterstiftung für Senioren erfasst. Bei den beiden ambulanten Wohnformen ABW und Begleitetes Wohnen in Familien wurde die ergänzende Tagesstruktur häufig der Rubrik „Sonstige“ zugeordnet, was auf einen hohen Anteil an Personen ohne institutionell organisierte Tagesstruktur hinweist. Beim ambulant betreuten Wohnen waren es 36 Prozent. Ein Teil dieser Personen dürfte gut in der Lage sein, seinen Tagesablauf selbst oder mit Unterstützung eines funktionierenden sozialen Umfelds zu strukturieren. Ein anderer Teil mag krankheitsbedingt nicht in der Lage sein, an einem tagesstrukturierenden Angebot teilzunehmen. Mit einem Anteil von 47 Prozent nahm beim Begleiteten Wohnen in Familien fast die Hälfte der Betroffenen an keinem institutionellen Tagesangebot teil. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie in den Alltag ihrer Gastfamilie eingebunden und auch tagsüber ausreichend versorgt sind. Es muss im Einzelfall eingeschätzt werden, ob und welche Unterstützung die betreffenden ambulant betreuten Personen benötigen.

⁴⁴ In den beiden Wohnheimen der Samariterstiftung und in Weckelweiler lag der Anteil jeweils über 80 Prozent, während im Buchhof überwiegend das interne Tagesstrukturangebot wahrgenommen wurde.

In (Fach-) Pflegeheimen wird interne Tagesstruktur in begrenztem Umfang „unter einem Dach“ angeboten. Es geht um den Erhalt von Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags und um soziale Bedürfnisse der Bewohner, nicht um Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zusätzliche (externe) Tagesstrukturleistungen sind nicht vorgesehen. In Ausnahmefällen und nach gesonderter Vereinbarung mit dem Leistungsträger können Bewohner an externen tagesstrukturierenden Angeboten teilnehmen. Dies war am Stichtag 30.06.2011 nicht der Fall.

Verweildauer

Schaubild 27: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und Verweildauer



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Manche Menschen mit seelischer Behinderung sind nur vorübergehend auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen. Viele benötigen im Verlaufe ihres Lebens nur zeitweise Leistungen, weil Phasen von Krankheit, Eingliederung, Stabilisierung und Wiedererkrankung aufeinander folgen. Die Fluktuation in Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung ist entsprechend hoch. Statistische Aussagen dazu würden eine Erfassung der Zu- und Abgänge während eines Berichtszeitraums erfordern. Die an einem Stichtag erhobene Verweildauer kann nur retrospektiv abbilden, wie lange den Menschen in dieser Einrichtung bisher eine Leistung gewährt wurde⁴⁵. Sie ist insofern lediglich ein Indikator für die Fluktuation. Fast die Hälfte (49 Prozent) der Bewohner in den beiden Pflegeeinrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall lebten am Stichtag kürzer als zwei Jahre in der Einrichtung. Dieser auch gegenüber anderen Kreisen hohe Anteil dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass es sich um geschlossene und in dieser Form als vorübergehend konzipierte Unterbringungen handelt. In den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe lag der Anteil wesentlich darunter (zwischen 18 und 23 Prozent). Betrachtet man die Verweildauer unter fünf Jahren, lag der Anteil

⁴⁵ Die maximal mögliche Verweildauer hängt vom Alter der Einrichtung ab.

beim stationären Wohnen und in Gastfamilien unter 50 Prozent, beim ambulant betreuten Wohnen und in den Pflegeheimen über 60 Prozent. In den Wohnheimen der Eingliederungshilfe wohnten 10 Prozent länger als 15 Jahre. Dieser Personenkreis oder zumindest ein Großteil davon dürfte dauerhaft auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen und in der Einrichtung beheimatet sein.

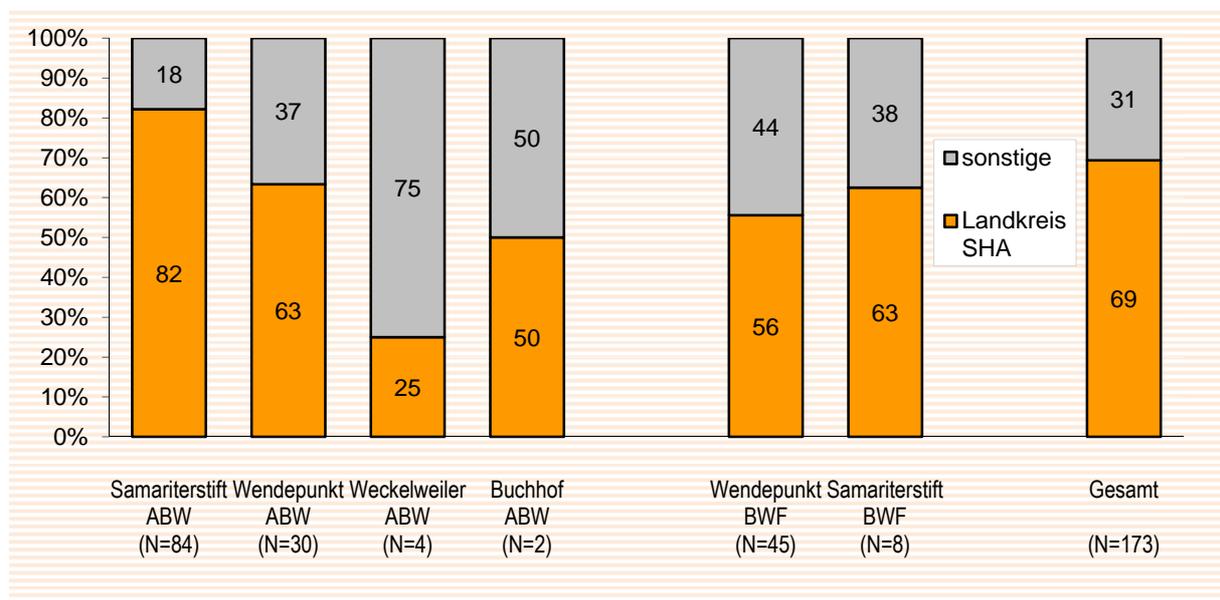
5.1.2 Ambulantes Wohnen

Im Landkreis Schwäbisch Hall bieten alle Träger der Eingliederungshilfe ambulant betreutes Wohnen an. Die Samariterstiftung und der Verein Wendepunkt führen außerdem begleitetes Wohnen in Familien durch. Am Stichtag 30.06.2011 wurden insgesamt 173 Menschen ambulant⁴⁶ betreut.

Einige Merkmale wie „Herkunft“ und „Alter“ werden im Folgenden noch einmal grafisch dargestellt. Sie werden nach Trägern und nach Art der ambulanten Wohnform (ABW/BWF) differenziert. Gegenüber der Darstellung im Kapitel „Personenkreis“ bzw. der vorangegangenen Auswertung der Wohnformen insgesamt ist dadurch eine vertiefte Betrachtung möglich⁴⁷.

Herkunftskreise

Schaubild 28: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in ambulanten Wohnformen nach Trägern und Herkunftskreisen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

⁴⁶ Mit den Begriffen „Ambulantes Wohnen“, „Ambulante Wohnformen“ oder „ambulante Betreuung“ sind beide Angebotsformen gemeint.

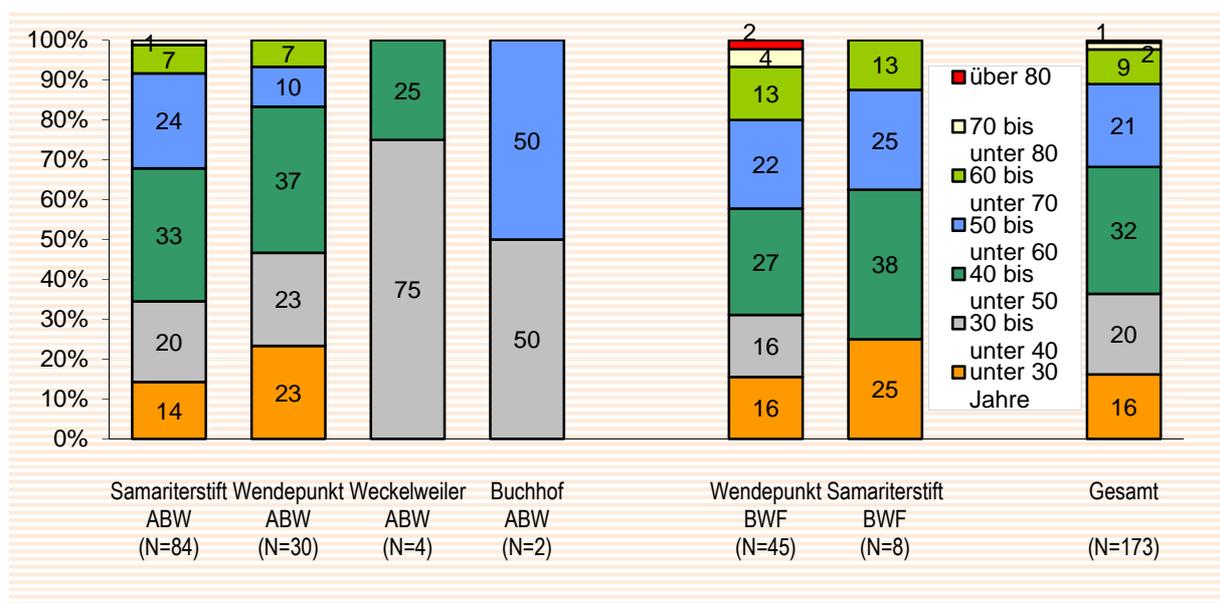
⁴⁷ Merkmale, die bereits beim Personenkreis oder den Wohnleistungen gesamt ausführlich beschrieben wurden, werden vertiefend als Kleingedrucktes dargestellt.

Diagnosen

Bei über der Hälfte aller Leistungsempfänger lag am Stichtag 30.06.2011 eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung (F2) als Hauptdiagnose vor⁴⁸. Der Anteil bei den ambulant wohnenden Personen entspricht diesem Gesamtbild. Bei den ambulanten Wohnformen zusammen waren es 52 Prozent, im ambulant betreuten Wohnen lag der Prozentsatz darüber (57 Prozent), im Begleiteten Wohnen in Familien darunter (42 Prozent). Affektive d.h. manische und depressive Störungen (F3) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) waren mit 12 bzw. 10 Prozent etwa gleich häufig vertreten. Bei den Nebendiagnosen ist die Klassifikation F1 (Sucht) mit 19 Prozent nicht so stark vertreten wie bei der Gesamtheit der Leistungsempfänger (30 Prozent).

Alter

Schaubild 29: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in ambulanten Wohnformen nach Trägern und Altersgruppen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

16 Prozent der ambulant betreuten Personen sind unter 30 Jahre, 12 Prozent sind 60 Jahre und älter (davon vier Personen 70 Jahre und älter). Mit 73 Prozent befinden sich fast drei Viertel in den Altersgruppen dazwischen. Zwischen den beiden ambulanten Wohnformen (ambulant betreutes Wohnen und betreutes Wohnen in Gastfamilien) bestehen bei der Altersstruktur keine nennenswerten Unterschiede.

⁴⁸ Übersicht nach ICD-10-GM und Diagnosedaten zum Personenkreis in Kapitel 4

Geschlecht, Familienstand

Männer sind in ambulanten Wohnformen mit 56 Prozent vertreten.

Fast drei Viertel der ambulant Wohnenden sind ledig. Fünf Prozent sind verheiratet, die anderen geschieden oder verwitwet. Wie bei der Altersstruktur gibt es auch hier keine gravierenden Unterschiede zwischen den beiden ambulanten Betreuungsformen.⁴⁹

Schule und Beruf

Ganz ohne Schulabschluss sind 8 Prozent der ambulant Betreuten. 60 Prozent haben einen Förder- oder Hauptschulabschluss (15/45), 32 Prozent verfügen über die mittlere Reife oder eine Fachhochschul- bzw. Hochschulreife (22/10).

Die berufliche Ausbildung verteilt sich wie folgt: 54 Prozent ohne Ausbildung, 38 Prozent zwei- bis dreijährige Ausbildung, 8 Prozent Meister- oder Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss (4/4).

Beim Vergleich mit den beiden stationären Wohnformen wäre das ambulante Wohnen sowohl vom Bildungs- als auch vom Ausbildungsniveau her zwischen stationärer Eingliederungshilfe und Pflege anzusiedeln (Anteil ohne Schulabschluss: 7/8/12 Prozent; ohne Ausbildung: 73/54/45 Prozent).

5.1.3 Stationäres Wohnen

Im Landkreis Schwäbisch Hall bieten drei Träger der Eingliederungshilfe stationäres Wohnen an. Zwei Pflegeheimträger verfügen über Plätze für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung. Am Stichtag 30.06.2011 wurden insgesamt 186 Menschen stationär betreut.

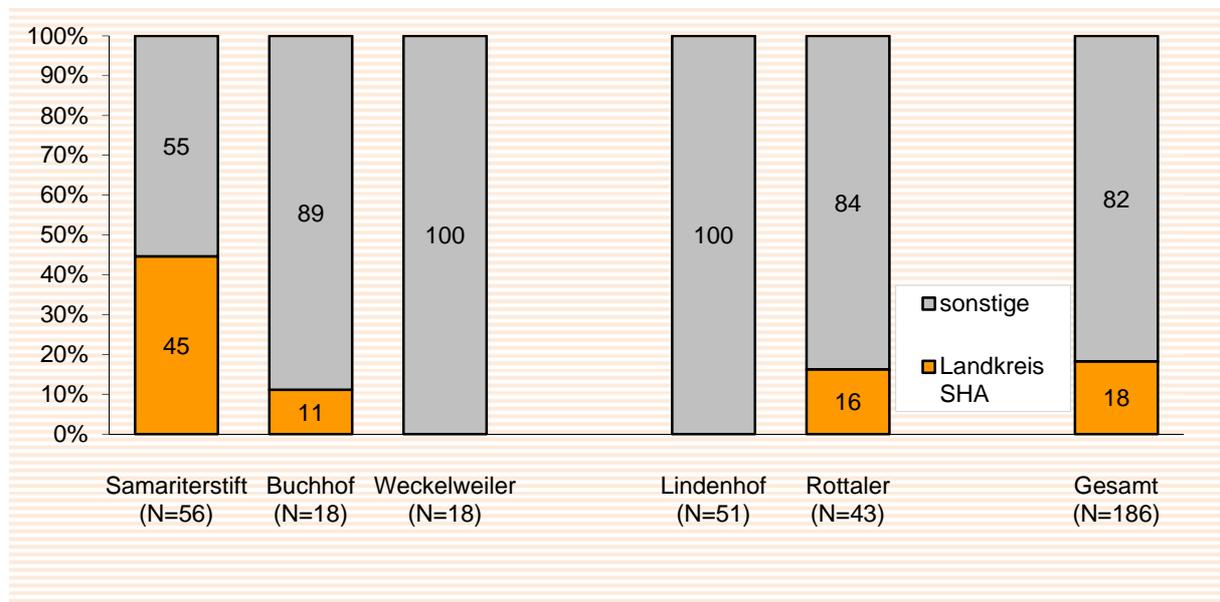
Wie im vorangegangenen Abschnitt zum ambulanten Wohnen werden lediglich die Merkmale „Herkunft“ und „Alter“ grafisch dargestellt und nach Trägern und ambulanten Wohnformen differenziert. Hinzu kommen Kreisdiagramme zur Verteilung der Hilfebedarfsgruppen und Pflegestufen.⁵⁰

⁴⁹ Siehe auch Schaubilder 14 und 15 im Kapitel 4. Personenkreis

⁵⁰ Merkmale, die bereits beim Personenkreis oder den Wohnleistungen gesamt ausführlich beschrieben wurden, werden vertiefend als Kleingedrucktes dargestellt.

Herkunftskreise

Schaubild 30: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in stationären Wohnformen nach Trägern und Herkunftskreisen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Stationäre Wohnangebote im Landkreis Schwäbisch Hall werden - wie bereits ausgeführt⁵¹ - in erheblichem Umfang von Leistungsempfängern aus anderen Kreisen in Anspruch genommen. Nach Trägern differenziert ergibt sich folgendes: Die Wohnheime der Samariterstiftung im Landkreis Schwäbisch Hall waren mit 45 Prozent aus dem eigenen Kreis belegt. Die Belegungsstruktur an den Standorten Obersontheim und Crailsheim unterscheidet sich erheblich voneinander⁵². In den Weckelweiler Wohnheimen waren am Stichtag keine Menschen mit seelischen Behinderungen aus dem Standortlandkreis untergebracht. Die eingestreuten Wohnplätze sind ein Angebot für einen relativ kleinen Personenkreis mit spezifischen Bedürfnissen. Auch der Buchhof ist durch seine geografische Lage und als kleine Einrichtung ein Nischenangebot für Menschen, bei denen es zum Teil um einen bewussten vorübergehenden Rückzug aus der gewohnten Umgebung geht.

In den (geschlossenen) Gruppen des Lindenhofs, waren am Stichtag keine Leistungsempfänger des Landkreises untergebracht. Für die Unterbringung ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts nach § 1906 BGB erforderlich. Die Bewohner in Oberrot waren zu 16 Prozent Kreisbürger.

⁵¹ Tabelle 24: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und Herkunft.

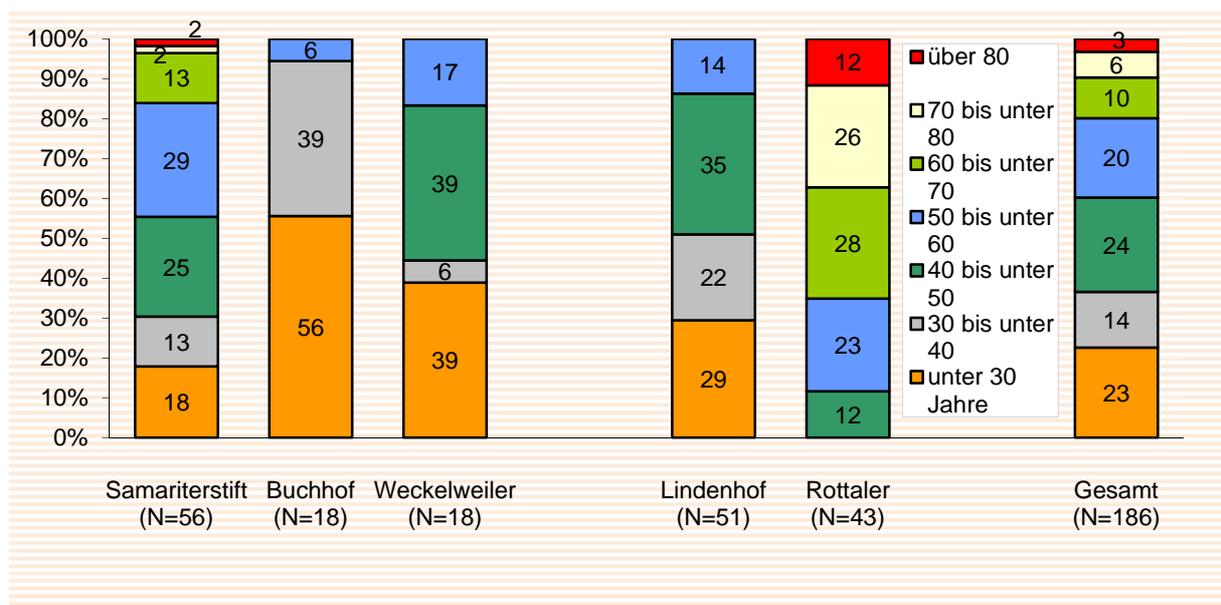
⁵² Während in Obersontheim über die Hälfte der Bewohner aus dem Landkreis kommen, sind es in Crailsheim nur 17 Prozent.

Diagnosen

Wie bei den ambulanten Wohnformen lag auch im stationären Wohnen bei über der Hälfte der Betreuten am Stichtag 30.06.2011 eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung (F2) als Hauptdiagnose vor. In der Eingliederungshilfe waren dies 59 Prozent, in den beiden Pflegeeinrichtungen lag der Prozentsatz bei 57. Körperliche Störungen waren bei keiner betreuten Wohnform als Hauptdiagnose vertreten und kamen auch als Nebendiagnose kaum vor. Alle anderen Klassifikationen verteilten sich bei den Bewohnern von Eingliederungshilfeeinrichtungen relativ gleichmäßig, wenn auch mit unterschiedlich starker Ausprägung bei den einzelnen Trägern. In der Pflege lag der zweitgrößte Anteil der Hauptdiagnosen bei den Personen mit Suchterkrankungen (26 Prozent). Hinzuzurechnen ist der immens hohe Anteil der suchtkranken Menschen in beiden Pflegeeinrichtungen bei den Nebendiagnosen mit 70 bzw. 67 Prozent.

Alter

Schaubild 31: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in stationären Wohnformen nach Trägern und Altersgruppen



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

In Kapitel 4 wurde die Altersstruktur des Personenkreises nach Wohnformen differenziert. Aus der obigen Grafik ist erkennbar, dass die Altersstruktur auch zwischen den einzelnen stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und zwischen den beiden Pflegeeinrichtungen erheblich differiert. Im Buchhof waren mit 56 Prozent über die Hälfte jünger als 30 Jahre. Auch in Weckelweiler nimmt diese Altersgruppe mit 39 Prozent einen großen Anteil ein. Umgekehrt gab es am Stichtag in beiden Einrichtungen keine über 60 Jahre alten Personen. In den Wohnheimen der Samariterstiftung lag eine alle Altersjahrgänge umfassende Streuung vor. Die meisten Bewohner befanden sich in den Altersgruppen 40 bis unter 50 und 50 bis unter 60 Jahre. 17 Prozent waren 60 Jahre und älter, lediglich 4 Prozent, das heißt 10 Personen waren 70 Jahre und älter. Das Thema „Älter werden in der Eingliederungshilfe“ zeichnet sich ab, Umfang und Form der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf werden zu klären sein (vergleiche auch Kapitel 8).

Geschlecht, Familienstand

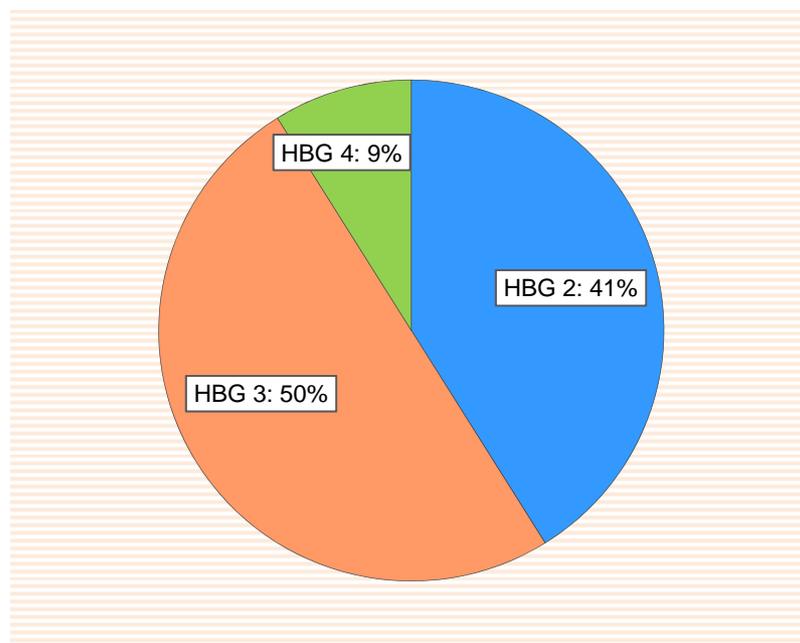
Während der Anteil von Männern in den Pflegeeinrichtungen mit 74 Prozent am Stichtag erheblich überwogen hat, war der Prozentsatz von männlichen zu weiblichen Bewohnern in den Wohnheimen insgesamt nahezu ausgeglichen (53:47). Der Blick auf die einzelnen Einrichtungen ergibt im Vergleich von Buchhof und Weckelweiler ein jeweils entgegengesetztes Ergebnis: während der Männeranteil im Buchhof nur bei 17 Prozent lag, lag er in Weckelweiler bei 78 Prozent.

Neun Prozent der Wohnheimbewohner waren geschieden, alle anderen, d. h. 91 Prozent waren ledig. In den Pflegeheimen gab es mit 30 Prozent wesentlich mehr Personen, die in der Vergangenheit oder am Stichtag immer noch verheiratet waren (verheiratet: 3%, geschieden: 22%, verwitwet: 5%).

Hilfebedarfsgruppen und Pflegestufen

Im Rahmen der Eingliederungshilfe wird der Hilfebedarf von erwachsenen Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung in Wohnheimen nach fünf Hilfebedarfsgruppen bemessen.

Schaubild 32: Hilfebedarfsgruppen (HBG) in den Wohnheimen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall (N= 92)⁵³

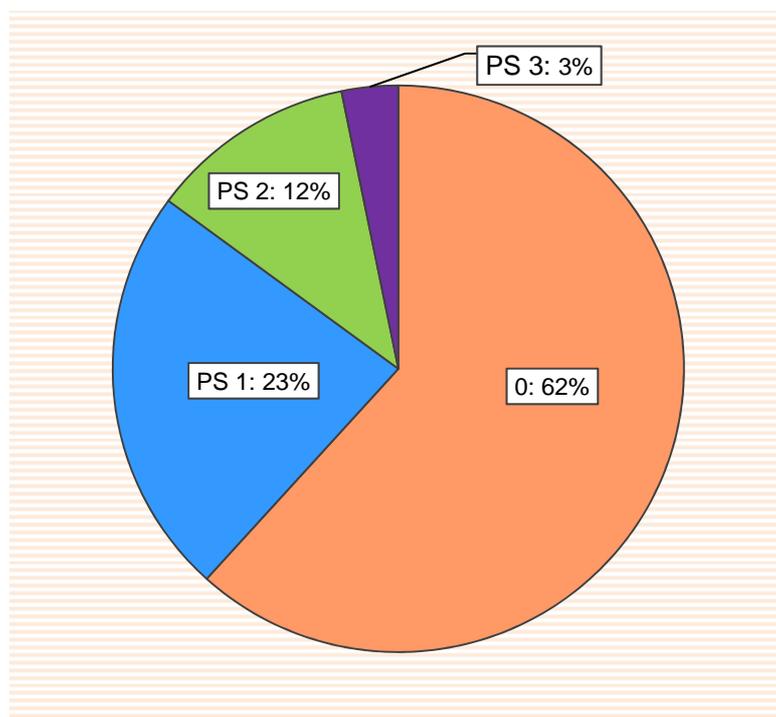
⁵³ Die Grundgesamtheit (N) kann variieren, da die Merkmale nicht für jede Leistung vollständig erhoben werden konnten.

Am Stichtag 30.06.2011 gab es im Landkreis Schwäbisch Hall keine Bewohner in den Hilfebedarfsgruppen 1 und 5. Von den insgesamt 92 stationär untergebrachten Personen (für die Angaben vorliegen) waren 41 Prozent in Hilfebedarfsgruppe 2, 50 Prozent in Hilfebedarfsgruppe 3 und lediglich 9 Prozent in Hilfebedarfsgruppe 4 eingestuft.

Der Schwerpunkt des Hilfebedarfs in Wohnheimen der Eingliederungshilfe konzentriert sich auf die Hilfebedarfsgruppen 2 und 3. Diese Verteilung entspricht weitgehend der Situation in anderen Stadt- und Landkreisen.

Der Hilfebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen wird in vier Pflegestufen bemessen. Menschen in der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung.

Schaubild 33: Pflegestufen (PS) in den Pflegeeinrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall (N= 94)

Im Landkreis Schwäbisch Hall waren bei dem in Frage kommenden Personenkreis insgesamt 62 Prozent⁵⁴ in der sogenannten Pflegestufe 0 eingestuft. In Pflegestufe 1 waren 23, in Pflegestufe 2 waren zwölf und in Pflegestufe 3 waren drei Prozent der Bewohner eingestuft. Auch in einigen anderen Stadt- und Landkreisen ist der Anteil der in Pflegestufe 0 eingestufteten wesentlich seelisch behinderten Pflegeheimbewohner sehr hoch und liegt etwa bei 50 Prozent. Der im Vergleich überdurchschnittliche Wert im Landkreis Schwäbisch Hall ist auf den extrem hohen Anteil im Lindenhof zurück zu führen.

⁵⁴ Dieser Durchschnittswert setzt sich aus den recht unterschiedlichen Prozentsätzen bei den beiden Pflegeeinrichtungen zusammen. Im Lindenhof waren es 80 Prozent, im Oberrot 40 Prozent.

Schule und Beruf

Gänzlich ohne Schulabschluss sind lediglich 7 Prozent der Bewohner von Eingliederungshilfepflegeeinrichtungen. 55 Prozent haben einen Förder- oder Hauptschulabschluss (13/42), 38 Prozent verfügen über die mittlere Reife oder eine Fachhochschul- bzw. Hochschulreife (22/16).

Bei den Bewohnern der Pflegeeinrichtungen ist der Anteil ohne Schulabschluss mit 12 Prozent höher als in der stationären Eingliederungshilfe. Einen Förder- oder Hauptschulabschluss haben hier 51 Prozent (14/45), 37 Prozent verfügen über die mittlere Reife oder eine Fachhochschul- bzw. Hochschulreife (27/10).

73 Prozent der Bewohner von Eingliederungshilfepflegeeinrichtungen, also fast drei Viertel sind ohne Ausbildung. 25 Prozent haben eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung absolviert, nur eine Person ist Meister bzw. Techniker.

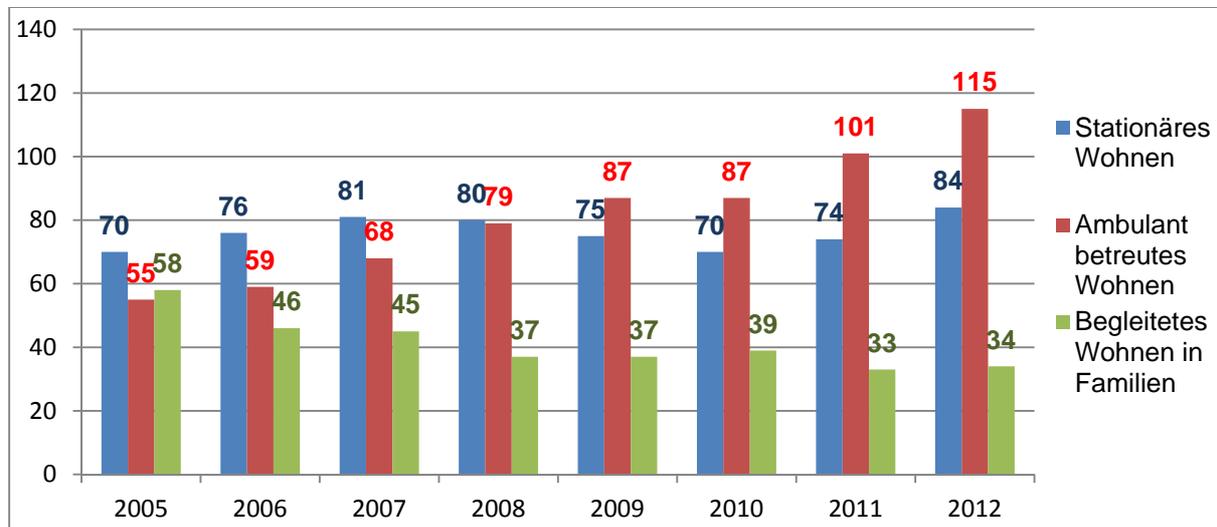
In den Pflegeeinrichtungen sind deutlich weniger Personen ohne Ausbildung untergebracht als in der stationären Eingliederungshilfe. Dennoch ist es auch hier mit einem Anteil von 48 Prozent fast die Hälfte. 45 Prozent haben eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung hinter sich, ein Prozent einen Meister- bzw. Technikerabschluss und sechs Prozent verfügen über einen Fachhochschulabschluss.

Die Belegungsstruktur in den Wohnangeboten im Landkreis Schwäbisch Hall weist bezüglich der Merkmale Diagnose, Alter, Geschlecht, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung keine auffälligen Befunde gegenüber anderen Kreisen auf. Besonderheiten gibt es bei der Betrachtung einzelner Träger und ihrer spezifischen Profile.

5.2 Leistungsempfänger des Kreises

In diesem Abschnitt wird nunmehr die Perspektive gewechselt, weg von der Standortperspektive mit der Belegung der Gebäude und Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall hin zur Leistungsträgerperspektive, d.h. hin zu den Menschen mit seelischer Behinderung, für die der Landkreis Schwäbisch Hall Eingliederungshilfe gewährt – unabhängig davon, in welchem Stadt- oder Landkreis sie leben.

Schaubild 34: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises Schwäbisch Hall in Wohnangeboten 2005 bis 2012



Grafik: LRA Schwäbisch Hall. Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall.

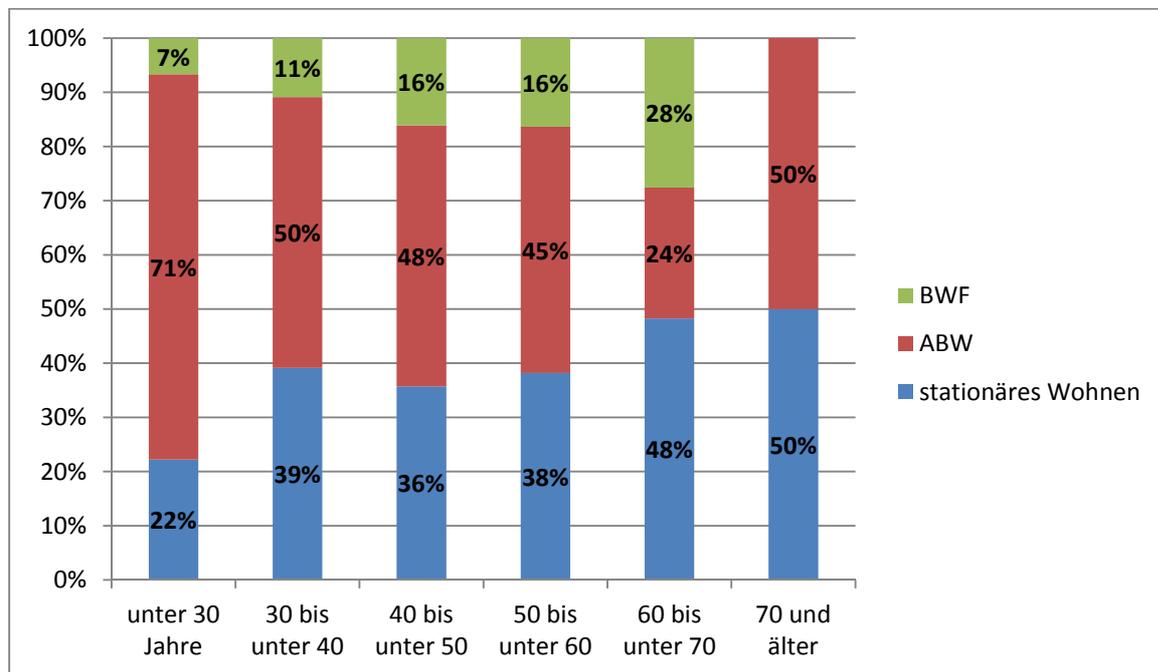
Das Diagramm zeigt auf Grundlage der in Tabelle 3 (siehe Kapitel 2) genannten Zahlen die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen des Landkreises seit der Kommunalisierung der Eingliederungshilfe im Jahr 2005. Am 31.12.2012 erhielten demnach insgesamt 233 Leistungsempfänger des Landkreises Leistungen im Betreuten Wohnen. Gegenüber 2005 ergibt sich eine Zunahme um 27 Prozent, wobei insbesondere in den beiden Jahren nach 2010 ein überdurchschnittlicher Anstieg zu beobachten ist.

Im ambulant betreuten Wohnen hat sich die Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises seit 2005 mehr als verdoppelt, allerdings nahm die Zahl der in Familien Betreuten deutlich ab. Zusammen mit der Zunahme der Zahl der stationär wohnenden Leistungsempfänger des Landkreises um ca. 20 % seit 2005 führt dies dazu, dass der Anteil stationärer Wohnformen bei der Versorgung der Kreisbürger mit seelischer Behinderung sich nicht wesentlich verändert hat (2005: 38%, 2012: 36%).

Die Entwicklung von stationären hin zu ambulanten Wohnangeboten der Eingliederungshilfe im Landkreis (Standortperspektive) hat bei der Versorgung der Leistungsempfänger in Kostenträgerschaft des Landkreises nicht im vergleichbaren Maße stattgefunden.

Alter und Geschlecht

Bei den Leistungen im betreuten Wohnen sind 61% der Leistungsempfänger in Kostenträgerschaft des Landkreises Männer, 39% Frauen (Detailzahlen siehe Tabelle 18 in Kapitel 4). Die Verteilung nach Geschlecht entspricht dabei ebenso dem Schnitt in anderen Landkreisen Baden-Württembergs wie die Altersverteilung. Die Verteilung der Leistungsempfänger des Landkreises nach Altersgruppen in den drei Hilfearten des betreuten Wohnens zeigt die folgende Übersicht:

Schaubild 35: Prozentuale Verteilung nach Wohnformen in Altersgruppen

Grafik: LRA Schwäbisch Hall. Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall, Stichtag 31.12.2012

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil stationärer Angebote bei den Unterstützungsleistungen für Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe des Landkreises im Bereich Wohnen. Das begleitete Wohnen in Familien scheint als ambulante Betreuungsform auch geeignet, älter werdende Menschen zu versorgen. Der mit zunehmendem Alter steigende Anteil in diesem Versorgungsbereich kann aber auch mit den längeren Verweildauern im Familienwohnen erklärt werden (siehe Schaubild 27, Kapitel 5).

Nutzung der Leistungsangebote im Kreis

Wie bereits in Kapitel 2 (Ausgangssituation) festgestellt, werden fast zwei von drei Leistungsempfängern des Landkreises, die eine stationäre Unterstützung benötigen, in einer Einrichtung außerhalb des Landkreises betreut (2010: 64,3 %, 2011: 63,5%, 2012: 61,9%). Auf der anderen Seite sind die im Landkreis vorhandenen stationären Angebote zu 70 % mit Leistungsempfängern aus anderen Landkreisen belegt (Stichtag 30.06.2011).

Mit einer vertiefenden Untersuchung der Neuzugänge der Jahre 2007 bis 2010, die in Angeboten in anderen Landkreisen versorgt wurden, wurde von der Sozialplanung des Landkreises im Rahmen des Teilhabeplanungsprozesses versucht, den Gründen für die Unterbringung außerhalb der Landkreisgrenzen näher zu kommen. Erhoben und ausgewertet wurden – soweit vorliegend – die bei Hilfebeginn bekannten psychiatrischen Diagnosen sowie die aus den Akten ersichtlichen Gründe für eine „auswärtige“ Unterbringung.

Tabelle 36: Diagnosen der Neuzugänge der Leistungsempfänger des Landkreises in Hilfen außerhalb des Landkreises in den Jahren 2007 bis 2010

Diagnosen nach ICD-10	gesamt	in Verbindung mit (Doppeldiagnosen)						
		F1	F2	F3	F4	F6	F7	F9
F1 - Störungen durch psychotrope Substanzen	8		1	2	4	4		
F2 - Schizophrenie, wahnhafte Störungen	6	1					1	
F3 - Affektive Störungen (u.a. Depression)	5	2			3	3		
F4 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	7	4		3		4	1	
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörung davon: Borderlinestörung	6 3	4		3	4			
F7 - Intelligenzstörung	3	1			1			1
F9 - soziale Auffälligkeiten, Störung Sozialverhalten	1						1	

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall

Der Vergleich der Diagnosen der Neuzugänge mit der entsprechenden Auswertung der in den Angeboten des Landkreises erbrachten Leistungen (siehe Kapitel 4) zeigt, dass bestimmte Diagnosegruppen in den Angeboten der Eingliederungshilfe im Landkreis in geringerem Umfang vertreten sind, als es die Entwicklung der neu ins Hilfesystem kommenden Leistungsempfänger erwarten ließe. Dies trifft insbesondere zu für Leistungsempfänger der Diagnosegruppen F1 (Sucht), F4 (neurotische Störung) und F6 (u.a. Borderline). Der Schluss liegt nahe, dass Personengruppen mit den entsprechenden Diagnosen in den vorhandenen, integrativ ausgerichteten stationären Angeboten im Landkreis (siehe Hinweis in Kapitel 2) nicht adäquat betreut werden können und daher eine Versorgung in anderen Angeboten angezeigt ist.

Tabelle 37: Gründe für die Unterbringung von Neuzugängen in Hilfen außerhalb des Landkreises in den Jahren 2007 bis 2010 (Mehrfachnennungen möglich)

von anderen bestimmt/vermittelt	7
davon: Bewährungsauflagen	3
davon: für Behandlung notwendig	4
auf eigenen Wunsch / Betreuer	4
kein geeignetes Angebot im LK	10
davon: Sucht	3
davon: Borderline	3
davon: RPK-Maßnahme	2
davon: Unterbringungsbeschluss	1
davon: kein Platz	1
lang außerhalb	3
davon: bereits Jugendhilfe	2

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall

Die Auflistung der Gründe macht deutlich, dass die wohnortnahe Organisation der Hilfen weder ausschließlich durch das Fallmanagement der Eingliederungshilfe gestaltet werden kann, noch in allen Fällen fachlich indiziert ist. Äußere Einflussfaktoren wie bspw. gerichtliche Auflagen oder die fachliche Erfordernis milieuferner Unterbringung von suchtkranken Menschen werden neben dem Wunsch- und Wahlrecht aller Voraussicht nach auch künftig dafür sorgen, dass Leistungsempfänger aus dem Landkreis Angebote außerhalb wahrnehmen. Hinweise auf evtl. bestehende Versorgungslücken in den vorhandenen Angeboten ergeben sich durch die Personen, für die kein geeignetes Angebot im Landkreis zur Verfügung stand. Deutlich wird hier insbesondere der Mangel an Eingliederungshilfeangeboten im Landkreis für Personen mit Bewährungsauflagen oder Unterbringungsbeschluss.

Seelisch behinderte Leistungsempfänger des Landkreises in Pflegeeinrichtungen

Auch der Landkreis Schwäbisch Hall versorgt Menschen mit seelischen Behinderungen zum Teil in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI. Dies ist in der Regel dann erforderlich, wenn die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht und Aspekte der Teilhabe demgegenüber in den Hintergrund treten, bzw. wenn dies dem ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen entspricht, die sich auf eine Eingliederung nicht (mehr) einlassen wollen.

Die Bearbeitung von Leistungen der Hilfe zur Pflege erfolgt in einem anderen Fachbereich als die Eingliederungshilfe. Zudem steht nicht die Art der Behinderung, sondern das Maß der Pflegebedürftigkeit im Fokus der Fallbearbeitung. In Folge dessen werden bei Leistungsempfängern der Hilfe zur Pflege zwar Daten zur Pflegebedürftigkeit (d.h. die Pflegestufen), jedoch nicht bzw. nur vereinzelt Daten zur gesundheitlichen Situation (z. B. psychiatrische Diagnosen, wesentliche Behinderung, etc.) dokumentiert. Aufgrund dieser fehlenden Daten lassen sich aus der Leistungsempfängerstatistik des Landkreises keine verlässlichen Angaben zur Zahl der in Pflegeeinrichtungen versorgten Menschen mit seelischen Behinderungen machen.

Die erste GPV-Dokumentation versucht, die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen näherungsweise zu bestimmen. Gezählt wurden hierfür die unter 65-Jährigen, die am Stichtag 31.12.2009 in stationären Einrichtungen der Pflege lebten. Der Landkreis Schwäbisch Hall lag hierbei mit einer Kennzahl von 1,6 Leistungsempfängern je 10.000 Einwohner knapp über dem Landesdurchschnitt von 1,4.

Die Sozialplanung des Landkreises untersuchte im Rahmen des Teilhabeprozesses die Gründe für die Versorgung von Jüngeren in Pflegeeinrichtungen. In den Akten der 65-Jährigen und Jüngeren, die am Stichtag 30.09.2011 in einer Pflegeeinrichtung lebten, wurden die gesundheitlichen Diagnosen sowie die Anlässe zur Pflegeheimunterbringung recherchiert.

Tabelle 38: 65-Jährige und jüngere Leistungsempfänger des Landkreises in Pflegeeinrichtungen

	keine Pflegestufe	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	gesamt
Geistige Behinderungen	2	2	3	0	7
Körperliche Behinderungen	1	3	7	7	18
Seelische Behinderungen	16	27	11	4	58
nicht bekannt	1	8	5	2	16
insgesamt	20	40	26	13	99

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall, Stichtag 30.09.2011

Von den insgesamt 99 Leistungsempfängern, die am Stichtag 30.09.2011 in Pflegeeinrichtungen versorgt wurden, konnte nach Aktenlage bei 58 Personen eine vorrangige wesentlich seelische Behinderung festgestellt werden. Von diesen waren 42 Personen (das entspricht einem Anteil von 72,4%) in einer Pflegestufe eingestuft, die bei diesen Personen einen entsprechenden Pflegebedarf vermuten lässt, der eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung indiziert.

Insgesamt 43 der 58 Leistungsempfänger mit vorrangig seelischer Behinderung wurden in Pflegeeinrichtungen betreut, die im „Wegweiser Psychiatrie“ des Landes als psychiatrische (Fach-)Pflegeheime aufgeführt sind. 34 der 58 waren 56 Jahre und älter, 45 Jahre und jünger waren lediglich zwei Leistungsempfänger.

Tabelle 39: Diagnosen von 65-Jährigen und jüngeren Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung in Pflegeeinrichtungen

Diagnosen nach ICD-10 (incl. Doppeldiagnosen)	gesamt
F0 – organische psychische Störung	3
F1 - Störungen durch psychotrope Substanzen	34
F2 - Schizophrenie, wahnhaftige Störungen	24
F3 - Affektive Störungen	7
F6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	5
F7 - Intelligenzstörung	3
F9 - soziale Auffälligkeiten, Störung Sozialverhalten	1

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall, Stichtag 30.09.2011

Bei mehr als der Hälfte (34 von 58) Leistungsempfängern in Pflegeeinrichtungen spielt langjähriger Suchtmittelkonsum und dessen Folgen eine wesentliche Rolle (F1 - Störungen durch psychotrope Substanzen).

Tabelle 40: Gründe für die Versorgung in Pflegeeinrichtungen

erheblicher Pflegebedarf	18
davon: nicht näher benannt	8
davon: Korsakow-Syndrom	6
davon: Schlaganfall	4
Notwendigkeit geschlossener Unterbringung	30
davon: Eigen- und Fremdgefährdung	16
davon: Unterbringungsbeschluss	9
davon: fehlende Krankheitseinsicht	5
nicht bekannt	10

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall, Stichtag 30.09.2011

Als Grund für die Versorgung in Pflegeeinrichtungen kann in mehr als der Hälfte der Fälle die Notwendigkeit einer Betreuung in einem besonders geschützten Rahmen angenommen werden. Die Nutzung der entsprechenden Angebote in Pflegeeinrichtungen kann hier als Hinweis auf die begrenzten Kapazitäten der Eingliederungshilfe verstanden werden. Allerdings muss fachlich auch geprüft werden, ob bei dem entsprechenden Personenkreis die Teilhabefähigkeit/der Teilhabewunsch in dem Maße gegeben ist, dass Angebote der Eingliederungshilfe eine wirksame Alternative sein können.

6 Arbeit und Tagesstruktur

Erwerbsarbeit und Ausbildung sind elementare gesellschaftlich geforderte Grundlagen des Selbstbildes und des Selbstwertgefühls erwachsener Menschen. Neben der Existenzsicherung sind Arbeitszusammenhänge von direkter Bedeutung für den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte. Die soziale Rolle, als am Arbeitsprozess Beteiligter, ermöglicht eine persönliche Entwicklung und sichert darüber hinaus die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Arbeit und Beschäftigung sind zudem gerade auch für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung wichtige Faktoren der Tagesstrukturierung und schaffen einen Rahmen für die Alltagsgestaltung.

Im Gegensatz zu einer geistigen Behinderung tritt eine seelische Behinderung in der Regel später im Lebenslauf auf, so dass diese Personengruppe häufig eine schulische, ein Großteil meist auch eine berufliche Bildung haben und eine mehr oder weniger differenzierte Erwerbsbiographie aufweisen. Jedoch sind trotz des deutlich höheren Bildungsstandes von Menschen mit seelischer Behinderung und der höheren Fähigkeit zur selbständigen Mobilität einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch die Erkrankung enge Grenzen gesetzt. Denn definitionsgemäß wird eine wesentliche Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe erst dann festgestellt, wenn ein Mensch aufgrund seiner psychischen Erkrankung wesentlich in seiner gesellschaftlichen Teilhabefähigkeit eingeschränkt ist.

Zum Teil haben Menschen mit seelischer Behinderung durch Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Ansprüche an Rentenversicherungsträger erworben. Deshalb sind häufig auch Rentenversicherungsträger Leistungsträger von Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in Werkstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung, v.a. im Berufsbildungsbereich (BBB).

Im Kapitel 6 geht es um den Personenkreis der wesentlich seelisch behinderten Menschen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur Tagesstrukturierung und Beschäftigung erhalten. Dies können individuelle Leistungen im Rahmen von Eingliederungshilfe nach dem Landesrahmenvertrag sein (zum Beispiel Leistungen in einer Werkstatt für Menschen mit psychischer Erkrankung) oder Angebote, die institutionell gefördert oder von anderen Leistungsträgern (zum Beispiel Agentur für Arbeit) finanziert werden.

6.1 Angebote und Leistungen im Kreis

Einrichtungen

Im Folgenden werden die einzelnen Angebote der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Arbeit als Leistungen der Eingliederungshilfe mit ihren unterschiedlichen Konzepten und Profilen dargestellt.

Der größte Anbieter an Werkstatteleistungen ist das **Samariterstift**. In Obersontheim befindet sich der Hauptsitz der Fränkischen Werkstätten. Weitere Standorte sind in Crailsheim und Schwäbisch Hall. Es werden sowohl einfache Tätigkeiten im Bereich Verpackung, als auch komplexe Aufgaben wie Montage und Fertigung in den Bereichen Metall, Elektro oder in der

hauseigenen Zierpflanzen-, Floristik- und Landschaftsgärtnerei angeboten. Mit dem im Jahr 2011 eingerichteten Café Samocca in der Innenstadt in Schwäbisch Hall wurden Werkstattplätze im Dienstleistungsbereich eingerichtet, die Arbeitsmöglichkeiten „mitten im Leben“ bieten. Neben den Arbeitsangeboten in den Werkstätten hat die Einrichtung in den letzten Jahren ausgelagerte Werkstattplätze und Plätze im Berufsbildungsbereich in örtlichen Betrieben eingerichtet. Weiter organisiert die Samariterstiftung eine Tagesbetreuung für Erwachsene und Senioren nach dem Landesrahmenvertrag. Dort wird stationär Wohnenden, die aufgrund der Schwere ihrer psychischen Erkrankung, altersbedingt nachlassender Fertig- und Fähigkeiten sowie aufgrund des Erreichens des Rentenalters nicht mehr in einer Werkstatt arbeiten können, in Obersontheim eine Tagesstruktur am Wohnheim angeboten.

In den **Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Weckelweiler** gibt es in den Werkstätten neben Plätzen für geistig behinderte Menschen auch eingestreute Plätze für seelisch Behinderte. Es gibt Angebote im Garten- und Landschaftsbau, im hauswirtschaftlichen Bereich, in verschiedenen handwerklichen Tätigkeiten (Maler, Maurer, Holz, Metall, Weberei, Kerzenherstellung u.a.) und im Verkauf/Vertrieb. Dazu gibt es einen Berufsbildungsbereich (BBB) und einen Förder- und Betreuungsbereich (Kreativbereich). Des Weiteren besteht die Möglichkeit zu verschiedenen Fachwerkerausbildungen sowie zur Vollausbildung in verschiedenen Ausbildungsberufen. Für älter werdende Menschen wird eine Tagesstruktur Senioren (LT I.4.6) angeboten.

Der **Buchhof** in Schwäbisch Hall bietet Arbeitstraining und verschiedene Therapien als Grundlage der Rehabilitation an. Arbeitstraining findet statt in den Bereichen Küche, Hauswirtschaft, Garten und dem Pausenverkauf an einer Schule. Diese Angebote dienen der Vorbereitung auf eine Beschäftigung in einer Werkstatt (WfbM) oder dem Allgemeinen Arbeitsmarkt.

Im Landkreis Schwäbisch Hall existiert eine Vielzahl von Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung, die durch unterschiedlich hohe Anforderungen Beschäftigungsmöglichkeiten entsprechend dem individuellen Leistungsvermögen ermöglichen.

Tagesstrukturleistungen insgesamt (Standortperspektive)

Tabelle 41: Tagesstrukturleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall

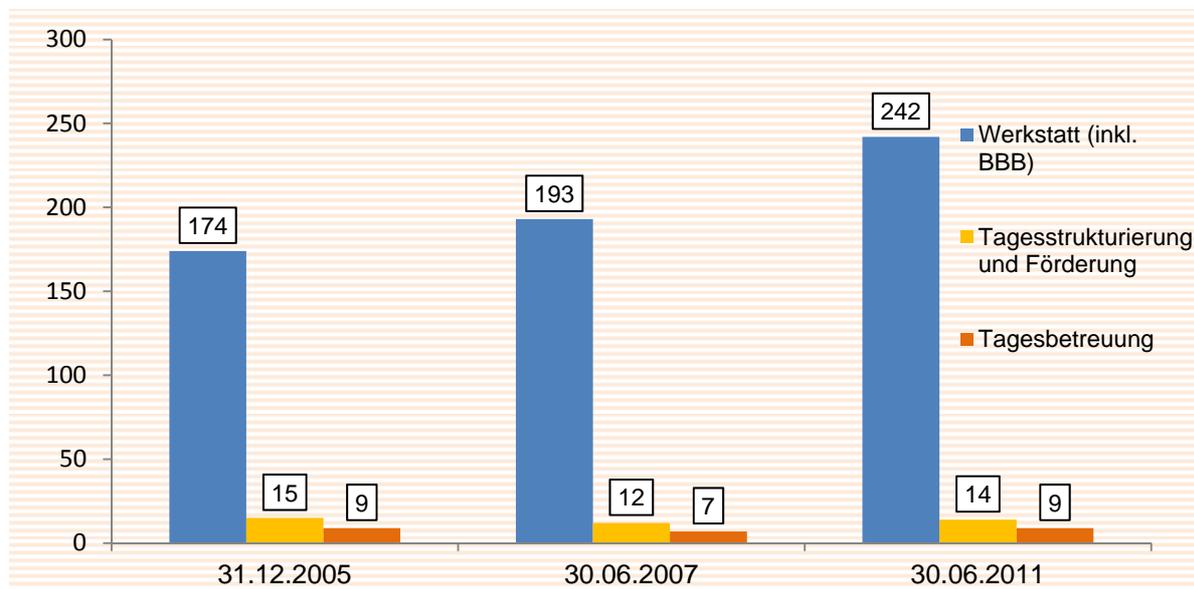
Tagesstruktur	N	Prozent
Tagesstruktur Eingliederungshilfe	265	100%
Berufsbildungsbereich	54	20%
Werkstatt (Arbeitsbereich)	188	71%
Tagesstrukturierung und Förderung	14	5%
Tagesbetreuung Erwachsene/Senioren	9	3%

Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Im Landkreis Schwäbisch Hall wurden am Stichtag 30.06.2011 insgesamt 265 Leistungen der Tagesstruktur für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung erbracht. Im Landkreis Schwäbisch Hall besuchten 54 Personen (20 %) den Berufsbildungsbereich der Werkstätten und 188 Personen (71 %) waren im Arbeitsbereich selbiger beschäftigt. 14 Personen (5%) durchliefen ein Arbeitstraining und 9 Personen (3%) besuchten eine Tagesbetreuung.

Bereits zu den Stichtagen 31.12.2005 und 30.06.2007 wurden die Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall von der Sozialplanung um Angaben zu ihren belegten Plätzen gebeten. So ist es, wie im Wohnbereich, möglich langfristige Entwicklungen zu dokumentieren.

Schaubild 42: Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Formen der Tagesstruktur seit 2005

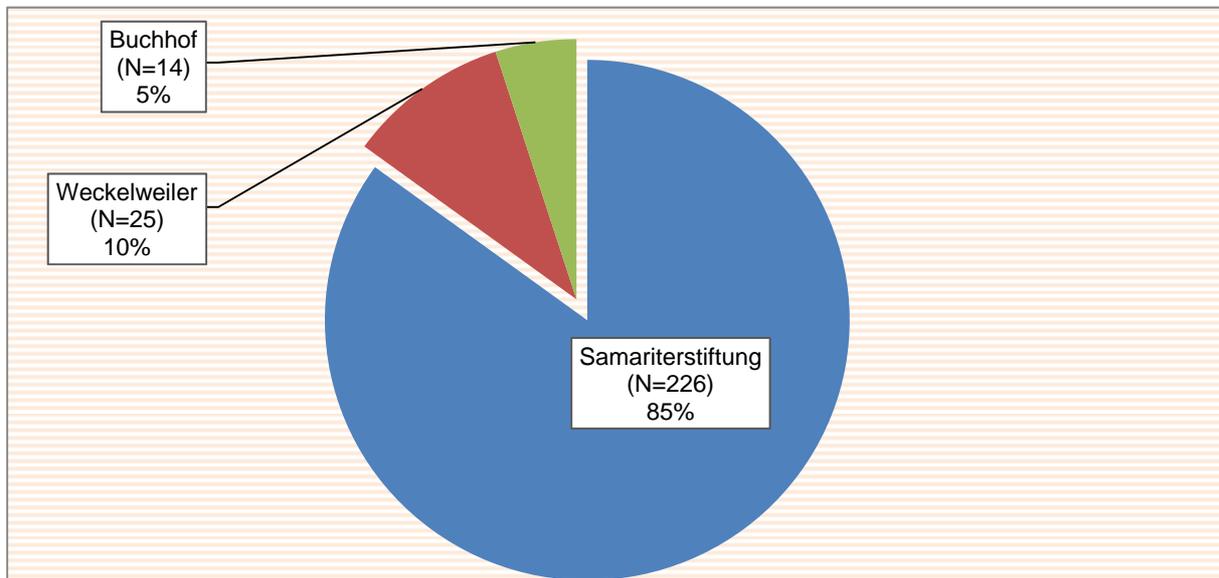


Grafik: LRA Schwäbisch Hall. Datenbasis: Leistungserhebungen Sozialamt Schwäbisch Hall zum Stichtag 31.12.2005 und 30.06.2007 sowie Leistungserhebung KVJS zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall

Die Leistungen der Tagesstrukturierung außerhalb von Werkstätten haben sich in den letzten Jahren kaum verändert, denn diese Angebote stehen im engen Zusammenhang mit der Anzahl an stationären Wohnformen. Ein anderes Bild ergibt sich bei der Entwicklung der Werkstatteleistungen inklusive dem Berufsbildungsbereich. Seit 2005 wurde eine Steigerung von 39% beobachtet (68 zusätzliche Personen).

Einrichtungsträger

Schaubild 43: Leistungen der Tagesstruktur im Landkreis Schwäbisch Hall nach Einrichtungsträgern

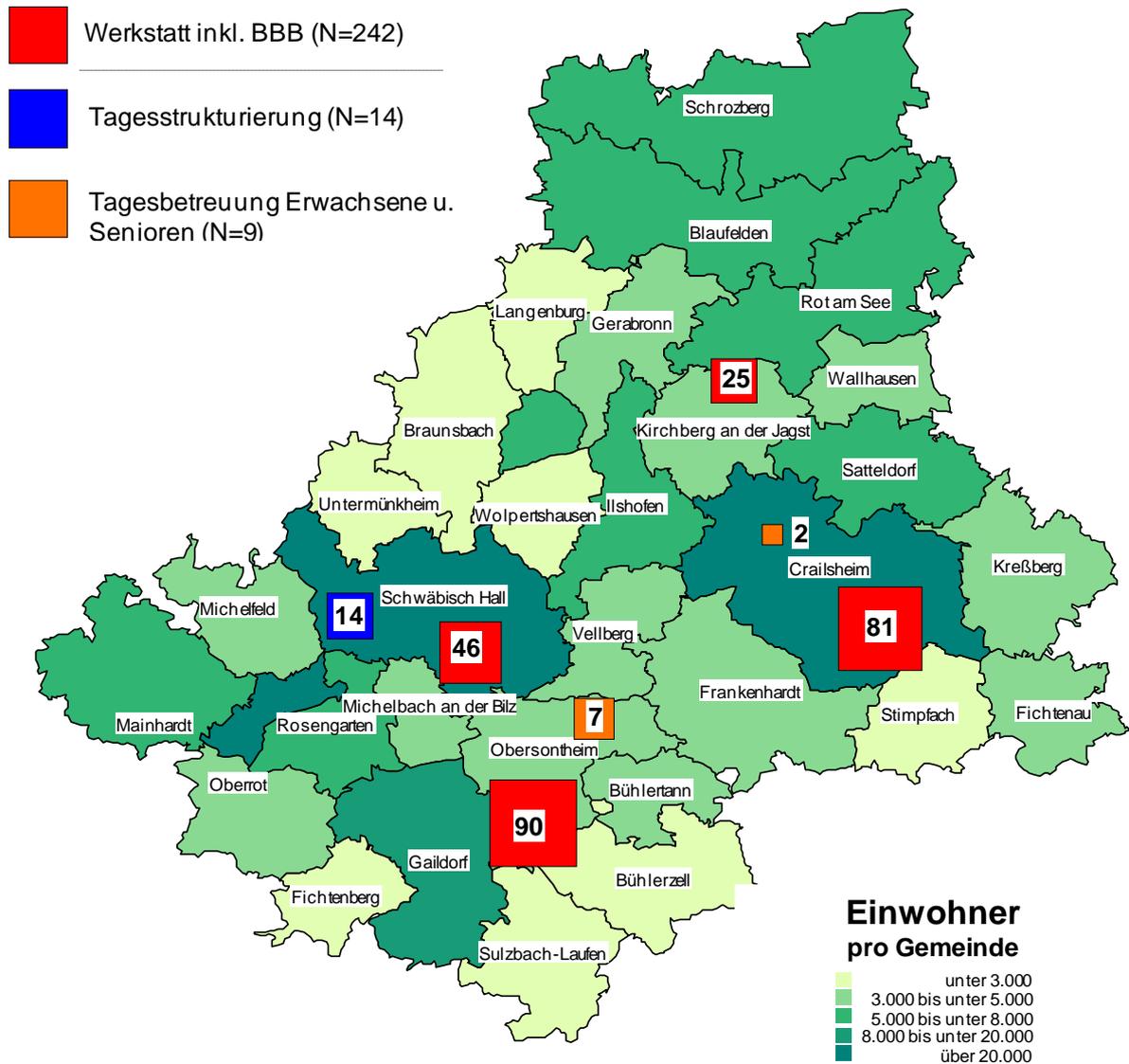


Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. (N=265)

Von 265 insgesamt erbrachten Leistungen der Tagesstrukturierung und Beschäftigung wurden 85 Prozent von der Samariterstiftung erbracht, 10 Prozent von Weckelweiler und 5 Prozent vom Buchhof.

Regionale Verteilung

Schaubild 44: Leistungen der Tagesstrukturierung und Beschäftigung im Landkreis Schwäbisch Hall nach Gemeinden



Karte: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. (N=265)

Die regionale Verteilung der Angebote der Tagesstruktur zeigt, dass es eine Konzentration auf bestimmte Gemeinden bzw. bestimmte Regionen innerhalb des Kreisgebietes gibt. Sie korreliert mit den Standorten der ambulanten und stationären Wohnangebote in den beiden Städten Schwäbisch Hall und Crailsheim sowie in Kirchberg und Obersontheim (siehe Kapitel 5). In den übrigen Kreisgemeinden sind keine Angebote vorhanden.

Im Landkreis Schwäbisch Hall sind die Angebote der Arbeit und Beschäftigung auf wenige Standorte konzentriert.

6.1.1 Werkstätten

Werkstätten - oder Reha-Werkstätten - sind Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung ohne besondere Unterstützung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Die Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstatt sind Leistungen der Eingliederungshilfe. Werkstatt-Beschäftigte unterliegen der Sozialversicherungspflicht und erwerben dadurch Rentenansprüche. In der Regel werden Menschen mit Behinderung zunächst in eine zweijährige berufliche Förderung im Berufsbildungsbereich (BBB) der Werkstatt aufgenommen. Davor durchlaufen sie meist ein dreimonatiges Eingangsverfahren. Leistungsträger sind in der Regel die Agentur für Arbeit und die Träger der Rentenversicherung.

Grundsätzlich unterscheiden sich Reha-Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung nicht von Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung. In der Praxis des Werkstatt-Alltags gibt es jedoch deutliche Unterschiede. So nimmt die Zahl der Plätze im Berufsbildungsbereich in Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung einen deutlich größeren Anteil und eine andere Funktion ein. Menschen mit seelischer Behinderung besitzen häufig einen allgemeinen Schulabschluss und haben zum Teil auch eine Berufsausbildung abgeschlossen, bevor sie erkrankt sind. Für diesen Personenkreis dient der Berufsbildungsbereich wesentlich der Erschließung neuer Tätigkeitsfelder, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, ihren alten Beruf auszuüben. Menschen mit geistiger Behinderung wechseln überwiegend in den Arbeitsbereich der Werkstatt, nachdem sie den Berufsbildungsbereich absolviert haben und bleiben in der Regel dann dauerhaft dort. In Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung ist die Fluktuation dagegen deutlich höher⁵⁵.

Als Orientierungsgröße für eine Hauptwerkstatt gelten 120 Plätze. Kleinere Standorte können als Zweigwerkstätten betrieben werden. Die Arbeit in einer Werkstatt kann auch außerhalb des eigentlichen Werkstatt-Gebäudes erbracht werden. Werkstätten richten dazu Außenarbeitsgruppen oder Außenarbeitsplätze ein. Dabei werden zum Teil komplette Arbeitsbereiche in einen Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes verlagert.

Ob der Arbeitsbereich der Werkstatt das geeignete Angebot für einen Menschen mit Behinderung ist, entscheidet letztlich der zuständige Sozialhilfeträger. In der Regel orientiert er sich dabei an der Empfehlung des so genannten Fachausschusses⁵⁶, der sich aus Vertretern der Leistungsträger (Stadt- und Landkreise, (Renten-) Versicherungsträger, Agentur für Arbeit) sowie der Werkstattträger zusammensetzt. Voraussetzung für die Aufnahme im Arbeitsbereich ist die Fähigkeit des Beschäftigten, „ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung“ zu erbringen⁵⁷.

⁵⁵ Siehe auch „Dauer des Leistungsbezugs im Arbeitsbereich“

⁵⁶ §§2 bis 5 der Werkstattverordnung - WVO

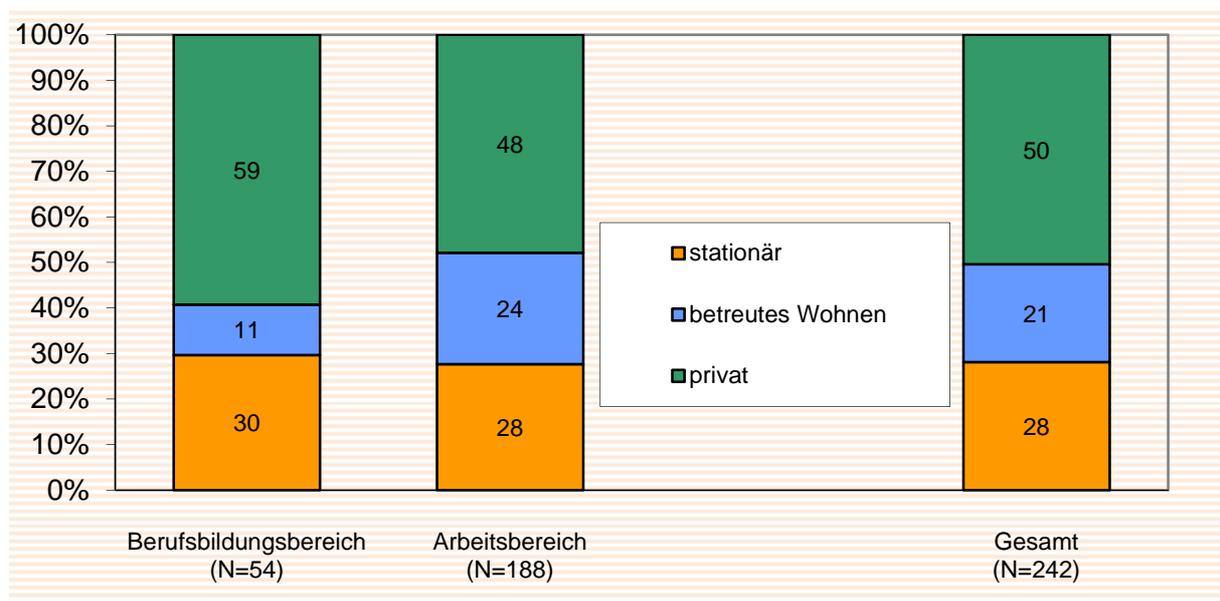
⁵⁷ §136 Abs. 2 SGB IX Begriff und Aufgaben der Werkstatt für behinderte Menschen

Standorte der Reha-Werkstätten und Wohnformen der Beschäftigten

Im Landkreis Schwäbisch Hall arbeiteten am 30.06.2011 insgesamt 242 Erwachsene mit seelischer Behinderung in einer Reha-Werkstatt, der überwiegende Anteil in den Fränkischen Werkstätten der Samariterstiftung mit Standorten in Obersontheim, Crailsheim und Schwäbisch Hall. Weiterhin sind Mitarbeiter dort im ausgelagerten Berufsbildungsbereich bei verschiedenen Firmen und im Café Samocca beschäftigt. Insgesamt arbeiten in den Angeboten der Samariterstiftung 217 Menschen mit einer seelischen Behinderung zum Stichtag 30.06.2011. Das Arbeitsfeld umfasst einfache Tätigkeiten wie Verpackung oder Kommissionierung, aber auch Aufgaben wie Montage, handwerkliche Tätigkeiten in den Bereichen Elektro, Metall und (Landschafts-)Gärtnerei.

Die Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Weckelweiler e.V. halten Arbeitsangebote an verschiedenen Standorten in Gerabronn und Kirchberg vor. In den insgesamt 30 Einzelwerkstätten bestehen Ausbildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten in 20 verschiedenen Gewerken. Zum Stichtag 30.06.2011 arbeiteten in Weckelweiler 25 Personen mit seelischer Behinderung im Werkstattbereich.

Schaubild 45: Wohnformen der Beschäftigten der Reha-Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011

So lebten zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall insgesamt 28 Prozent der Werkstattbeschäftigten mit seelischer Behinderung in einer stationären Wohnform. Dieser Anteil findet sich im Berufsbildungsbereich wie auch im Arbeitsbereich. 21 Prozent wohnen ambulant unterstützt in einer Privatwohnung oder im begleiteten Wohnen in Familien (11 % im Berufsbildungsbereich und 24 % im Arbeitsbereich). Sowohl in den beiden Werkstattbereichen, als auch insgesamt wohnte der Großteil der Werkstattbeschäftigten privat ohne Unterstützung der Eingliederungshilfe zum Wohnen.

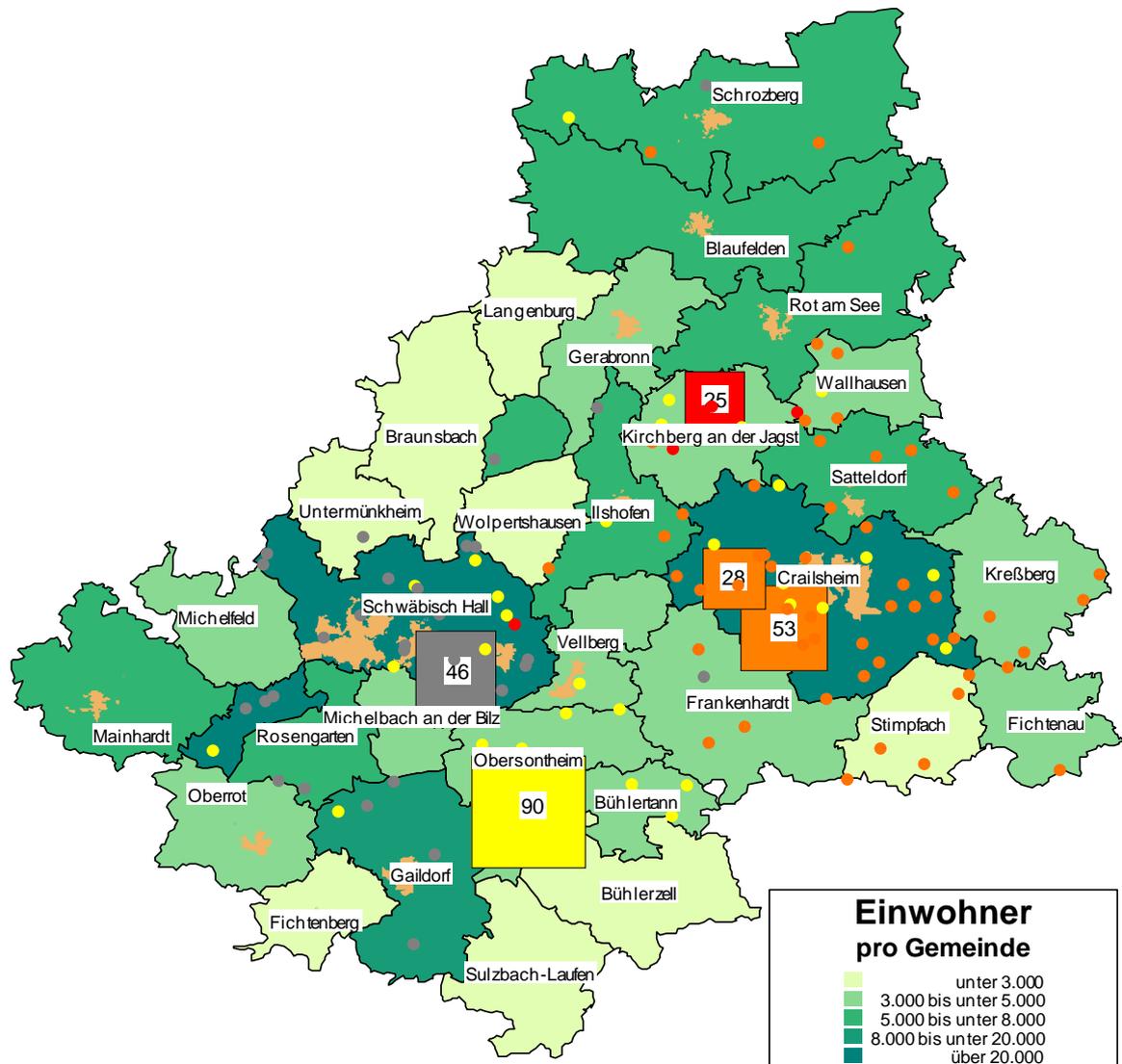
Im Vergleich mit anderen Kreisen liegt der Anteil der Werkstattbeschäftigten, die stationär wohnen, über dem Durchschnitt: Landesweit reicht die Spanne dabei von 1 bis 37 Prozent. Der Landkreis Schwäbisch Hall hat dabei mit 28 Prozent den zweithöchsten Wert. Im Gegensatz dazu liegt der Anteil der Werkstattbeschäftigten, die privat ohne Eingliederungshilfe wohnen, im unteren Drittel. Insgesamt wohnen im Landkreis Schwäbisch Hall mehr Werkstattbeschäftigte in unterstützten Wohnformen als in anderen Kreisen in Baden-Württemberg.

Im Landkreis Schwäbisch Hall wohnen im Vergleich zu anderen Kreisen überdurchschnittlich viele Werkstattbeschäftigte mit seelischer Behinderung in unterstützten (v.a. stationären) Wohnformen.

Beschäftigte der Werkstätten, die in den weiter entfernten Gebieten des Flächenlandkreises privat leben, haben lange und aufwändige Anfahrtswege. Dies trifft auf 32 Beschäftigte der Fränkischen Werkstätten in Obersontheim zu, auf 32 Beschäftigte am Standort Schwäbisch Hall und auf 53 Beschäftigte am Standort Crailsheim. Weitere 5 Mitarbeiter der Werkstätten in Kirchberg/Jagst wohnen privat in Gemeinden des Landkreises Schwäbisch Hall.

Die folgende Karte zeigt die Verteilung der Wohnorte der Mitarbeitenden dieser Reha-Werkstätten und setzt sie in Bezug zu den Anfahrtswegen.

Schaubild 46: Standorte der Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung mit deren Belegung und Wohngemeinden der privat wohnenden Beschäftigten der Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall



Karte: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum 30.06.2011 (N=122)

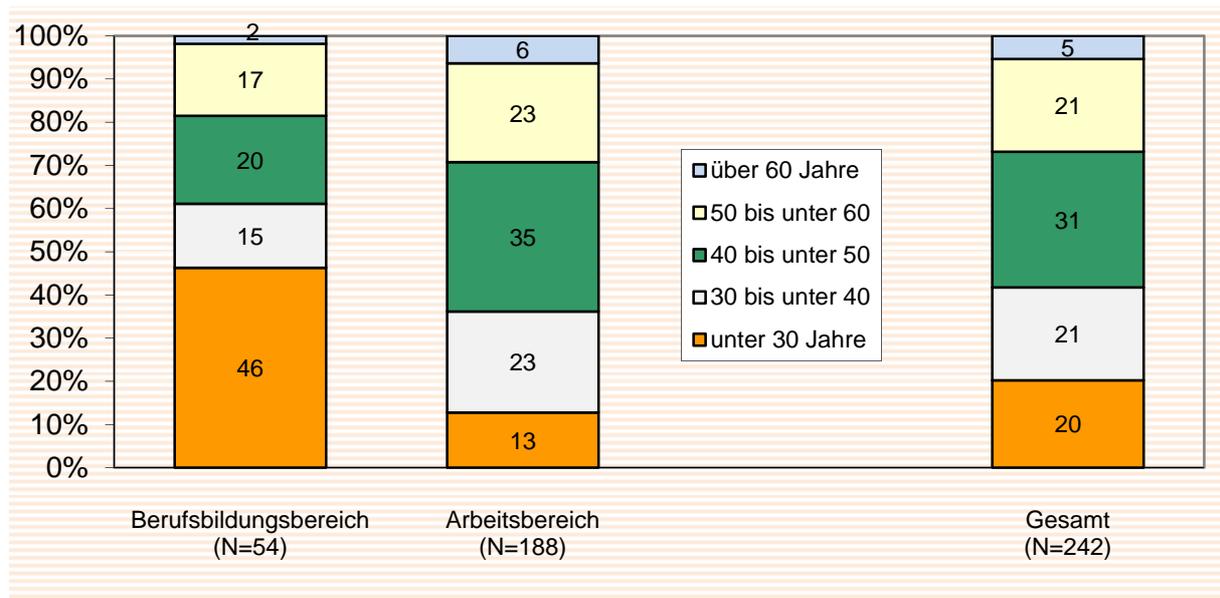
Alter und Geschlecht

Das durchschnittliche Alter der Mitarbeiter in den Werkstätten für Menschen mit einer seelischen Behinderung im Landkreis Schwäbisch Hall liegt bei 41,4 Jahren. Dabei liegt das Durchschnittsalter der Beschäftigten im Arbeitsbereich mit 43,1 Jahren deutlich höher als das durchschnittliche Alter der Mitarbeitenden im Berufsbildungsbereich mit 35,3 Jahren.

Hier sind 61 Prozent der Mitarbeiter unter 40 Jahre, knapp die Hälfte (46 %) sogar jünger als 30 Jahre. In den Berufsbildungsbereichen im Landkreis Schwäbisch Hall sind im Vergleich mit den Altersverteilungen in anderen Stadt- und Landkreisen, für die beim KVJS Daten vorliegen, die Mitarbeiter am jüngsten.

Im Arbeitsbereich ist mit 35 Prozent der Großteil der Mitarbeiter zwischen 40 und 50 Jahren alt. 23 Prozent sind zwischen 50 und 60 Jahren und 6 Prozent sind über 60 Jahre. Insgesamt wird knapp ein Viertel (26 %) der Mitarbeiter, die zum Stichtag 50 Jahre und älter waren, in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand wechseln, dies sind insgesamt 65 Personen, von denen 13 Personen zum Stichtag 30.06.2011 schon über 60 Jahre alt waren.

Schaubild 47: Altersstruktur in den Werkstätten des Landkreis Schwäbisch Hall (in Prozent)



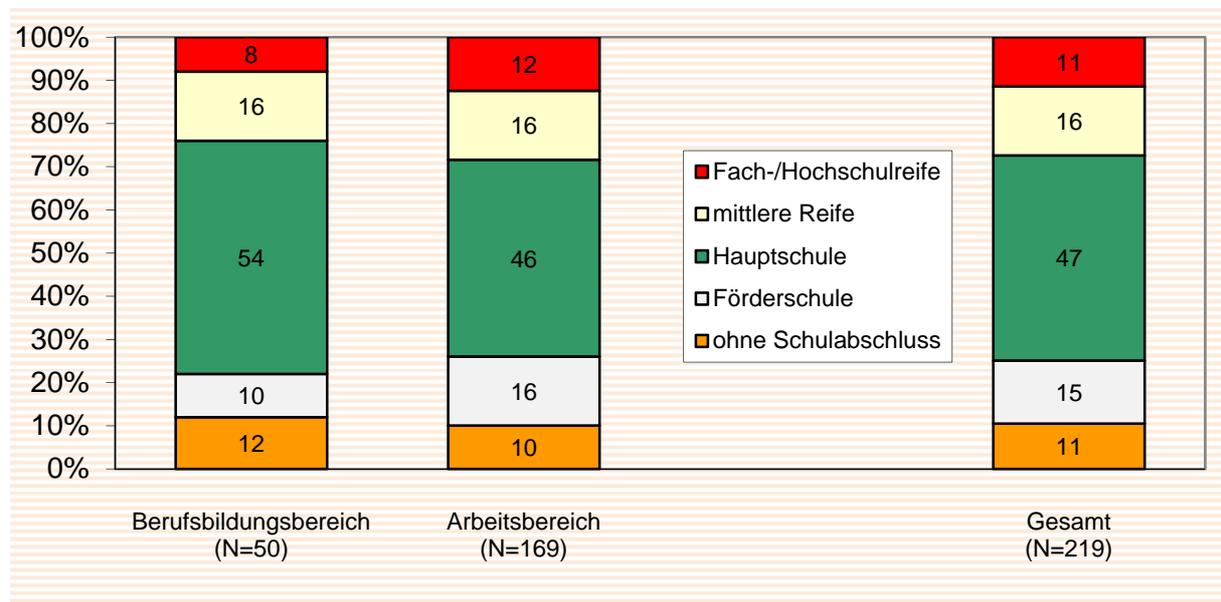
Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011 (N=242)

Im Berufsbildungs- und Arbeitsbereich ähnlich mit 66 Prozent bzw. 62 Prozent vertreten sind Männer, 33 bzw. 38 Prozent der Beschäftigten sind Frauen. Die Verteilung nach Männern und Frauen entspricht dem Bild anderer Kreise, für die beim KVJS Vergleichsdaten vorliegen.

Schulische und berufliche Bildung der Werkstatt-Beschäftigten

Von den 242 Werkstatt-Beschäftigten liegen für 219 Personen Angaben zur schulischen Bildung vor.

**Schaubild 48: Schulbildung in den Reha-Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall
(in Prozent)**

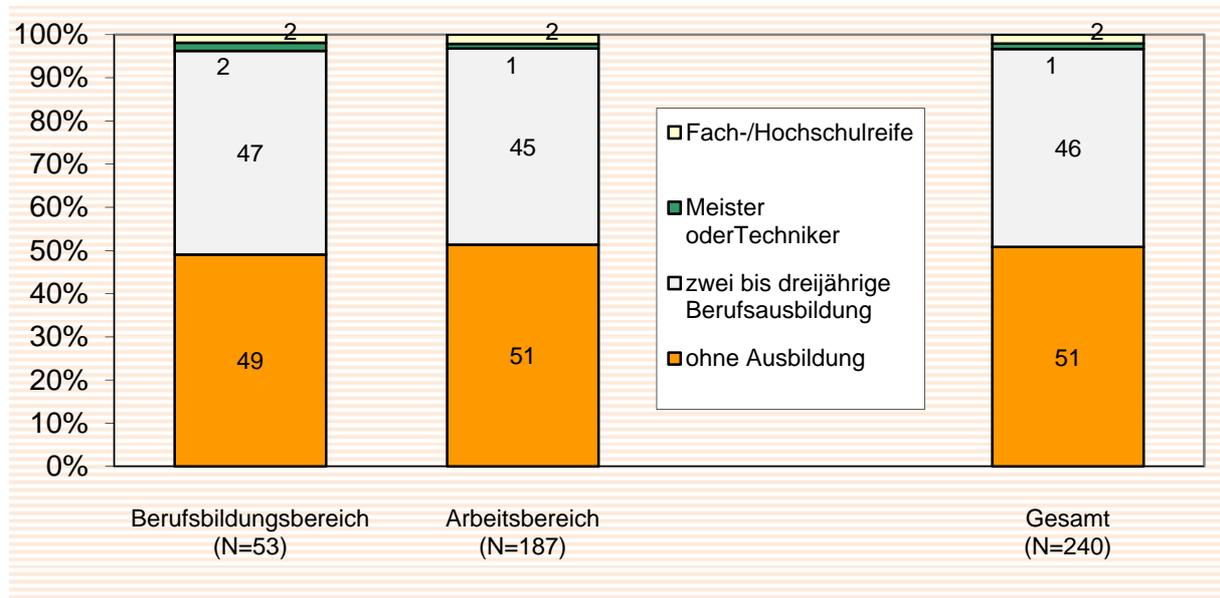


Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011 (N=219)

Im Landkreis Schwäbisch Hall verfügen 88 Prozent der Teilnehmer am Berufsbildungsbereich und 90 Prozent der Beschäftigten im Arbeitsbereich über einen Schulabschluss. Dabei ist die Quote der Hauptschüler im Berufsbildungsbereich mit 54 Prozent deutlich höher als im Arbeitsbereich mit 46 Prozent. 32 Prozent der Beschäftigten im Arbeitsbereich haben die mittlere Reife oder höhere Bildungsabschlüsse erlangt, demgegenüber stehen 30 Prozent der Teilnehmer im Berufsbildungsbereich mit gleichwertigen Schulabschlüssen. 22 Prozent im Berufsbildungs- und 26 Prozent der Beschäftigten im Arbeitsbereich konnten keinen (12 % bzw. 10 %) oder lediglich einen Förderschulabschluss erwerben.

Die Verteilung der Schulbildung im Landkreis Schwäbisch Hall ähnelt der Verteilung in anderen Stadt- und Landkreisen, für die beim KVJS Daten vorliegen. Lediglich die Quote der Personen ohne Schulabschluss ist ein wenig höher als im Schnitt.

Schaubild 49: Berufliche Bildung in den Reha-Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall (in Prozent)



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011

Im Hinblick auf die vor ihrer Werkstatttätigkeit erworbenen Abschlüsse beruflicher Bildung unterscheiden sich die Teilnehmer im Berufsbildungs- und Arbeitsbereich der Werkstätten nicht voneinander.

In beiden Bereichen hat jeweils die Hälfte der Werkstattbeschäftigten keine berufliche Bildung abgeschlossen. Die andere Hälfte der Beschäftigten im Arbeits- und Berufsbildungsbereich konnte vorangehend eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung erfolgreich absolvieren, zu geringem Anteil eine Meister/Technikerprüfung ablegen oder ein Studium abschließen. Diese Verteilung der beruflichen Bildungsabschlüsse ist typisch für Beschäftigte in Reha-Werkstätten in Baden-Württemberg.

Dauer des Leistungsbezugs im Arbeitsbereich

Die Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt ist grundsätzlich unbefristet und abhängig vom Fortbestand der wesentlichen Beeinträchtigung durch die seelische Behinderung. Anders als bei Menschen mit geistiger Behinderung besuchen Menschen mit seelischer Behinderung eine Werkstatt jedoch häufig nur für einen begrenzten Zeitraum. Abbrüche aufgrund akuter Krankheitsschübe, aber auch nach Stabilisierung und gegebenenfalls Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sind durchaus üblich. Die Dauer des Bezugs von Werkstattleistungen ist daher ein aufschlussreicher Indikator im Hinblick auf die Zusammensetzung der Werkstattbeschäftigten und die weitere Entwicklung der Bedarfe.

Tabelle 50: Dauer des Leistungsbezuges im Arbeitsbereich im Landkreis Schwäbisch Hall

Verbleib im Arbeitsbereich	Anzahl Beschäftigte	in %
bis unter 2 Jahren	28	15,1
2 Jahre bis unter 5 Jahren	49	26,3
5 Jahre bis unter 10 Jahren	55	29,6
10 Jahre bis unter 15 Jahren	29	15,6
15 Jahre bis unter 20 Jahren	17	9,1
20 Jahre und länger	8	4,3
Summe	186	100

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011

Im Landkreis Schwäbisch Hall arbeiten 29 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger als 10 Jahre nach dem Wechsel aus dem Berufsbildungsbereich in den Werkstätten des Kreises. Ebenfalls 29,6 Prozent der Beschäftigten nehmen die Angebote des Arbeitsbereiches zwischen fünf und zehn Jahren in Anspruch, ein Viertel (26,3 %) arbeitet zwei bis fünf Jahren dort. Ein kleiner Teil der Beschäftigten - 4,3 Prozent (8 Personen) - arbeiten schon länger als 20 Jahre im Arbeitsbereich einer Reha-Werkstatt.

Eine Aussage über den anschließenden Verbleib dieser Menschen lässt sich anhand der vorhandenen Daten nicht treffen. Aus anderen Werkstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung ist jedoch bekannt, dass regelmäßig einige der Teilnehmer in den Maßnahmen des Berufsbildungsbereiches die Werkstätten am Übergang zum Arbeitsbereich verlassen.

Als Ursache hierfür werden häufig die geänderten Einkommensverhältnisse genannt: Im Berufsbildungsbereich haben Teilnehmer mindestens Anspruch auf Ausbildungsgeld, jedoch bei entsprechender vorangegangener Berufstätigkeit und daraus erworbenen Anwartschaften Anspruch auf Übergangsgeld in Höhe von zumeist 68 bis 75 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts⁵⁸. Nach dem Übergang in den Arbeitsbereich entfällt dieser Anspruch und ein Einkommen aus Werkstattlohn und - in der Regel - ergänzenden Grundsicherungsleistungen tritt an dessen Stelle. Für zuvor berufstätige Menschen mit psychischer Erkrankung ist der Wechsel in den Arbeitsbereich somit häufig mit erheblichen finanziellen Einbußen verbunden.

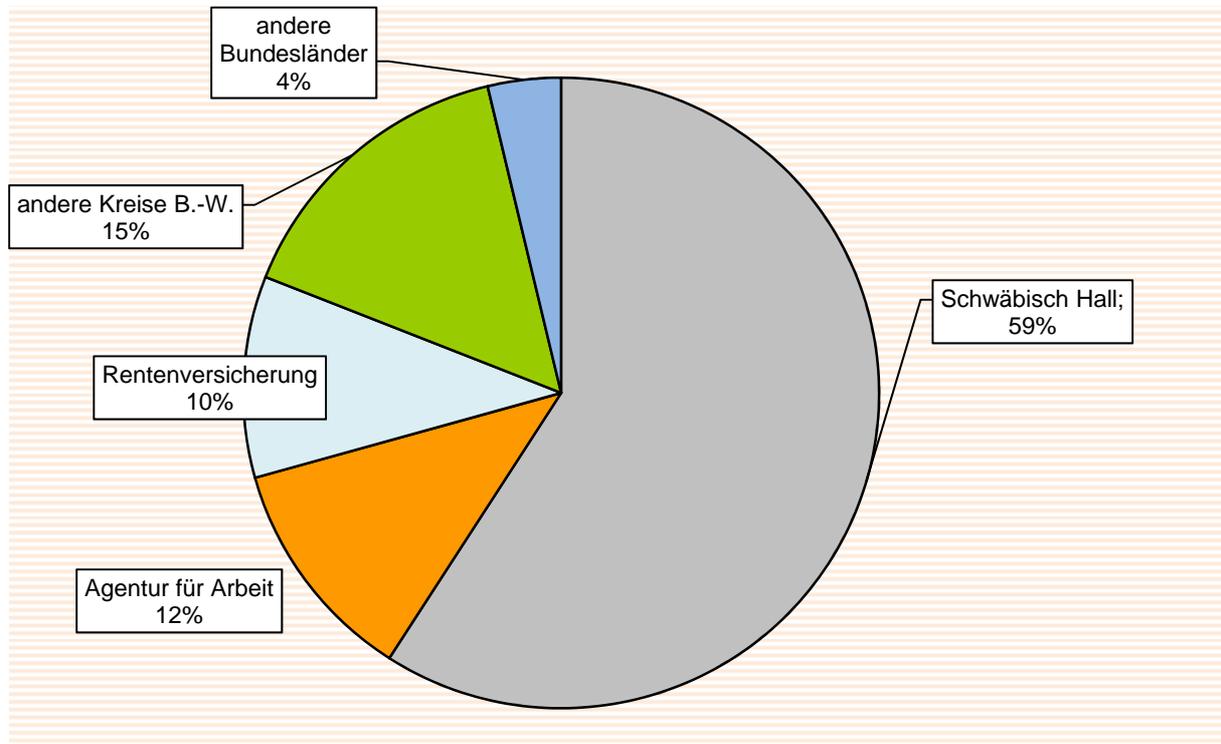
Leistungsträger im Landkreis Schwäbisch Hall

Für knapp 60 Prozent der Menschen mit seelischer Behinderung, die die Angebote in den Reha-Werkstätten des Landkreis Schwäbisch Hall nutzen, ist der Landkreis auch Leistungsträger. Für 11,6 Prozent der Teilnehmer am Berufsbildungsbereich ist die Agentur für Arbeit zuständiger Kostenträger. 10,3 Prozent erhalten Leistungen des zuständigen Rentenversicherungsträgers für die Teilnahme an der beruflichen Rehabilitation. 15,3 Prozent der Werkstattbeschäftigten erhalten Eingliederungsleistungen aus anderen Stadt- und Landkreisen in

⁵⁸ SGB IX; §46 Abs. 1

Baden-Württemberg und für 3,7 Prozent ist der zuständige Leistungsträger aus einem anderen Bundesland.

Schaubild 51: Werkstattbeschäftigte mit seelischer Behinderung im Landkreis Schwäbisch Hall nach Leistungsträger (in Prozent)



Grafik: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011 (N=242)

Im Berufsbildungsbereich ist der Rentenversicherungsträger mit 48,1 Prozent, die Arbeitsagentur mit 51,9 Prozent als Leistungsträger vertreten. Bei den Beschäftigten in Trägerschaft der Rentenversicherungen wurden durch vorausgegangene Erwerbstätigkeiten Ansprüche gegen den Rentenversicherungsträger auf Rehabilitationsmaßnahmen erworben, d.h. diese Menschen standen längere Zeit im Berufsleben, bevor sie aufgrund einer wesentlichen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nahmen.

Im Landkreis Schwäbisch Hall arbeiten überdurchschnittlich viel Menschen in Reha-Werkstätten.

6.1.2 Beschäftigung und Betreuung – Tagesstruktur am Heim

Angebote der Beschäftigung und Betreuung für Erwachsene mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe richten sich an Menschen, die das so genannte Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung nicht erbringen können, das Voraussetzung für die Aufnahme in eine Werkstatt ist. Sie richten sich zudem auch an diejenigen, die das Ren-

tenalter bereits erreicht haben. Die Angebote werden in Baden-Württemberg derzeit in zwei Formen erbracht:

- „Tagesstrukturierung und Förderung für psychisch behinderte Menschen“⁵⁹ und
- „Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderung, in der Regel Senioren“⁶⁰.

Ziel beider Angebotsformen ist es, Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Sie bilden einen zweiten Lebensbereich neben dem Wohnen. Beide Angebote sollen dazu beitragen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Menschen zu erhalten, sie bei der Bewältigung der Folgen ihrer Erkrankung bzw. Behinderung zu unterstützen und eine weitere Verschlechterung ihres Zustandes zu vermeiden. Beide Leistungen werden in der Praxis fast ausschließlich für Menschen gewährt, die stationär in einem Wohnheim leben. Das Angebot findet überwiegend auch in den Räumen der Wohnheime statt. Nur in wenigen Stadt- und Landkreisen werden Angebote der Beschäftigung und Betreuung auch für Menschen mit seelischer Behinderung geöffnet, die in Privathaushalten leben.

Das Angebot „Tagesstrukturierung und Förderung für psychisch behinderte Menschen“ soll laut Rahmenvertrag dazu beitragen, die Kompetenzen der Menschen mit dem Ziel zu fördern, ihnen eine Beschäftigung in einer Werkstatt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dies gilt in der Praxis fast immer auch für das „Tagesstrukturierende Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderung [...]“. Die Träger der Angebote sollten deshalb konzeptionell mit einer Werkstatt zusammen arbeiten, um die gegenseitige Durchlässigkeit der Angebote zu gewährleisten, denn Menschen mit seelischer Behinderung, die diese Leistung erhalten, sind oft noch nicht im Rentenalter. So können Besucherinnen und Besucher eines Angebots der Beschäftigung und Betreuung in die Werkstatt wechseln, wenn sie durch entsprechende Förderung die erforderliche Arbeitsleistung erreichen. Umgekehrt können schwächere Werkstatt-Beschäftigte in ein Angebot der Beschäftigung und Betreuung wechseln, wenn sie den Anforderungen der Werkstatt nicht mehr gewachsen sind.

Im Landkreis Schwäbisch Hall erfolgt die Tagesbetreuung nach I.4.6 für erwachsene Menschen mit Behinderungen und Senioren in den Räumen des Samariterstifts in Obersontheim (7 Personen) und in den stationären Wohnangeboten in Crailsheim (2 Personen). Tagesstrukturierung und Förderung für psychisch behinderte Menschen nach Leistungstyp I.4.5b ist Teil des Angebots des Buchhofs (14 Personen).

Alle Menschen mit seelischer Behinderung im Landkreis Schwäbisch Hall, die eine Tagesstruktur am Heim (Leistungstyp I.4.5b oder I.4.6) besuchen, leben stationär in einem Wohnheim des entsprechenden Trägers.

⁵⁹ Leistungstyp I.4.5b nach Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII

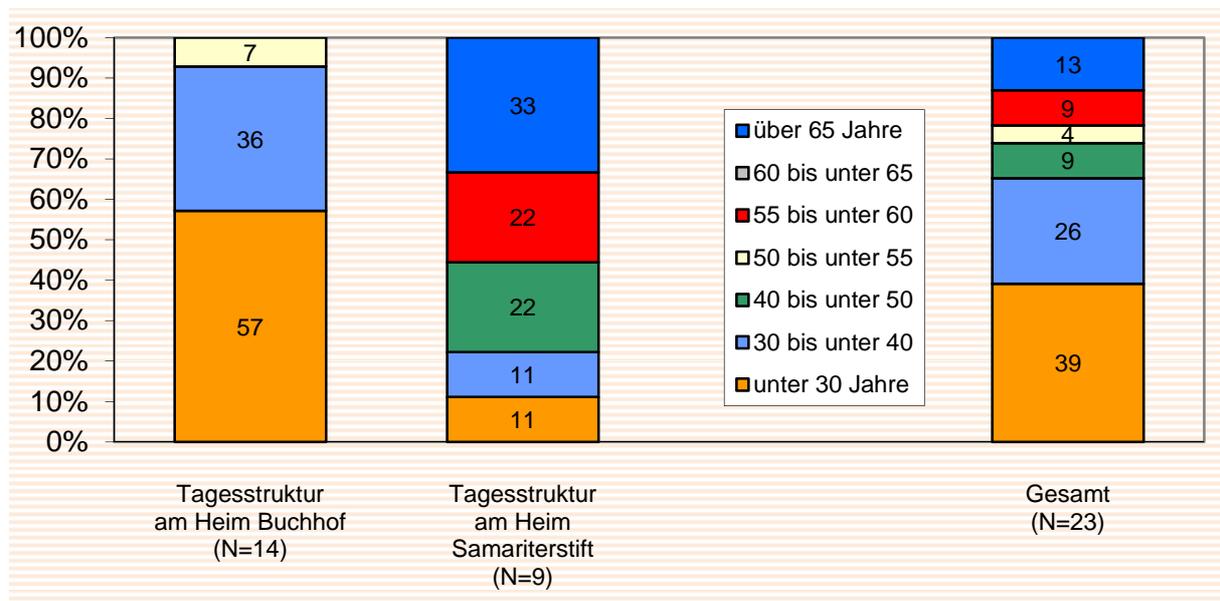
⁶⁰ Leistungstyp I.4.6 nach Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII

Alter und Geschlecht

Die Altersstruktur der Nutzer der arbeitstherapeutischen Angebote weicht im Vergleich der Angebotsträger im Landkreis Schwäbisch Hall erheblich voneinander ab. Während im Samariterstift stärker höhere Altersgruppen vertreten sind, wird die Tagesstruktur am Heim beim Buchhof zu 93 Prozent der Menschen mit seelischer Behinderung unter 40 Jahren genutzt. Diese Altersgruppe ist im Samariterstift mit 22 Prozent vertreten. Demgegenüber sind 22 Prozent der Teilnehmer im Samariterstift zwischen 40 und 50 Jahre und 22 Prozent 50 bis unter 55 Jahre alt. Der gleiche Anteil findet sich in der Altersgruppe der 55 bis unter 60 Jährigen. Die Altersgruppe der über 60 Jährigen ist mit insgesamt 33 Prozent vertreten.

Aufgrund der Altersverteilung ergeben sich keine Hinweise auf ein spezifisch für ältere Menschen mit Behinderung ausgerichtetes tagesstrukturierendes Angebot. Die Zuweisung zu den Leistungstypen erscheint daher zufällig und in Abhängigkeit zum jeweiligen Träger zu stehen.

Schaubild 52: Altersaufbau der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall



Grafik: KVJS 2012. Datenbasis: Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011

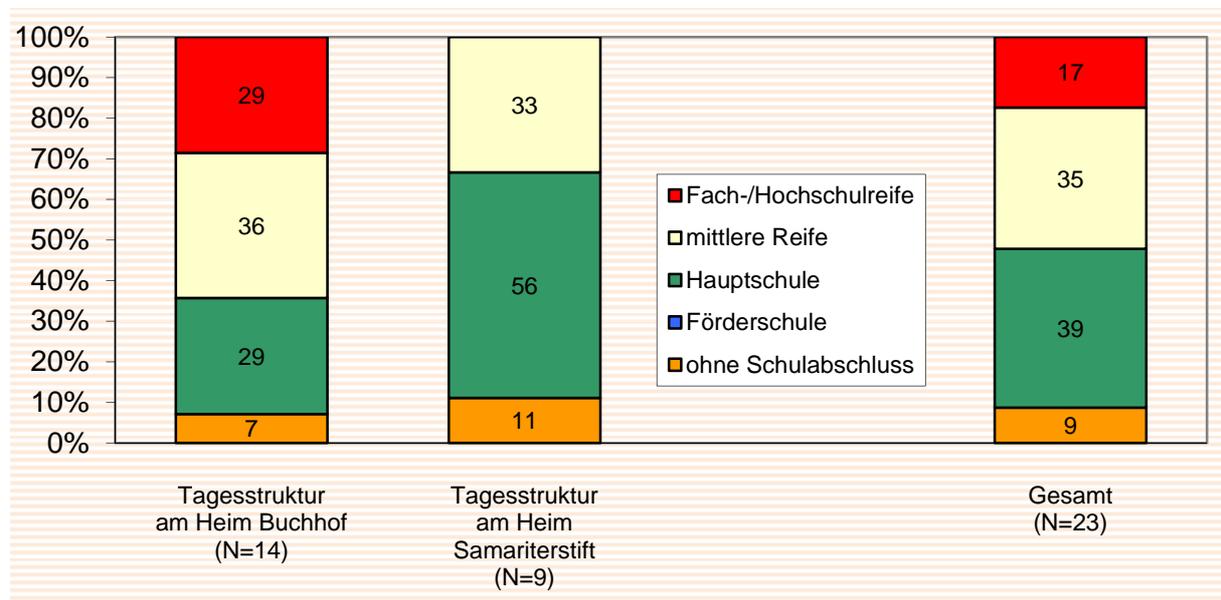
Im Buchhof sind 86 Prozent der Teilnehmer am arbeitstherapeutischen Angebot Frauen und 14 Prozent Männer. Im Samariterstift sind 55 Prozent Frauen und 45 Prozent Männer.

Daraus folgt eine durchschnittliche Nutzung der Angebote einer Tagesstruktur am Heim von Männern zu 26 Prozent, Frauen zu 74 Prozent⁶¹. Diese Verteilung nach Geschlecht ist für die Nutzer der Angebote der Eingliederungshilfe insgesamt bzw. im Landkreis Schwäbisch Hall ungewöhnlich. Vergleichbare Angebote weisen in der Regel einen höheren Anteil an Männern auf.

⁶¹ Datenbasis: KVJS. Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011.

Schulische und berufliche Bildung

Schaubild 53: Schulische Bildung der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall



Grafik: KVJS 2012. Datenbasis: Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011

Auch in der schulischen und beruflichen Bildung gibt es deutliche Unterschiede in der Belegungsstruktur der Träger der Tagesstrukturierung am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall. Allgemein ist der Stand schulischer Bildung bei den Angebotsnutzern im Buchhof deutlich höher als im Samariterstift. 29 Prozent der Nutzer haben eine (Fach)-Hochschulreife und 36 Prozent die mittlere Reife. Im Samariterstift hat ein Drittel der Nutzer die mittlere Reife, die Kategorie (Fach)-Hochschulreife ist hier nicht besetzt, aber über die Hälfte (56 %) hat einen Hauptschulabschluss. Keinen Schulabschluss haben im Buchhof 7 Prozent, im Samariterstift 11 Prozent.

Eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung konnten im Buchhof nur 7 Prozent erfolgreich abschließen. 93 Prozent haben keinen beruflichen Abschluss, dies steht u.a. im Zusammenhang mit dem deutlich niedrigeren Alter der Nutzer der Angebote im Buchhof. Im Samariterstift haben 44 Prozent eine zwei bis dreijährige Berufsausbildung und 56 Prozent keinen beruflichen Abschluss.

Dauer des Leistungsbezugs der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim

Tabelle 54: Dauer des Leistungsbezuges der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall

Verweildauer Tagestruktur am Heim	Anzahl Beschäftigte	in %
bis unter 2 Jahren	7	30
2 Jahre bis unter 5 Jahren	10	44
5 Jahre bis unter 10 Jahren	6	26
Summe	23	

Tabelle: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung im Landkreis Schwäbisch Hall zum Stichtag 30.06.2011

Im Vergleich mit den Verweildauern im Arbeitsbereich der Werkstatt zeigt sich deutlich, dass die Tagesstruktur am Heim, insbesondere der Leistungstyp 4.5b, eine kürzere Übergangsphase darstellt. So besuchen nur ein Viertel (6 Personen) zwischen 5 und 10 Jahren ein Angebot der Tagesstruktur am Heim. Knapp drei Viertel sind unter 5 Jahren in einem dieser Angebote.

Leistungsträger im Landkreis Schwäbisch Hall

Von den 23 Personen, die ein Angebot der Tagesstruktur am Heim nutzen, ist für 6 Personen (26 %) der Landkreis Schwäbisch Hall der zuständige Leistungsträger. Bei der Samariterstiftung sind vor allem die angrenzenden Kreise die Leistungsträger, im Gegensatz zum Buchhof. Dort kommen die Nutzer aus ganz Baden-Württemberg und auch aus anderen Bundesländern. Dies korrespondiert mit der Belegung des Wohnangebots.

6.1.3 Berufsausbildung und allgemeiner Arbeitsmarkt

Ein Weg, die Teilhabe von Menschen mit seelischer Behinderung an der Gesellschaft zu fördern, hin zu einer inklusiven Gesellschaft, sind Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wenn möglich in der gewohnten Umgebung – dem Sozialraum.

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten nur sehr wenige Menschen, die aufgrund einer seelischen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen. In der Regel sind dies geringfügige Beschäftigungsverhältnisse oder Gelegenheitsjobs. So geben nur knapp 11 % der Empfänger von Unterstützungsleistungen im Wohnbereich im Landkreis Schwäbisch Hall an, arbeitsmarktnahe Beschäftigungsangebote in Anspruch zu nehmen. Von diesen 20 Personen liegen für 10 Personen nähere Angaben vor. 6 Personen absolvieren eine (Fachwerker-)Ausbildung, 3 Personen sind geringfügig beschäftigt und eine Person nimmt an einem Arbeitslosenprojekt teil. Demgegenüber steht die oft gute schulische und berufliche Bildung, die teils vor, teils zu Beginn oder auch trotz der seelischen Erkrankung erworben wurde.

78 % der Menschen mit seelischer Erkrankung, die im Landkreis Schwäbisch Hall in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder Pflege unterstützt werden, haben einen qualifizierten Schulabschluss, nur 22 % haben keinen oder einen Förderschulabschluss.

Im Bereich der beruflichen Qualifikation verfügen 47 % des Personenkreises über eine abgeschlossene Berufsausbildung, davon sogar 5 % über eine Meister-, Techniker oder Fachhochschul- bzw. Hochschulausbildung.

Trotz erfolgreicher schulischer und beruflicher Abschlüsse und Erwerbsbiographien arbeiten nur wenige Menschen mit seelischer Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Die Hinführung zu einer Ausbildung ist auch Aufgabe der Einrichtungen der Rehabilitation für psychisch kranke Menschen („RPK-Einrichtungen“), wie es sie in anderen Stadt- und Landkreisen gibt. Unter multidisziplinärer Betreuung von Sozialtherapeuten, Sozialpädagogen/-arbeitern, Psychologen, Psychiatern, Arbeitstherapeuten und anderen Berufsgruppen werden neben medizinischen auch berufliche und psychosoziale Maßnahmen in ambulanter oder stationärer Form durchgeführt. Betreut werden hier meist Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wie Psychosen, Neurosen, schweren Depressionen und sog. Persönlichkeitsstörungen, bei denen keine akute Suchterkrankung im Vordergrund steht.

Im Rahmen der Maßnahme finden in der Regel nach Belastungserprobung und Diagnostik zunächst interne Arbeitserprobungen, später Praktika von insgesamt bis zu 24 Monaten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt statt. In fließenden Übergängen soll der Schwerpunkt dieser Rehabilitationsmaßnahmen zunehmend beruflich gewichtet und die tägliche Belastbarkeit der Teilnehmer gesteigert werden. Im Idealfall mündet die RPK-Maßnahme in ein Ausbildungsverhältnis mit oder ohne begleitende Nachbetreuung.

Leistungsträger der Maßnahmen sind in Abhängigkeit der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen die Rentenversicherungsträger, gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, die Agentur für Arbeit oder der Sozialhilfeträger.

In Baden-Württemberg gab es zum 31.12.2009 insgesamt 197 stationäre und 310 ambulante RPK-Plätze⁶².

Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es bisher keine Einrichtung der Rehabilitation psychisch kranker Menschen nach diesem Konzept. Die nächstgelegene Einrichtung ist das Therapeutikum in der Stadt Heilbronn⁶³.

⁶² GPV Doku S. 48 f.

⁶³ <http://www.therapeutikumheilbronn.de/html/rpk.html>

Eingliederung erwerbsfähiger Hilfebedürftiger mit Vermittlungshemmnissen

Leistungen zur Beschäftigungsförderung sind Eingliederungszuschüsse der Agentur für Arbeit oder des Jobcenters im Landkreis Schwäbisch Hall für Arbeitgeber, die erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Vermittlungshemmnissen einstellen. Die Zuschüsse können bis zu 75 Prozent des tariflichen Arbeitsentgeltes betragen und für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten gewährt werden. Weiter sind Zuschüsse zu sonstigen Leistungen, wie Qualifizierungskosten, möglich. Voraussetzung ist neben einer Langzeitarbeitslosigkeit im Sinne des SGB II unter anderem auch das Vorliegen von mindestens zwei Vermittlungshemmnissen, die den Betroffenen in seinen Erwerbsmöglichkeiten schwer beeinträchtigen, so dass eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraussichtlich innerhalb der nächsten 2 Jahre ohne diese Förderung nicht möglich ist. Zu solchen Vermittlungshemmnissen zählen insbesondere auch Sucht- und psychische Erkrankungen.

Im Landkreis Schwäbisch Hall haben in den Jahren 2010 und 2011 jeweils 5 Personen eine Förderung nach §16e Abs. 1 SGB II erhalten; seitdem wurde nur eine Person gefördert (Stand: September 2013). Das Jobcenter in Schwäbisch Hall kann aufgrund der Datenlage keine Angaben darüber machen, ob und wie viele der Personen psychisch krank sind.

Unterstützte Beschäftigung

Ziel des am 01.01.2009 in Kraft getretenen Gesetzes ist es, Menschen mit Behinderung und besonderem Unterstützungsbedarf angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten⁶⁴. Dabei unterscheidet „Unterstützte Beschäftigung“ zwei Phasen: die individuelle betriebliche Qualifizierung und die Berufsbegleitung. Bei der Zielgruppe handelt es sich um Menschen mit Behinderung mit einem Potential für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, für die eine Integration in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit anderen Teilhabeleistungen als denen der „Unterstützten Beschäftigung“ nicht möglich erscheint⁶⁵. Als solche definiert die Bundesagentur für Arbeit neben Menschen mit Lernbehinderung im Grenzbereich zur geistigen Behinderung und Menschen mit geistiger Behinderung im Grenzbereich zur Lernbehinderung explizit auch behinderte Menschen mit nachhaltigen psychischen Störungen und / oder Verhaltensauffälligkeiten (nicht im Akutstadium)⁶⁶. Im Vorfeld ist zu klären, dass kein Werkstattbedarf vorliegt.

Im Rahmen der individuellen betrieblichen Qualifizierung werden geeignete betriebliche Tätigkeiten erprobt, um auf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorzubereiten. Die Einarbeitung und Qualifizierung auf einem betrieblichen Arbeitsplatz wird unterstützt. Leistungsträger sind die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung oder Kriegsopferversorgung bzw. -fürsorge. Die Dauer

⁶⁴ §38a SGB IX Abs. 1

⁶⁵ Bundesagentur für Arbeit: Unterstützte Beschäftigung nach § 38a SGB IX. Produktinformation der Zentrale (SP III 23) und der Einkaufsorganisation. 16.12.2008

⁶⁶ Durchführungsanweisung der Arbeitsagentur zu §38a SGB IX, <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Beruf-Qualifizierung/Publikation/HEGA-01-2009-Unterstuetzte-Besch-Anlage3.pdf>.

der Maßnahme ist auf 24 Monate begrenzt, kann aber im Bedarfsfall um weitere 12 Monate verlängert werden⁶⁷.

Die Berufsbegleitung im Rahmen der „Unterstützten Beschäftigung“ setzt nach Begründung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ein und dient zur Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses. Sie soll die hierzu erforderliche Unterstützung und Krisenintervention gewährleisten. Als Kostenträger kommen hier die gesetzliche Unfallversicherung und die Kriegsopferversorgung bzw. -fürsorge in Betracht, die Bundesagentur für Arbeit und die Rentenversicherung jedoch nicht mehr. Das Integrationsamt gewährt die Berufsbegleitung im Rahmen seiner Zuständigkeit⁶⁸, also für Menschen, die im Besitz eines Schwerbehinderten-Ausweises sind. Durchgeführt wird diese durch den örtlichen Integrationsfachdienst. Eine kreisspezifische Auswertung kann von der Regionaldirektion der Agentur für Arbeit bisher nicht geleistet werden.

„Integration von Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt“ (InRAM)

Die Maßnahme „Integration von Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt“ (InRAM) ist für Menschen konzipiert, die wegen ihrer Behinderung zwar besonderer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen (§ 98 Abs. 2 i. V. m. § 117 Abs. 1 Nr. 1b Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)), jedoch nicht auf eine besondere Einrichtung für behinderte Menschen im Sinne des § 35 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) angewiesen sind. Ziel dieser Maßnahme, ist eine möglichst dauerhafte Integration in den ersten Arbeitsmarkt durch eine individuelle bedarfsorientierte Stabilisierung und Qualifizierung. Zielgruppe sind Menschen mit Behinderung in Reha-Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit für die nach Abschluss der Maßnahme eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt erwartet werden kann. Diese Maßnahme startet ab dem 1.5.2014.

Integrationsfachdienste

Erwerbsbiografien psychisch erkrankter Menschen zeichnen sich durch häufige, durch wiederkehrende Erkrankungsschübe bedingte Unterbrechungen aus und enden oft mit dem unfreiwilligen Abbruch des Arbeitsverhältnisses. Ein Unterstützungsangebot für Menschen mit seelischer Behinderung, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben, stellt der Integrationsfachdienst dar.

Der Integrationsfachdienst (IFD) berät, begleitet und unterstützt arbeitssuchende und berufstätige Menschen mit Behinderung, die einen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf bei der Teilhabe am Arbeitsleben haben. Zielgruppen dieses Angebotes sind

- Menschen, die schwerbehindert sind oder durch die Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden,
- Menschen mit wesentlicher Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfe nach SGB XII,
- sowie Menschen, die Leistungen eines Rehabilitationsträgers erhalten.

⁶⁷ 38a SGB IX Abs. 2

⁶⁸ §38a SGB IX Abs. 3

Der IFD kümmert sich um diejenigen schwerbehinderten Menschen, bei denen eine intensive persönliche Begleitung auf dem Weg in eine Beschäftigung oder zur Sicherung der Beschäftigung erforderlich ist. Der Zugang zum Beratungsangebot ist niederschwellig, eine weitergehende Begleitung abhängig von der Beauftragung durch einen Kostenträger. Zu seinen Aufgaben gehört es auch, Arbeitgeber bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu beraten und sie über finanzielle Fördermöglichkeiten zu informieren. Finanziert wird diese Leistung über das Integrationsamt des Kommunalverbands für Jugend und Soziales, ferner durch die Träger der Arbeitsvermittlung und die Rehabilitationsträger.

Im Landkreis Schwäbisch Hall ist der Träger des Integrationsfachdienst Heilbronn-Franken der Weinsberger Hilfsverein mit der Hauptstelle in Heilbronn und einer Außenstelle in Schwäbisch Hall. In Crailsheim finden durch den IFD in den Räumen der Diakonischen Bezirksstelle ebenfalls Beratungsangebote statt⁶⁹.

Zahl der Betreuten

Der Integrationsfachdienst Heilbronn-Franken am Standort Schwäbisch Hall/Künzelsau betreute 2010 insgesamt 289 Betreuungs- und Beratungsfälle mit 3,75 Personalstellen. Damit liegt der Betreuungsschlüssel des Integrationsfachdienstes am Standort Schwäbisch Hall/Künzelsau mit 77,07 Fällen pro Personalstelle im baden-württembergischen Vergleich über den Durchschnittswerten von 68,7 Fällen pro Stelle. Da eine kreisbezogene Auswertung der Arbeit des Integrationsfachdienstes im Jahr 2010 seitens des Integrationsfachdienstes nicht dokumentiert wurde, kann die Situation im Landkreis Schwäbisch Hall nicht untersucht werden.

Integrationsunternehmen

Integrationsunternehmen sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen mit einer Beschäftigungsquote von mindestens 25 Prozent und in der Regel höchstens 50 Prozent Menschen mit Schwerbehinderung, darunter auch Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung. Diese Angebote stellen ein Brückenangebot zwischen Werkstatt und Arbeitsmarkt dar und beschäftigen Mitarbeiter zu den üblichen vertragsrechtlichen und Gehaltskonditionen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Durch die entrichteten Sozialversicherungsbeiträge erwerben die Mitarbeitenden Anwartschaften z.B. auf Renten, Arbeitslosengeld und Leistungen der Pflegeversicherung. Sie erhalten keine Eingliederungshilfe nach SGB XII. Integrationsfirmen bekommen über das Integrationsamt des Kommunalverbands für Jugend und Soziales investive Förderung und betriebswirtschaftliche Beratung. In der Regel erhalten Integrationsunternehmen auch (befristete) Lohnkostenzuschüsse für ihre Beschäftigten mit Behinderung.

Im Jahr 2010 gab es in Baden-Württemberg 61 Integrationsprojekte mit insgesamt 1.832 Arbeitsplätzen, davon 970 für Menschen mit Schwerbehinderung. Von diesen 835 Menschen wiederum waren 23 Prozent oder 192 Menschen mit seelischer Behinderung. Damit stellte

⁶⁹ Integrationsfachdienst Heilbronn-Franken: Jahresbericht 2010. S. 4

der Personenkreis mit seelischer Behinderung den geringsten Anteil der Beschäftigten mit Behinderung in Integrationsfirmen hinter den Menschen mit Körperbehinderung und Menschen mit überwiegend geistiger Behinderung⁷⁰.

Die Angebote der Integrationsunternehmen in Baden-Württemberg sind vielfältig und reichen vom Betrieb eines Campingplatzes oder Weingutes über Druckereien, so genannte CAP-Lebensmittelmärkte, Bio-Bäckereien, Landschafts- und Gartenbau, Gebrauchtwarenmärkte, Betriebskantinen bis hin zum Café- und Gaststättenbetrieb.

Im Landkreis Schwäbisch Hall gab es zum Stichtag 30.06.2011 kein Integrationsunternehmen. Im Jahr 2012 hat die Terra Hohenlohe, eine Tochtergesellschaft des Therapeutikum Heilbronn, am Standort Schwäbisch Hall ein Integrationsunternehmen gegründet. Dort ist neben der schwerpunktmäßigen Beschäftigung von Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen auch eine Anstellung von seelisch behinderten Menschen möglich (am 30.09.2012 ein gemeldeter Beschäftigter dieses Personenkreises). Geschäftsfelder des neu gegründeten Integrationsunternehmens sind Papierverarbeitung, Industrieservice und Rework sowie Kunststoffnachbearbeitung.

6.1.4 Tagesstätten

Tagesstätten sind ein offenes Angebot für Erwachsene mit chronischer psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in der Lage sind, einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen nachzugehen⁷¹.

Tagesstätten sind ein niedrighschwelliges Angebot, d.h. die Teilnahme ist weitgehend kostenlos und es ist kein Antragsverfahren auf Bewilligung von Leistungen im Einzelfall erforderlich. So können Tagesstätten in Baden-Württemberg normalerweise keine einzelfallbezogene Leistungen⁷² abrechnen und zur Finanzierung ihrer Arbeit verwenden.

Die Landeskonzeption Baden-Württembergs sieht vor, dass Tagesstätten Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung, Arbeits- und Beschäftigungsangebote, ergotherapeutische Angebote und Hilfen zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen leisten. Weiter bieten Tagesstätten Unterstützung bei der Sicherung von materiellen Ansprüchen und Beratung⁷³. Vor allem aber bieten Tagesstätten Raum für Begegnung und Kontakt. Geöffnet sind sie regelmäßig an Werktagen und bieten Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung Unterstützung und Stabilisierung im Alltag. Kurzfristige Ziele der Sozialarbeit in den Tagesstätten sind die Förderung der Selbständigkeit, Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten und das Erlernen von Verantwortungsübernahme, um die individuel-

⁷⁰ KVJS Baden-Württemberg: Leistungsbilanz 2008/2009. Zahlen – Daten – Fakten zur Arbeit des Integrationsamtes. Karlsruhe, Stuttgart, Freiburg. August 2009.

⁷¹ Das Angebot richtet sich in der Regel nicht an Menschen mit einer primären Suchterkrankung.

⁷² z.B. nach SGB V, SGB XI und SGB XII

⁷³ Konzeption Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte. Landesarbeitskreis Psychiatrie. Beschluss vom 17.04.1991.

le Lebenszufriedenheit zu erhöhen. Mittel- und langfristig wird eine soziale Wiedereingliederung angestrebt und auch die Aufnahme einer Arbeit in einer Reha-Werkstatt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ein wichtiges Angebot der Tagesstätten sind die Mahlzeiten, die oft gemeinsam vorbereitet und gegen ein geringes Entgelt ausgegeben werden. Ein weiteres Angebot sind Freizeitaktivitäten wie Ausflüge, Spaziergänge oder der Besuch von kulturellen Veranstaltungen. Das Fachpersonal führt Einzel- und Gruppengespräche für Besucher und Angehörige, es leistet Unterstützung und stellt Kontakte mit anderen Diensten und Einrichtungen her.

Ein anderer Angebotsbaustein sind Arbeits- und Beschäftigungsangebote, um Ausdauer und Belastung zu erproben, um dann eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation zu beginnen. Teilweise werden geringfügige Beschäftigungsverhältnisse oder Tätigkeiten gegen Aufwandsentschädigungen angeboten, sogenannte Zuverdienstmöglichkeiten.

In allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs gibt es Tagesstätten. Bis auf wenige Ausnahmen werden sie institutionell über eine Pauschale aus Mitteln der Stadt- und Landkreise gefördert auf Basis der gemeinsamen Richtlinien vom 01.01.2003 der damaligen Landeswohlfahrtsverbände⁷⁴. Die pauschale institutionelle Förderung ist nur ein Baustein der Gesamtfinanzierung. Ein weiterer Beitrag zur Finanzierung soll durch die Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation geleistet werden, in dem die Leistungen räumlich und personell in den Tagesstätten erbracht werden⁷⁵. Dazu zählen z.B. Ergotherapie, Soziotherapie, ärztliche Beratung und Behandlung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz, ambulante Pflegeleistungen oder Sprechstunden des Integrationsfachdienstes. Dieses Angebotsspektrum kann ergänzt werden durch Beratungs- und Vermittlungsangebote der Träger von unterstützten Wohnformen, der Reha-Werkstatt oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Wenn mehrere dieser Leistungen „unter einem Dach“ organisiert sind, spricht man von einem „Gemeindepsychiatrischen Zentrum“ (GPZ). Diese können zu einer der Stützen im Gemeindepsychiatrischen Verbund werden, wenn eine enge Kooperation besteht.

Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es in Crailsheim und in Schwäbisch Hall je eine Tagesstätte in Trägerschaft der Samariterstiftung. Sie decken die Regionen Crailsheim und Schwäbisch Hall ab. Die Tagesstätten haben an 5 Tagen in der Woche geöffnet. Einmal in der Woche findet zum Beispiel in Schwäbisch Hall zusätzlich ein offenes Angebot in Form einer „Teestube“ statt, das von ehrenamtlichen Helfern organisiert wird. Regelangebote in den Tagesstätten sind Arbeitsmöglichkeiten (Beschäftigung und Zuverdienst), Freizeitangebote, Beratung und Betreuung durch Fachkräfte, Hilfen zur Bewältigung des Alltags, Aufenthalt- und Kontaktmöglichkeiten, ein warmes Mittagessen sowie Getränke. Die Angebote der

⁷⁴ Vorläufige Richtlinien und Fördergrundsätze für Tagesstätten für psychisch behinderte Menschen, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern und gleichlautend Landeswohlfahrtsverband Baden 01.01.2003

⁷⁵ Vorläufige Richtlinien und Fördergrundsätze für Tagesstätten für psychisch behinderte Menschen, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern und gleichlautend Landeswohlfahrtsverband Baden 01.01.2003

Tagesstätten tragen zur Stabilisierung bei und können Krisen oder Phasen der Motivationslosigkeit verhindern. Besucher der Tagesstätten erläuterten, dass der Besuch der Tagesstätten für sie ein wichtiger Antrieb ist, um die Wohnung zu verlassen und einer Vereinsamung entgegen zu wirken. In der Praxis hat sich gezeigt, dass der regelmäßige Besuch der Tagesstätte Klinikaufenthalte zu vermeiden hilft. Die Möglichkeiten des Zuverdienstes werden sehr gut angenommen und bestehen ganztags. Sie sind pro Besucher auf drei Stunden am Tag begrenzt und sehr gut ausgelastet. In Schwäbisch Hall und Crailsheim werden die kurzen Wege zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), den ambulanten Diensten der Samariterstiftung und zur Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (nur am Standort Schwäbisch Hall) als positiver Standortvorteil hervorgehoben.

Die Empfehlungen der landesweiten Fördergrundsätze der ehemaligen Landeswohlfahrtsverbände sehen eine Pauschalfinanzierung vor, um ein möglichst niedrighwelliges Angebot zu ermöglichen. Im Landkreis Schwäbisch Hall wird aber der Besuch der Tagesstätten in Schwäbisch Hall und Crailsheim als individuelle Leistungen über die Eingliederungshilfe finanziert. Als unterste Grenze werden zwei regelmäßige Besuchstage pro Woche gesehen mit einer Anwesenheitspflicht von mindestens 3,5 Stunden. In der Tagesstätte in Schwäbisch Hall arbeiten 30 angemeldete Besucher und in Crailsheim 25 angemeldete Besucher. Hinzu kommen zum Beispiel in Schwäbisch Hall noch zwei bis drei Besucher täglich, die sporadisch und ohne Anmeldung beim Sozialamt vorbeischaauen.

Die Tagesstätten im Landkreis Schwäbisch Hall haben ein einzelfallorientiertes Konzept der Finanzierung der Tagesstätten. Dieses Konzept unterscheidet sich von der Praxis in den meisten Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg, die mit einer institutionellen Förderung einen besonders niederschweligen Zugang ermöglichen wollen.

6.2 Leistungsempfänger des Kreises

In diesem Abschnitt wird wiederum die Perspektive gewechselt, weg von der Belegung der Gebäude und Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall hin zu den Menschen mit seelischer Behinderung, für die der Landkreis Schwäbisch Hall Eingliederungshilfe gewährt – unabhängig davon, in welchem Stadt- oder Landkreis sie leben.

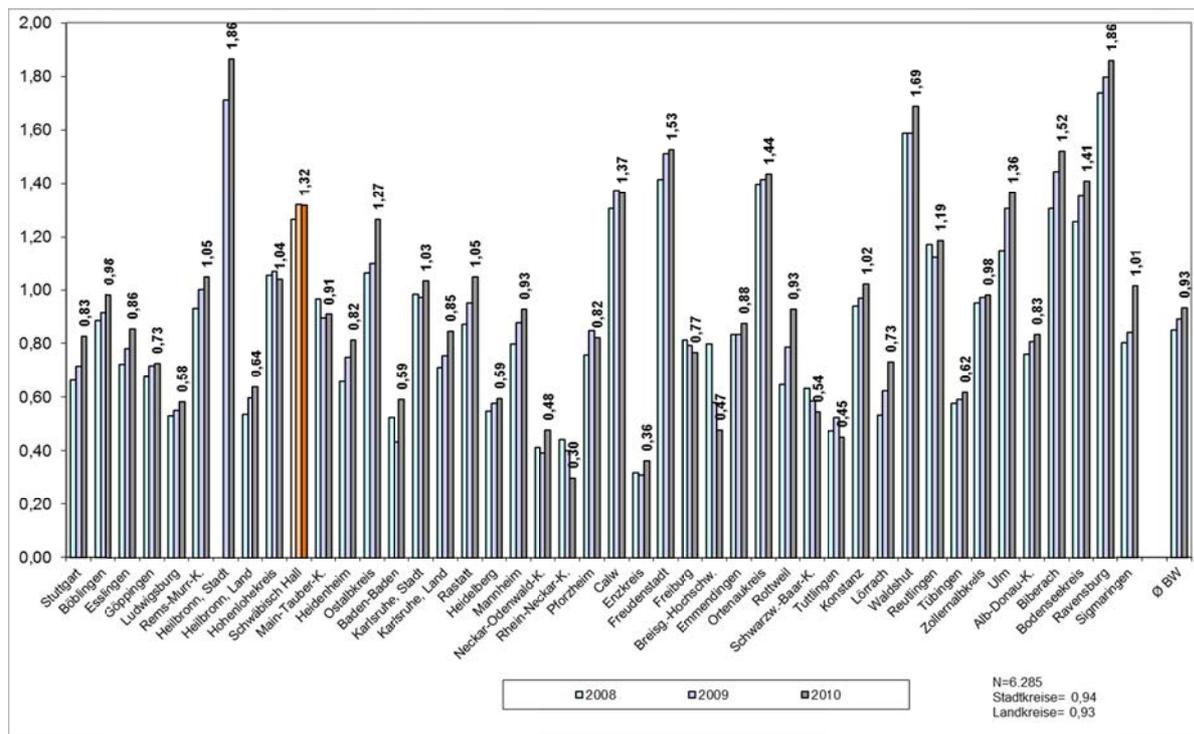
Tabelle 55: Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises Schwäbisch Hall in Angeboten der Tagesstruktur von 2005 bis 2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Werkstatt	102	118	135	148	155	155	156	172
Tagesstrukturierung und Förderung	11	13	10	9	10	10	8	9
Tagesbetreuung (Senioren)	15	16	18	19	16	18	19	22
Gesamt	128	147	163	176	181	183	183	202

Datenbasis: Sozialplanung im Landkreis Schwäbisch Hall

Im Zeitraum von 2005 auf 2012 gab es einen Anstieg der Menschen mit seelischer Behinderung in Werkstätten, jährlich kamen durchschnittlich 10 Leistungsempfänger hinzu, so dass sich die absoluten Zahlen von 102 Werkstattbeschäftigten in 2005 über 155 Leistungsempfänger in 2010 auf 172 Personen in 2012 erhöhten.

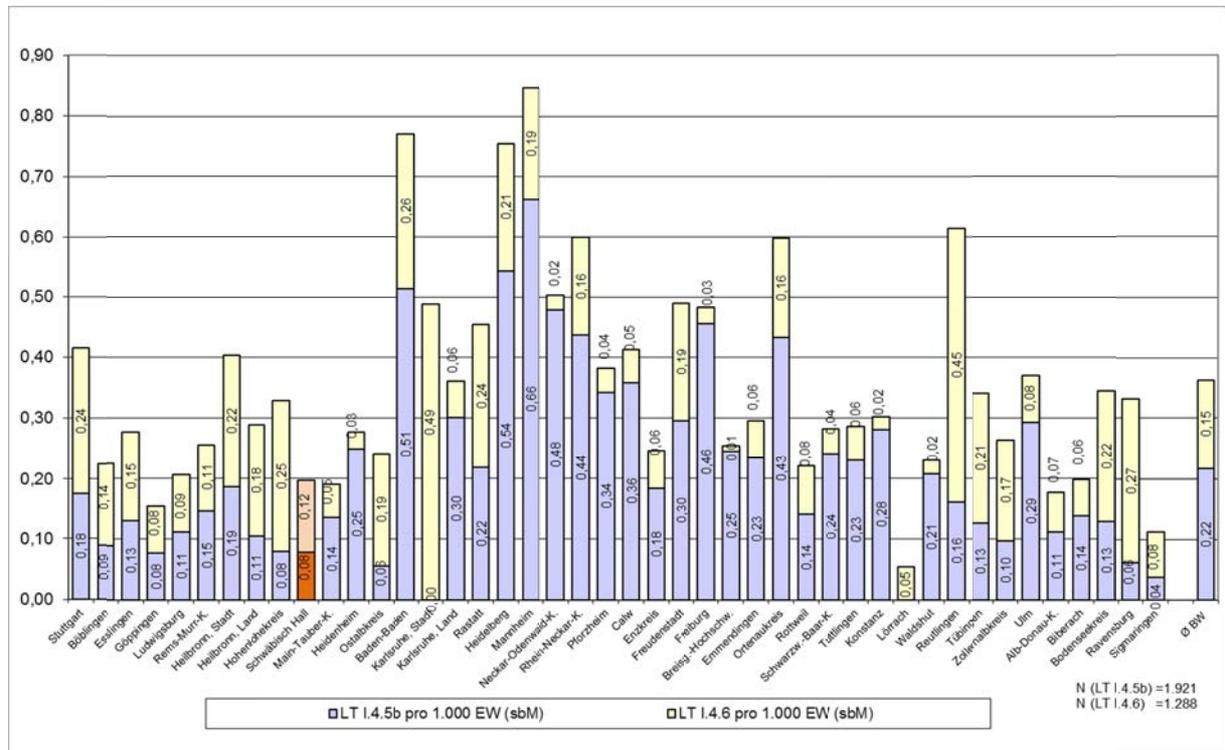
Schaubild 56: Leistungsempfänger in Werkstätten für behinderte Menschen (LT I.4.4) mit einer seelischen Behinderung pro 1.000 Einwohner im Alter von 18 bis unter 65 Jahren zum Stichtag 31.12. in den Jahren 2008, 2009 und 2010



Graphik: KVJS. Datenbasis: Erhebung „Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2010. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart 2011

Im Vergleich zu den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg und in Relation zur Einwohnerzahl befindet sich der Landkreis Schwäbisch Hall damit im oberen Viertel der Kennzahlen der Leistungsempfänger in Werkstätten. Von 2009 auf 2010 stagnierte die Kennzahl bei 1,32 Werkstattleistungen für Menschen mit seelischer Behinderung je 1.000 Einwohnern in der entsprechenden Altersgruppe. In 2010 liegt der Landkreis Schwäbisch Hall deutlich über dem Landesschnitt von 0,93 Leistungen je 1.000 Einwohner im Alter von 18 bis unter 65 Jahren. Diese Angebotsdichte muss in Relation zu den anderen Kennzahlen der tagesstrukturierenden Leistungen gesehen werden, bei denen der Landkreis Schwäbisch Hall eine geringere Kennzahl im Vergleich zum Landesschnitt aufweist.

Schaubild 57: Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung in Angeboten zur Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen (LT I.4.5 b) und in der Tagesbetreuung für Erwachsene und Senioren (LT I.4.6) pro 1.000 Einwohner ab 18 Jahre am 31.12.2010



Graphik: KVJS. Datenbasis: Erhebung „Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2010. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart 2011

Der Landkreis Schwäbisch Hall liegt mit 0,20 Leistungsempfängern in Angeboten der Tagesstruktur nach den Leistungstypen I.4.5 b und I.4.6 je 1.000 Einwohner der Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahren deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 0,37 Leistungen je 1.000 Einwohner.

7 Vor- und Umfeld der Eingliederungshilfe

Aufgrund der oft episodenhaften und individuell sehr unterschiedlichen Unterstützungsbedarfe wechseln Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung und seelischer Behinderung zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen. Ein Teil dieses Personenkreises nimmt nur vorübergehend Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege in Anspruch. So spielen Dienste und Einrichtungen im Vor- und Umfeld der Eingliederungshilfe eine wichtige Rolle. Die Ausgestaltung der Strukturen dieser Dienste und Einrichtungen beeinflusst entscheidend die Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege.

Der Großteil der Menschen sucht bei wiederkehrenden Beschwerden zunächst den Hausarzt auf. Die Symptome sind häufig diffus (Schlaf-, Appetitlosigkeit, Schmerzzustände, usf.) und können nicht direkt als Folge einer psychischen Erkrankung diagnostiziert werden. Durch die primärärztliche Versorgung kommt den Hausärzten eine wichtige Rolle im Gesamtsystem zu. Verdichtet sich der Verdacht über das Vorliegen einer psychischen Erkrankung wird der Patient in der Regel an Fachärzte überwiesen, um den Verdacht diagnostisch abzusichern. Häufig verordnen Fachärzte Therapien bei Psychotherapeuten flankiert von anderen Akteuren im ambulanten Versorgungssystem. Psychische Erkrankungen können zu einem sehr großen Teil in diesem System aufgefangen und therapiert werden. Nur wenige Menschen mit schwerer und chronischer psychischer Erkrankung benötigen weitergehende Hilfen im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem.

Vernetzte Angebotsstruktur

Zu den wichtigen Angeboten im Vor- und Umfeld der Eingliederungshilfe gehören die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Tagesstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung, die Fachkliniken, Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie die ambulanten Pflegedienste. Eine funktionierende Vernetzung in einem bedarfsgerecht gestalteten System sichert die bestmögliche Versorgung Betroffener und senkt in der Regel den Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe deutlich. Zum Beispiel wird bei der Antragstellung auf ambulant betreutes Wohnen (ABW) vom Sozialen Dienst der Eingliederungshilfe überprüft, ob eine Betreuung durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst ausreicht. Falls nicht, besteht nach den Richtlinien des Kreises ein Anspruch auf eine Betreuung im Rahmen des ABW.

7.1 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)

Seit 1987 wurde in Baden-Württemberg ein flächendeckendes Netz an Sozialpsychiatrischen Diensten aufgebaut. Diese erbringen ambulante Leistungen für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung. „Chronisch psychisch kranken Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind, durch spezifische Hilfen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, vorrangig den langfristig in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten psychisch kranken Menschen die Entlassung zu ermöglichen und Krankheitsrückfälle und Krankenhausaufent-

halte zu vermeiden“⁷⁶ ist Ziel der Sozialpsychiatrischen Dienste. Zielgruppe sind Menschen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung als Menschen mit seelischer Behinderung gelten und unter wesentlichen sozialen Beeinträchtigungen leiden. Nicht dazu zählen Menschen mit psychischer Erkrankung, die lediglich unter leichten Störungen leiden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste leisten Vor- und Nachsorge, sowie Krisenintervention, zum Beispiel durch Einzelgespräche mit den Betroffenen und Angehörigen oder bei der Antragsstellung auf Leistungen bei den verschiedenen beteiligten (Reha-)Trägern. Sie arbeiten eng mit niedergelassenen Hausärzten, Psychiatern, Therapeuten und mit Kliniken, Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen zusammen⁷⁷. Sozialpsychiatrische Dienste sind somit Anlauf- und Beratungsstellen für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung und für deren Angehörige sowie für Personen aus dem Umfeld der Betroffenen.

Die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste bieten ihre Leistungen in zentralen Büros an, haben aber auch direkten Kontakt mit den Betroffenen in ihrem Lebensumfeld. Die Sozialpsychiatrischen Dienste organisieren Kontakt- und Freizeitangebote sowie Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Sie stellen die ambulante Grundversorgung für Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung sicher.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden mit Landes- und Kreiszuschüssen zu den laufenden Personal- und Sachkosten gefördert. Eine Voraussetzung dafür ist, dass der Träger des Dienstes verbindlich mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz, einem Soziotherapie-Erbringer und einer Tagesstätte in einem Verbund kooperiert. Der Verbund bedarf einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung⁷⁸. Insofern spielen die Sozialpsychiatrischen Dienste eine Schlüsselrolle im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Die Sicherstellung der Grundversorgungsleistungen der sozialpsychiatrischen Dienste ist ein zentrales Anliegen der Landesregierung. Im Bereich der nachgehenden Hilfen, insbesondere bei den Hausbesuchen, sowie im Bereich der Langzeitbetreuung hat sich jedoch gezeigt, dass eine Stärkung des Leistungsangebots erforderlich ist und im Interesse der Träger beziehungsweise Kommunen liegt. Um einen entsprechenden Impuls zu geben, hat daher das Land für das Jahr 2012 einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 2 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Diese erhöhte Förderung ist mit dem Doppelhaushalt 2013/2014 auch darüber hinaus gesichert.

Trägerschaft

In Baden-Württemberg waren 2010 insgesamt 67 Sozialpsychiatrische Dienste tätig⁷⁹. Davon waren zwei Drittel in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege, gut ein Fünftel in kommunaler Trägerschaft und knapp ein Zehntel in Trägerschaft von Trägergemeinschaften⁸⁰. Im

⁷⁶ Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) vom 30. November 2006 und Ergänzung vom 29.03.2012

⁷⁷ VwV-SpDi vom 30.11.2006 und Ergänzung-VwV-SpDi vom 29.03.2012

⁷⁸ VwV-SpDi vom 30.11.2006 und Ergänzung-VwV-SpDi vom 29.03.2012

⁷⁹ Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Jahresbericht 2010. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart. S. 8

⁸⁰ Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Jahresbericht 2008. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart. S.15

Landkreis Schwäbisch Hall ist die Samariterstiftung Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit Standorten in Crailsheim und Schwäbisch Hall.

Rahmenbedingungen

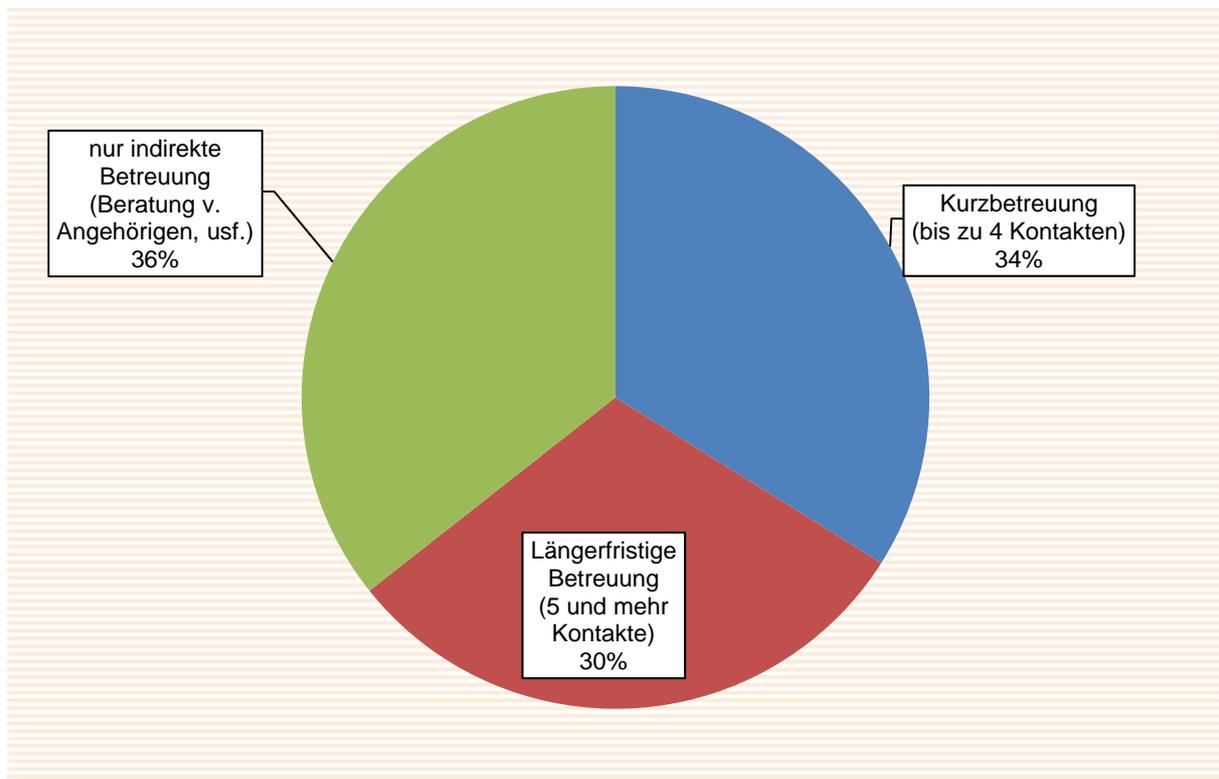
Die Einzugsbereiche der beiden Standorte orientieren sich an den beiden Altkreisen Crailsheim und Schwäbisch Hall. Der Beschäftigungsumfang insgesamt an den beiden Standorten entspricht 4 Vollzeitstellen, diese verteilen sich auf 6 Personen an den beiden Standorten. 5 Personen haben eine Qualifikation als Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge und zu 80 % arbeitet eine Pflegefachkraft im interdisziplinären Team. Die Klienten bei neuen längerfristigen Betreuungen wurden vor allem von psychiatrischen Krankenhäusern und sozialpsychiatrischen Einrichtungen an den Sozialpsychiatrischen Dienst vermittelt oder die Betreuung gründete sich auf Eigeninitiative der Klienten. In Einzelfällen werden Betreuungen durch Anrufe von Angehörigen oder Nachbarn initiiert.

Die zusätzliche Landesförderung im Jahr 2012 war gebunden an die Zielsetzung, die nachgehenden Hilfen, insbesondere bei den Hausbesuchen, sowie den Bereich der Langzeitbetreuung zu stärken. In Umsetzung dieser Förderziele war es mit den zusätzlichen Mitteln möglich, in Blaufelden eine dritte Anlaufstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes einzurichten.

Leistungsangebot und Inanspruchnahme

Im Jahr 2010 wurden im Landkreis Schwäbisch Hall insgesamt 314 Menschen betreut.

Schaubild 58: Personen, die in 2010 vom Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Schwäbisch Hall betreut wurden, nach Art der Betreuung

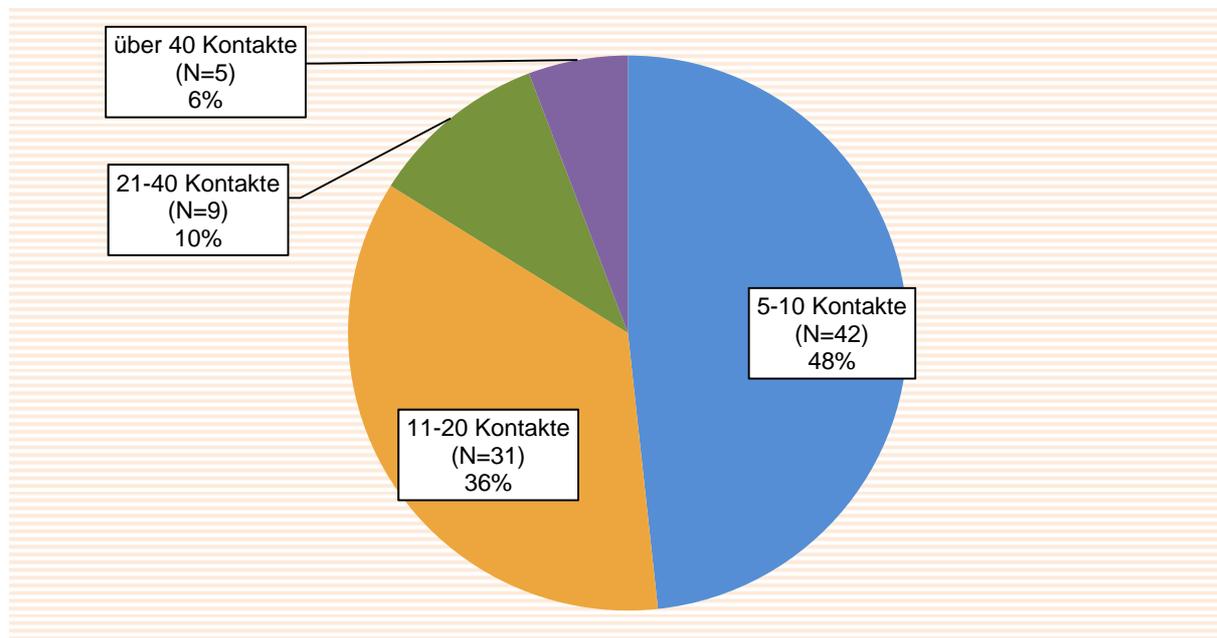


Grafik: KVJS. Datenbasis: Berichte der Träger über die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste für die Erhebung der Liga der freien Wohlfahrtsverbände im Rahmen der Freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2010. Eigene Berechnungen KVJS. (N=286)

Dabei war ein knappes Drittel der Betreuungen (30,4 Prozent) längerfristiger Natur mit 5 und mehr Kontakten. 33,9 Prozent der Kontakte im Landkreis Schwäbisch Hall (97 Personen) hatten kurzzeitigen Charakter, diese Menschen nutzten das Angebot der Dienste mit maximal 4 Kontakten. Eine nur indirekte Betreuung, beispielsweise durch die Beratung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, nahmen durch den SpDi im Landkreis Schwäbisch Hall 35,7 Prozent oder 102 Menschen in Anspruch.

Die Mehrzahl der 87 längerfristig betreuten Klienten (48 Prozent) nahm dabei 5 bis 10 Kontakte in Anspruch. 35 Prozent hatten 11 bis 20 Kontakte, 10 Prozent zwischen 21 und 40 Kontakten. Immerhin 6 Prozent wurden mit über 40 Kontakten im Jahr 2010 intensiv und sehr engmaschig durch den Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Schwäbisch Hall betreut.

Schaubild 59: Personen, die 2010 längerfristig von Sozialpsychiatrischen Diensten betreut wurden, nach Anzahl von Kontakten



Grafik: KVJS. Datenbasis: Berichte der Träger über die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste für die Erhebung der Liga der freien Wohlfahrtsverbände im Rahmen der Freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2010. Eigene Berechnungen KVJS. (N=87)

Im Landkreis Schwäbisch Hall wurden somit bezogen auf 10.000 Einwohner im Jahr 2010 4,61 Personen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste längerfristig, d.h. mit mehr als 5 Kontakten, betreut. Dieser Wert liegt unter dem Durchschnitt anderer Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg.

Mit 4 Fachkraftstellen – eine Quote von 0,21 Fachkraftstellen bezogen auf 10.000 Einwohner - wurden in 2010 durchschnittlich 79 Personen je Fachkraft betreut. Damit liegt der Landkreis Schwäbisch Hall deutlich unter der in anderen Landkreisen auftretenden Betreuungsquote (Streubreite 91-131 Personen) und dem durch die Liga erfassten landesweiten Durchschnittswert von 105 Betreuungen je Fachkraft⁸¹.

Diagnosen

Bei 43 Prozent der 2010 im Landkreis Schwäbisch Hall von den Sozialpsychiatrischen Diensten längerfristig betreuten Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung wurden Schizophrenien oder schizotype und wahnhaftige Störungen diagnostiziert. Die zweitgrößte Gruppe mit 41 Prozent hat affektive Störungen, 5 Prozent wiesen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf. Eine geringe Rolle spielen neurotische oder Belastungsstörungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen. Sehr gering ist der Anteil von Kli-

⁸¹ Die Vergleichsdaten der Liga-Dokumentation basieren auf 2008, da für 2010 ein anderer Schwerpunkt in der Darstellung der Ergebnisse gewählt wurde

enten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen.

Der im Vergleich zu den Eingliederungshilfeangeboten auffallend geringe Anteil drogenindizierter psychischer Erkrankungen unter den Nutzern der Sozialpsychiatrischen Dienste kann in einem möglichen Zusammenhang mit der Altersstruktur der Klienten stehen, bei denen die Altersgruppe der 41-60 jährigen die größte Gruppe der Klienten bildet. Primär kann aber die deutlich abweichende Frauenquote (siehe unten) als mit ursächlich für die Verschiebungen in den Häufigkeitsverteilungen der diagnostizierten Erkrankungen angenommen werden.

Alter, Geschlecht und Familienstand

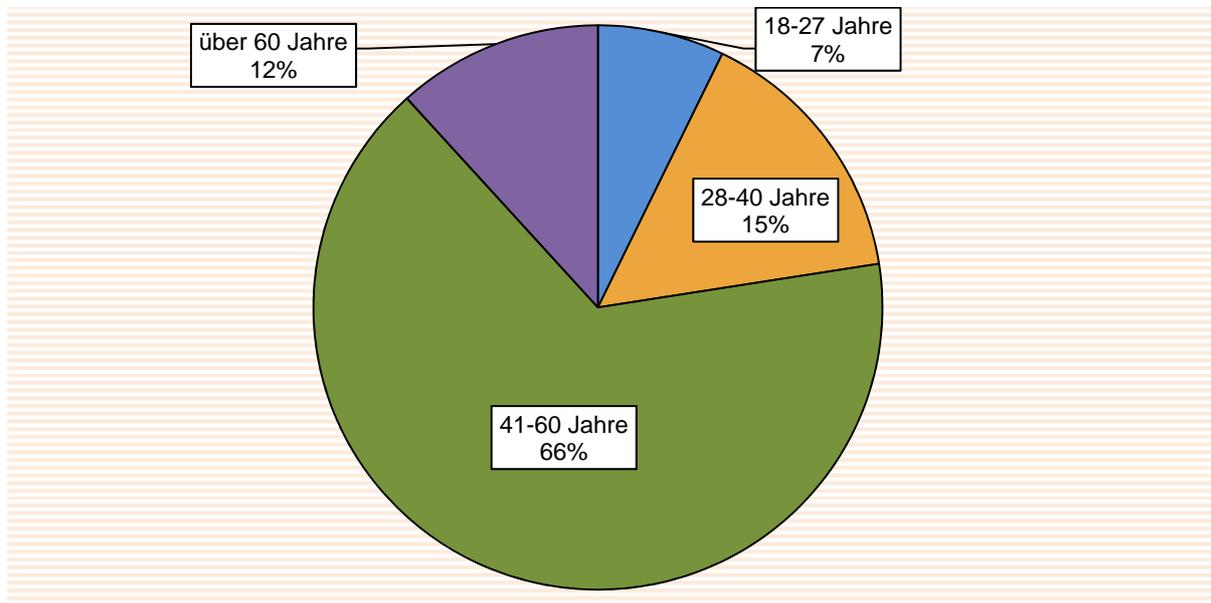
Im Gegensatz zu den meisten Angeboten der Eingliederungshilfe sind die längerfristig betreuten Nutzer der Sozialpsychiatrischen Dienste überwiegend Frauen. Das Verhältnis ist mit einer Quote von 33 Prozent Männern zu 66 Prozent Frauen sogar umgekehrt der Geschlechterverteilung in den Reha-Werkstätten des Landkreises Schwäbisch Hall, in denen zu 60 Prozent männliche Beschäftigte überwiegen.

Ein Grund für die hohe Frauenquote kann darin liegen, dass psychische Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung bei Frauen häufiger diagnostiziert werden als bei Männern. Vieles deutet auch darauf hin, dass Frauen früher und häufiger Hilfen in Anspruch nehmen und damit zumindest teilweise höhere Chancen auf eine positive Krankheitsbewältigung haben.

Bei Müttern kleiner Kinder wird eine stationäre Aufnahme wo immer möglich vermieden. Für diese Frauen ist die aufsuchende Hilfe der Sozialpsychiatrischen Dienste eine wichtige Form der Unterstützung.

Die hohe Frauenquote ist jedoch ein Phänomen, welches auch in anderen Kreisen in Baden-Württemberg auftritt und ist als solches vermutlich in der Angebotsstruktur der Dienste bedingt, verbunden mit dem unterschiedlichen Verhalten von Frauen und Männern, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Schaubild 60: Personen, die 2010 längerfristig vom Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Schwäbisch Hall betreut wurden, nach Alter



Grafik: KVJS. Datenbasis: Berichte der Träger über die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste für die Erhebung der Liga der freien Wohlfahrtsverbände im Rahmen der Freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2010. Eigene Berechnungen KVJS. (N=111)

Eine Auswertung der Altersstruktur der durch die Liga der freien Wohlfahrtsverbände erhobenen Daten der längerfristig durch die Sozialpsychiatrischen Dienste im Landkreis Schwäbisch Hall betreuten Personen zeigt folgende Verteilung: Mit 7,2 Prozent machen die 18-bis-27 Jährigen die kleinste Gruppe der Nutzer der Dienste aus. Die über 60-Jährigen sind mit 11 Prozent vertreten, gefolgt von der Gruppe der 28-bis-40-Jährigen mit 15,3 Prozent. Die größte Altersgruppe stellen die 41-bis-60-Jährigen mit 65,8 Prozent.

Landestypisch ist auch die Verteilung des Familienstandes innerhalb der Nutzergruppe Sozialpsychiatrischer Dienste im Landkreis Schwäbisch Hall. Von den in 2010 längerfristig betreuten Personen waren 50 Prozent ledig, 18 Prozent geschieden, 25 Prozent verheiratet und 6 Prozent verwitwet.

Lebensunterhalt

Die finanzielle Situation der Personen, die 2010 längerfristig vom Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Schwäbisch Hall betreut wurden, ist von einer prekären Einkommenssituation geprägt. Die größte Gruppe (41 Prozent) bezieht ihren Lebensunterhalt aus Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten, was auch eine zukünftige Erwerbstätigkeit für diese Gruppe in aller Regel ausschließt. 5 Prozent der betreuten Personen bezogen Arbeitslosengeld II, 7 Prozent bezogen Grundsicherungsleistungen, 15 Prozent Unterhalt vom Ehepartner oder anderen Familienmitgliedern. Ebenfalls 15 Prozent der betreuten Personen lebten überwiegend von Einkünften aus eigener Erwerbstätigkeit, 7 Prozent von einer Alters-, Witwenrente oder Pension. Alle anderen Einkommensarten spielten eine marginale Rolle. 4 Prozent besuchten eine Werkstatt.

Bei einigen Formen des Lebensunterhalts unterscheidet sich der Landkreis Schwäbisch Hall vom Landesdurchschnitt. Im Landkreis Schwäbisch Hall lebten deutlich weniger Personen vom Arbeitslosengeld II (5 gegenüber 23 Prozent). Dafür lebten deutlich mehr durch den Lebensunterhalt vom Ehepartner (15 gegenüber 5 Prozent) oder bestritten den Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit (15 gegenüber 8 Prozent)⁸².

Soziotherapie

Soziotherapie bieten inzwischen alle Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg an. Bei Soziotherapie handelt es sich um eine Krankenkassenleistung nach § 37a SGB V, die auf ärztliche Verordnung durchgeführt wird. Die Behandlung ist auf maximal drei Jahre und maximal 120 Stunden befristet.

„Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. (...) Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. (...) Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt. (...) Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.“⁸³

Im Jahr 2010 dokumentierte der Sozialpsychiatrische Dienst in Schwäbisch Hall 16 Anträge auf Soziotherapie, von denen 13 genehmigt wurden. Davon waren 8 Erstverordnungen und 5 Folgeverordnungen. Im Landkreis Schwäbisch Hall haben zwei Mitarbeiter die Zulassung für eine Soziotherapie. Angeregt wurden die 8 Erstverordnungen im Jahr 2010 durch den Klienten selbst, die psychiatrische Klinik, einen niedergelassenen Nervenarzt und durch den Sozialpsychiatrischen Dienst selbst zu gleichen Anteilen.

Soziotherapie wird bisher eher selten durchgeführt. Die Genehmigung erfolgt nach engen Vorgaben, der zu bewältigende bürokratische Aufwand ist hoch, die Vergütung dagegen eher gering. Von den an der Teilhabeplanung Beteiligten wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Soziotherapie eine größere Rolle bei der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen spielen könnte.

⁸² Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Jahresbericht 2010. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart.

⁸³ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001. Inkrafttreten: 01.01.2002. I Grundlagen und Ziele

7.2 Vernetzung und Kooperation

Für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung steht ein vielfältiges und ausdifferenziertes Unterstützungssystem vor Ort zur Verfügung. Es gibt eine Vielzahl von Angeboten, die sich hinsichtlich Größe und Trägerschaft unterscheiden und deren Angebote nicht immer aufeinander abgestimmt sind. Die Stadt- und Landkreise nehmen eine koordinierende Rolle ein, stellen eine fachliche Begleitung der Zusammenarbeit sicher und geben Anstöße für neue Prozesse. Zur Vernetzung der örtlichen Anbieter und Beteiligten haben alle Stadt- und Landkreise örtliche Psychiatrie-Arbeitskreise installiert bzw. diese zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden weiterentwickelt. So sind Planungs- und Steuerungsplattformen zur Weiterentwicklung der Angebote geschaffen worden. An vielen Orten sind Gemeindepsychiatrische Zentren aufgebaut worden, in denen Tagesstätten, Sozialpsychiatrischer Dienste und Psychiatrische Institutsambulanzen ihre Angebote und Dienste koordiniert unter einem Dach anbieten. Zur Verbesserung der Koordination der individuellen Hilfeplanung wurden in den Stadt- und Landkreisen Hilfeplankonferenzen, ein Fallmanagement oder andere geeignete Hilfeplanverfahren eingeführt. Zur Wahrung der Interessen von Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung sind in den meisten Stadt- und Landkreisen Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen installiert worden.

7.2.1 Gemeindepsychiatrischer Verbund

Laut der Konzeption des Landes Baden-Württemberg soll die Kooperation und Koordination der Angebote und Dienste in einer Versorgungsregion durch die örtlichen Psychiatrie-Arbeitskreise⁸⁴ durchgeführt werden und Gemeindepsychiatrische Verbände aufgebaut werden. Die Dienste und Einrichtungen vor Ort verpflichten sich zu einer verbindlichen Kooperation. Hier sollen die Bausteine und Ressourcen zu einer vertraglichen Versorgungsverpflichtung nach und nach zusammengeführt werden, mit dem Ziel der Vollversorgung der Bürgerinnen und Bürger einer bestimmten Region⁸⁵.

Der Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes soll konzeptionell in vier Schritten geschehen. Zuerst sollen die vorhandenen Angebote und der Bedarf in einer bestimmten Versorgungsregion analysiert werden. Danach soll eine verbindliche Festlegung erfolgen, welche zusätzlichen Angebote geschaffen und eventuelle Überkapazitäten abgebaut werden müssen. Dazu wird die Erstellung eines Psychiatrieplans empfohlen. In einem dritten Schritt sieht die Konzeption des Landes für den Sozialpsychiatrischen Dienst eine verstärkte Koordinations- und Kooperationsfunktion im ambulanten Bereich vor. In einem vierten Schritt werden dann Kooperationsverträge zwischen den Trägern geschlossen.

Seit dem 01.01.2007 setzt das Land Baden-Württemberg im Rahmen der Landesförderung für Sozialpsychiatrische Dienste voraus, dass der jeweilige Sozialpsychiatrische Dienst verbindlich mindestens mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz, einem Soziotherapie-Erbringer und einer Tagesstätte kooperiert. Dieser Verbund bedarf einer schriftlichen Vereinbarung⁸⁶.

⁸⁴ Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. 24.10.1994

⁸⁵ Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. 24.10.1994

⁸⁶ VwV-SpDi vom 30.11.2006

Zum 31.12.2009 hatten 33 von 44 Stadt- und Landkreisen bzw. 75 Prozent aller Kreise eine schriftliche Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund abgeschlossen.

Wie verbindlich diese Kooperationsverträge in der Praxis tatsächlich sind, muss dabei offen bleiben.

Im Landkreis Schwäbisch Hall wurde am 03.12.2008 der Kooperationsvertrag für den Gemeindepsychiatrischen Verbund von den Beteiligten unterzeichnet. Folgende Übersicht zeigt die Struktur des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV):

<p>Vorsitz, Koordination und Organisation der Sitzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Landkreis Schwäbisch Hall
<p>Leistungserbringer der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Samariterstift Nürtingen ◆ Sozialtherapeutische Gemeinschaften Weckelweiler ◆ Sozialtherapeutische Einrichtung Buchhof ◆ Wendepunkt e.V.
<p>Leistungserbringer medizinisch-psychiatrische Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Klinikum am Weissenhof Weinsberg ◆ Diakonieklinikum gGmbH Schwäbisch Hall ◆ Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH
<p>Angehörige, rechtliche Betreuer</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Angehörige psychisch Kranker ◆ Betreuungsverein im Landkreis Schwäbisch Hall
<p>weitere Beteiligte</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Patientenfürsprecher/in

Der GPV trifft sich zwei Mal jährlich zu gemeinsamen Sitzungen, die der Sozialdezernent des Landkreises leitet.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ein wichtiges Gremium im Landkreis Schwäbisch Hall zur Abstimmung und Weiterentwicklung der örtlichen Versorgungsstruktur. Daher ist er in besonderer Weise geeignet, die Handlungsempfehlungen dieses Teilhabeplans umzusetzen. Im GPV sind alle Instanzen und Träger von Einrichtungen und Diensten beteiligt und die Umsetzungen können von allen mitgetragen werden. Auch kommt dem GPV eine Schnittstellenfunktion zu anderen Unterstützungssystemen zu, wie zum Beispiel der Wohnungslosenhilfe oder der Suchtkrankenhilfe.

7.2.2 Gemeindepsychiatrisches Zentrum

Aus der Sicht der Menschen mit seelischer Behinderung ist die Angebotslandschaft wegen der Vielzahl an Einrichtungen und Diensten der ambulanten (und stationären) Unterstützung nicht leicht zu überblicken. Zur Vermeidung mehrfacher Kontaktaufnahmen mit unterschiedlichen Diensten - vor allem in akuten psychischen Krisen - ist das Gemeindepsychiatrische Zentrum dafür gedacht die ambulante psychiatrische Versorgung möglichst unter einem Dach zu organisieren. So werden die Ressourcen effektiv eingesetzt und dem individuellen Unterstützungsbedarf folgend ausgestaltet. Nur eine Anlaufstelle aufsuchen zu müssen, ist im Interesse der betroffenen Menschen, denn sie finden dort umfassende ambulante Unterstützung und können schnell an Kolleginnen und Kollegen weiter vermittelt werden, wenn dies erforderlich ist. Beispielsweise lässt sich ein Besucher der Tagesstätte, der bislang nicht bereit war, einen niedergelassenen Facharzt aufzusuchen, mit der Zeit überzeugen, den Facharzt der Psychiatrischen Institutsambulanz zu konsultieren, wenn dieser regelmäßig im Gemeindepsychiatrischen Zentrum anwesend ist und er ihn bereits vom Sehen kennt.

Ausgangspunkt für die Diskussion um das Gemeindepsychiatrische Zentrum waren zahlreiche Änderungen in der Angebotslandschaft und bei der Finanzierung einzelner Angebote. Die Krankenkassen haben sich im Jahr 2002 aus der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste zurückgezogen und das Land Baden-Württemberg hat seine Zuschüsse reduziert. Gleichzeitig wurde mit dem Aufbau von Tagesstätten und Psychiatrischen Institutsambulanzen begonnen. Soziotherapie wurde als neue Leistung der Krankenkassen eingeführt. Bei näherer Betrachtung gibt es Überlappungen v.a. bei der psychosozialen Betreuungsleistung der Sozialpsychiatrischen Dienste und den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Hier besteht die Gefahr von Doppelstrukturen. In Baden-Württemberg ist die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung insofern bereits ein Stück weit zusammengeführt, als die Sozialpsychiatrischen Dienste exklusive Leistungserbringer der Soziotherapie sind⁸⁷.

Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es bisher kein formal verfasstes Gemeindepsychiatrisches Zentrum, in dem entsprechend der Konzeption des Landes die Zusammenarbeit der im Landkreis tätigen Träger der außerklinischen Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen vereinbart wurde. Am Standort Schwäbisch Hall ist in der Ringstraße durch die räumliche Nähe von Sozialpsychiatrischem Dienst, Soziotherapieerbringer und Tagesstätte (alle in Trägerschaft der Samariterstiftung) sowie der Psychiatrischen Institutsambulanz (in Trägerschaft der Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH) jedoch der „Kern“ eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums im Sinne der Landeskonzeption entstanden, der Ansatzpunkte für eine entsprechende Weiterentwicklung bietet.

⁸⁷ Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption Gemeindepsychiatrisches Zentrum. 04.02.2004.

7.3 Medizinische und therapeutische Angebote

7.3.1 Klinische Versorgung

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 1996 neun Zentren für Psychiatrie gegründet, die sich aus den ehemaligen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern entwickelt haben. An Allgemeinkrankenhäusern wurden psychiatrische und psychosomatische Abteilungen installiert, um eine gemeindenahere Versorgung zu gewährleisten. Diese ergänzen die spezialisierten Fachkrankenhäuser. Die Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg wird komplettiert durch die Universitätskliniken und das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim.

Im ambulanten und teilstationären Bereich unterhalten psychiatrische Krankenhäuser Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen. Die Kliniken erbringen fast ausschließlich Leistungen nach SGB V (Krankenversicherung). Derzeit wird vor allem die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter ausgebaut, um eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung zu sichern.

Laut Krankenhausplan 2012 Baden-Württemberg gab es in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Baden-Württemberg im Jahr 2012 insgesamt 7.487 Betten für Erwachsene und 583 Betten für Kinder und Jugendliche. Die Fallzahlen der vollstationär behandelten Patienten sind zwischen 2010 und 2011 von 35.795 auf 36.002 gestiegen. Während die Zahl der Fälle wächst, sinkt die Verweildauer kontinuierlich.

Tabelle 61: Betten in der vollstationären klinisch-psychiatrischen und -psychosomatischen Versorgung in Baden-Württemberg

	Vollstationäre Betten
Psychiatrie und Psychotherapie	6.193
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1.294
Gesamt Erwachsene	7.487
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	583

Datenbasis: Krankenhausplan 2012 Baden-Württemberg. Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser. Stand: 21.03.2012

Das Zentrum für Psychiatrie Weinsberg - Klinikum am Weissenhof in Weinsberg (KAW) hält ein breites Behandlungsspektrum vor. Klinische und tagesklinische Angebote gibt es in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrie, Suchttherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Neben der allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung bietet das KAW verschiedene spezialisierte medizinische Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote für die Menschen in der Region. Das Einzugsgebiet umfasst neben dem Landkreis Schwäbisch Hall den Stadt- und Landkreis Heilbronn, den Hohenlohekreis sowie den nördlichen Landkreis Ludwigsburg.

Das KAW verfügt über 399 vollstationäre Betten und 39 Plätze in der Tagesklinik für die Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie⁸⁸. 24 Betten entfallen auf den Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gibt es in Weinsberg 31 vollstationäre Betten und 28 Plätze in der Tagesklinik (Stand 31.12.2011).

Bei den in der Allgemeinpsychiatrie behandelten Patienten beträgt der Anteil der Männer und Frauen je 50 Prozent. Die beobachteten Altersschwerpunkte liegen bei der Gruppe der 20 bis 29-Jährigen und den 40 bis 49-Jährigen. Nach wie vor sind schizophrene Krankheitsformen mit 40 Prozent die Hauptdiagnose und werden vorwiegend vollstationär behandelt. Im teilstationären Bereich liegt der Schwerpunkt der Diagnosen bei den Depressionen. Vielfach treten Persönlichkeitsstörungen als Zweitdiagnosen auf. Bei männlichen schizophrenen Patienten ist die Prognose schlechter. Dies erklärt den höheren männlichen Anteil in Angeboten der Eingliederungshilfe. Die Verweildauer liegt im stationären Bereich bei bis zu 35 Tagen und im teilstationären Bereich bei bis zu 28 Tagen. Einweisungen erfolgen über den ärztlichen Notdienst und Allgemeinärzte, seltener über niedergelassene Fachärzte (Neurologen und Psychiater). Nur wenige Patienten können direkt nach Hause entlassen werden. Personen, die erstmals ein unterstütztes Wohnangebot benötigen, werden nach dem Klinikaufenthalt häufig in (Fach-)Pflegeheimen untergebracht. Plätze in diesen Einrichtungen stehen im Vergleich zu den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe kurzfristiger zur Verfügung.

Vor Ort im Landkreis Schwäbisch Hall sah der Krankenhausplan 2012 insgesamt 22 vollstationäre Plätze im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich vor. Diese werden in Trägerschaft des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall (DIAK) am Standort Schwäbisch Hall in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorgehalten. Im teilstationären Bereich stehen weitere 25 Plätze in der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Schwäbisch Hall zur Verfügung. Träger dieses Angebots ist die Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH, ein Trägerverbund bestehend aus dem Diakonie-Krankenhaus, dem Klinikum am Weissenhof und der Samariterstiftung. Im Oktober 2011 eröffnete das Klinikum am Weissenhof die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schwäbisch Hall, an der seitdem 14 Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr angeboten werden.

Das Klinikum am Weissenhof plant zudem einen weiteren Ausbau der Angebote am Standort Schwäbisch Hall. Im September 2013 erfolgte der Spatenstich zu einem Klinikneubau mit 25 stationären Betten für psychisch Kranke. Neu entstehen werden auch zwei Tageskliniken, eine für Suchtkranke (18 Plätze), die andere für gerontopsychiatrisch erkrankte Senioren (15 Plätze). Die bereits existierende Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in den neuen Standort integriert. Eine Zunahme des Bedarfs an (stationären) Angeboten in der Eingliederungshilfe wird durch den Klinikneubau in Schwäbisch Hall nicht erwartet. Stattdessen könne sich durch das klinische Angebot „vor der Haustür“ die Möglichkeit für nachsorgende ambulante Betreuungsformen verbessern.

⁸⁸ Diese und die folgenden Angaben wurden beim Fachgespräch am 27.10.2011 (siehe Kapitel 8.4) von Vertretern des Klinikums am Weissenhof vorgetragen.

7.3.2 Psychiatrische Institutsambulanzen

Ein weiteres wichtiges Bindeglied zwischen der stationären und ambulanten Versorgung sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Diese erbringen Leistungen der Krankenversicherung. Das Angebot richtet sich an Menschen mit psychischer Erkrankung, „die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.“ Das Angebot ist auch für Menschen gedacht, die nicht in der Lage sind, eine Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt zu beginnen und die vereinbarten Termine regelmäßig einzuhalten. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen ermöglichen die Weiterführung der stationären Behandlung in ambulanter Form. Dabei sind am Beginn häufig Hausbesuche erforderlich. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen erfüllen eine wichtige Funktion für Menschen in akuten Krisen, die eine Komplexleistung eines multiprofessionellen Teams (Ärzte, pflegerische und sozialpädagogische Fachkräfte) benötigen.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen wurden in Baden-Württemberg seit 2002 an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser aufgebaut. Sie sind im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem integriert und sollen den Betroffenen den Zugang zur medizinisch-psychiatrischen Versorgung erleichtern. Durch die Vernetzung der PIA mit den Anbietern ambulanter komplementärer Leistungen entsteht eine wirksame personenzentrierte und ressourcenorientierte Versorgung psychisch Kranker. Dies beinhaltet u.a. eine Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten, den Einrichtungen des therapeutischen Wohnens, den ambulanten Pflegediensten, den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, den tagesstrukturierenden Angeboten und den Einrichtungen des therapeutischen Arbeitens. Dadurch entsteht ein verbessertes Case-Management mit dem Ziel der Förderung einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung.

Meist sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen unter dem Dach eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) organisiert. So sind die Wege für die Klienten kurz und die Inanspruchnahme der Angebote kann niederschwellig erfolgen.

Im Landkreis Schwäbisch Hall befindet sich eine Psychiatrische Institutsambulanz in der Stadt Schwäbisch Hall. Das Angebot umfasst die Bereiche Psychiatrische Diagnostik, Krisenintervention, Psychoedukation, Pflegegespräche, Sozialberatung und Therapie. Die intensive ambulante Komplexbehandlung durch ein multiprofessionelles Team ermöglicht es Betroffenen, in den gewachsenen sozialen Strukturen und im gewohnten Umfeld zu verbleiben. Dadurch können stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt werden. Um diesen Anspruch im gesamten Kreis gerecht zu werden, wurde von den an der Teilhabeplanung Beteiligten mehrfach eine zweite Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Crailsheim gefordert.

7.3.3 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten

Außerhalb des klinischen Bereiches leisten niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten die Grundversorgung, zum Teil in Gemeinschaftspraxen. Sie führen offene Sprechstunden durch, Sprechstunden nach Termin und auch vereinzelt Hausbesuche. Der Anteil der Behandlungsformen variiert je nach Fachrichtung (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie).

Im Landkreis Schwäbisch Hall gibt es in Crailsheim und in Schwäbisch Hall eine Gemeinschaftspraxis bzw. ein ambulantes Fachärzteezentrum. Weitere niedergelassene psychiatrische Fachärzte praktizieren in Schwäbisch Hall, Crailsheim und Michelfeld. Psychotherapeuten gibt es dort und in weiteren Teilen des Landkreises. Insgesamt konzentriert sich das Angebot in den Städten Schwäbisch Hall und Crailsheim.

Die an der Teilhabepflicht Beteiligten haben die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung im Landkreis vielfach als unzureichend eingeschätzt. Problematisiert wurden insbesondere die langen Wartezeiten für ambulante psychotherapeutische Behandlungen, die häufig 6 Monate und länger betragen. Vor allem in Krisensituationen oder auch bei der Organisation der ambulanten Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt bedeutet dies, dass psychotherapeutische Angebote für die Betroffenen nicht zeitnah und damit nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen.

Zwischenzeitlich wurde von der kassenärztlichen Vereinigung die Bedarfsplanung für den Planungsraum Schwäbisch Hall aktualisiert. Diese sieht 13,5 zusätzliche Sitze für Psychotherapeuten im Landkreis vor, so dass – sofern sich eine entsprechende Anzahl neuer Psychotherapeuten niederlassen – eine Verbesserung der aktuell angespannten Versorgungssituation möglich scheint.

8 Impulse aus Gesprächsrunden

Die Teilhabepanung wurde in allen Phasen als breit angelegter Prozess mit verschiedenen Beteiligungsformen und in unterschiedlicher Zusammensetzung gestaltet. Es wurden Begleitkreise als größere Veranstaltungen mit allen Institutionen und relevanten Akteuren veranstaltet, es wurden Workshops zu Themenschwerpunkten und Expertenrunden ebenso wie Vor-Ort-Gespräche in den Einrichtungen durchgeführt. Neben den quantitativen Erhebungen hat vor allem dieser fachliche Austausch interessante Erkenntnisse und wertvolle Anregungen ergeben.

8.1 Erwartungen von Betroffenen

Alle Träger mit Angeboten für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung im Landkreis wurden von den Kreisvertretern und dem KVJS besucht. Bei den Vor-Ort-Gesprächen konnten die Angebotsformen exemplarisch in Augenschein genommen werden. Es wurde die Chance genutzt, das Profil von Trägern und Einrichtungen, geplante konzeptionelle Weiterentwicklungen und fachliche Optionen ohne konkreten Handlungs- und Entscheidungsdruck zu besprechen. Ein wesentliches Anliegen bestand auch darin, mit Betroffenen im Rahmen ihres gewohnten Umfelds ins Gespräch zu kommen.

Aussagen von Heimbewohnern und Beschäftigten:

„Ich wünsche mir mehr Verständnis für psychisch Kranke in der Gesellschaft.“

„Ein eigener Internetzugang mit Flatrate – das wäre gut. Ich würde gerne von meinem Zimmer aus E-Mails versenden und Kontakte haben.“

„Bald mache ich meinen Führerschein. Darüber freue ich mich sehr, weil hier auch am Wochenende nach 20.00 Uhr kein Bus mehr fährt. Gut, dass es den Fahrdienst gibt.“

„Für mich ist beides wichtig. Wenn man mit anderen zusammen sein und etwas machen will, ist immer jemand da. Man kann sich aber auch zurückziehen und seine Ruhe haben.“

„Wenn jemand ins Betreute Wohnen umzieht, kann er seinen Bezugsbetreuer behalten. Das finde ich sehr gut.“

„Ich hätte mir eine weibliche Therapeutin in der Nähe gewünscht. Jetzt habe ich eine tolle Frau gefunden und muss für die Therapie sehr weit fahren.“

„Im Berufsbildungswerk war ich von Rowdies umgeben. Hier sind meine Mitbewohner friedlich und wir helfen uns gegenseitig. Die Landschaft und die Ruhe der Umgebung sind gut für mich.“

„Ich bin dankbar, dass ich hier eine 2. und eine 3. Chance bekommen habe.“

Wünsche und Erwartungen der Betroffenen lassen sich auf den kurzen Nenner bringen: ein möglichst normales Leben führen. Dabei geht es um gesellschaftliche Anerkennung statt Ausgrenzung, um Zugang zu den Kommunikationswegen einer modernen Mediengesellschaft, um Mobilität, um ein ausgewogenes Maß an Privatsphäre und Gemeinschaft. Psychiatrische Hilfe sollte immer wieder und in unterschiedlichen Settings angeboten werden. Betroffene brauchen vor allem beim Wechsel von Wohnformen oder in die Selbständigkeit personelle Kontinuität. Versorgungsstrukturen sollten so vielfältig sein, wie die Biografien und Lebenssituationen von Menschen. Während Teilhabe für bestimmte Personen urbanes Leben bedeutet, kann für andere der (vorübergehende) Rückzug in eine ruhige Lebensweise angezeigt sein.

8.2 Psychiatrische Versorgung junger Menschen

Beim Workshop⁸⁹ am 21. September 2011 wurde zum einen die Situation im Vorfeld der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers thematisiert, zum anderen ging es um junge Erwachsene bis 25 Jahre in der Eingliederungshilfe.

Die Hilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen wird – anders als bei ihren Altersgenossen mit geistiger Behinderung – vom Jugendamt nach § 35a SGB VIII gewährt. Der Übergang aus der Minderjährigkeit ins Erwachsenenalter bringt einen Zuständigkeitswechsel mit sich und erfordert eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Stellen, auch beim Landratsamt.

Im Überblick

Rechtliche Grundlagen

- **§ 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche**

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1

⁸⁹ In den Workshops wurden thematische Schwerpunkte und Schnittstellen bearbeitet und die Zusammenarbeit der Eingliederungshilfe mit Unterstützungssystemen im Vor- und Umfeld beleuchtet.

Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Absatz 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

Die Hilfen gemäß 35a SGB VIII können in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form geleistet werden. Junge Erwachsene ab 18 Jahren haben unter bestimmten Bedingungen ebenfalls Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Die Hilfe für junge Volljährige wird meist nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt. In begründeten Einzelfällen können die Hilfen zeitlich begrenzt darüber hinaus fortgesetzt werden.

Im Kinder- und Jugendalter sind psychische Störungen meist nicht eindeutig zu diagnostizieren. Die Symptome psychischer Störungen sind nur schwer von sozial bedingten Entwicklungsverzögerungen oder anderen Verhaltensauffälligkeiten abzugrenzen. Dies gilt umso mehr, je jünger die Kinder sind. Das Spektrum der Beeinträchtigungen durch sogenannte Teilleistungsstörungen⁹⁰ macht bei den Hilfen nach SGB VIII einen großen Teil der Diagnosen aus. Dazu werden Aufmerksamkeitsstörungen, Legasthenie/Dyskalkulie und andere Verhaltensauffälligkeiten gezählt. Die Hilfen zur Teilhabe werden zum großen Teil ambulant erbracht. Die Beeinträchtigungen sind bei vielen Heranwachsenden (mit Ausnahme von Autismus-Spektrum-Störungen) auf einen relativ kurzen Zeitraum begrenzt und klingen im Erwachsenenalter ab. Dieser Personenkreis wechselt nicht unbedingt (zumindest nicht direkt) in die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe beim Sozialamt. Etwa ein Fünftel der Diagnosen

⁹⁰ Zu den bekanntesten Teilleistungsstörungen gehören Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sowie Störungen des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens.

bei den Hilfen nach 35a SGB VIII im Jahr 2009 nahmen Autismus-Spektrum-Störungen ein. Im Sinne einer lückenlosen Hilfeplanung wäre eine frühzeitige Einschätzung zum Eingliederungsbedarf dieses Personenkreises als Erwachsene wichtig. Psychosen und Neurosen machen hingegen einen zahlenmäßig relativ geringen Anteil der Diagnosen aus. Die Krankheitsverläufe entwickeln sich hier - noch stärker als bei Erwachsenen - individuell sehr unterschiedlich und episodenhaft. Die Hilfesettings sind allerdings vergleichsweise betreuungsinintensiv und bei den schweren Störungsbildern längerfristig erforderlich. In diesen Fällen ist eine frühzeitige Hilfeplanung erforderlich und machbar und die Einschätzung des zukünftigen Bedarfs in gewissem Umfang möglich.

Die am Workshop teilnehmenden Gesprächspartner aus Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Suchthilfe haben ihre jeweiligen Bedarfe benannt, Erwartungen an Kooperationspartner formuliert und Vorschläge für den gelingenden Zugang junger Menschen in die Eingliederungshilfe (für Erwachsene) gemacht. Agentur für Arbeit, Gesundheitsamt und andere haben aus ihrer Sicht ergänzt. Nicht alle der im Folgenden benannten Erkenntnisse und Impulse sind an das Sozialamt als Leistungsträger gerichtet, sie können aber das Bild abrunden.

Angebotsstruktur

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Vernetzung mit der Jugendhilfe gut geregelt. Lücken gebe es bei spezifischen Bedarfen von jungen Menschen, zum Beispiel mit Ess- und Autismus-Spektrum-Störungen. Erforderlich seien zum einen mehr ortsnahe ambu-

lante Angebote zur Vermeidung weiter Wege (Betroffene müssen weite Strecken – z.B. zum regelmäßigen Autismus-Training nach Heilbronn – zurücklegen). Zum anderen würden auch Wohngruppen für spezifische Bedarfe benötigt.

In der Eingliederungshilfe besteht nach Einschätzung vieler Workshop-Teilnehmer ein Bedarf für mehr flexible, jugendgerechte Angebote für die Gruppe der 18 bis 30-Jährigen. Eine hohe Bedeutung komme der Begleitung im Bereich der Persönlichkeitsbildung und

-entwicklung zu. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe appellieren an die Eingliederungshilfe, keine überhöhen Erwartungen an die Selbständigkeit junger Menschen zu stellen. Volljährigkeit sei nicht mit Selbständigkeit gleichzusetzen! Es gehe bei dem Personenkreis der jungen psychisch Kranken häufig darum, einen Reifeprozess nachzuholen bzw. zu Ende zu bringen. Angebote der Eingliederungshilfe sollten daher sozialpädagogische Unterstützung bei der Verselbständigung leisten. Auch die Leistungen zur beruflichen Teilhabe sollten sich flexibler als bisher an den Bedürfnissen des Personenkreises orientieren. Insgesamt sei das Ausbildungsspektrum für junge Menschen mit seelischer Behinderung sehr schmal. Übergänge ins Ausbildungs- und Berufssystem seien auch an der Schnittstelle zur Agentur

Workshop Junge Menschen
Erkenntnisse und Signale



Volljährig und noch nicht selbständig!
Reifeprozess sollte von der Eingliederungshilfe auch beim Wohnen sozialpädagogisch unterstützt werden.

Signale

- Bedarf für wohnortnahe Angebote bei Essstörungen, Autismustraining (aus Sicht der Klinik)
- Attraktives, jugendspezifisches Ausbildungsspektrum

Baustellen

- Zusammenarbeit an den Schnittstellen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Arbeitsagentur und Eingliederungshilfe
- Knowhow gegenseitig nutzen

für Arbeit als Regelsystem zu optimieren. Es fehle an psychiatrischem Wissen, gemeinsame Fortbildungen für die außerklinischen Helfersysteme seien sinnvoll.

Übergang Jugendhilfe/Sozialhilfe

Nach den Erfahrungen des Sozialen Dienstes beim Jugendamt ist die Zahl der von einem direkten Zuständigkeitswechsel Betroffenen eher gering. Es handle sich um etwa drei bis vier Fälle pro Jahr. Diese Aussage wird vom Sozialamt bestätigt und durch eine andere Beobachtung ergänzt: Junge Erwachsene mit seelischer Behinderung, die vormals Leistungen der Jugendhilfe erhalten haben, beantragen häufig erst nach einer mehr oder weniger längeren Pause Leistungen der Eingliederungshilfe. Das könnte strukturelle Gründe haben: Die Verknüpfung zwischen Wohnen und Tagesstruktur wird beim Übergang in die Eingliederungshilfe unterbrochen. Die berufliche Unterstützung wird fortgesetzt, der junge Mensch wohnt aber (bis zur akuten Krise) im Elternhaus oder alleine. Eine Verzahnung an der Schnittstelle Jugendhilfe - Eingliederungshilfe sollte nach Auffassung der Workshop-Teilnehmer diejenigen mit im Blick haben, für die eine Ablösung aus dem Elternhaus Voraussetzung zur Teilhabe ist bzw. werden könnte. Es müssten flexible Wohnhilfen zur Verfügung stehen, die den individuellen Unterstützungsbedarf bei der Verselbständigung rechtzeitig mit abdecken (siehe oben). Eine projektbezogene Zusammenarbeit von Einrichtungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe sei anzustreben und könne das Knowhow des jeweils anderen erschließen.

Ein gelingender Übergang von der Jugendhilfe in die Eingliederungshilfe ist Ziel der Kooperationsvereinbarung zwischen Jugend- und Sozialhilfe im Landratsamt Schwäbisch Hall. Darin sollen viele der angesprochenen Themen und Schnittstellenprobleme geregelt werden. Gemeinsame Arbeitsgrundlage sind die Empfehlungen der Orientierungshilfe zu Leistungen nach SGB XII und SGB VIII für junge Menschen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung vom 22.07.2011⁹¹.

Datenlage

Am Stichtag 31.12.2010 erhielten 326 erwachsene Personen⁹² mit seelischer Behinderung aus dem Landkreis Schwäbisch Hall Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Eine Sonderauswertung der Leistungsempfängerstatistik⁹³ hat ergeben, dass davon 23 Personen unter 26 Jahre alt waren. Dies entspricht einem Anteil von 7,1 Prozent. Bei den Neufällen liegt der Anteil um einiges höher. Von 30 neuen Wohnleistungen in 2010 waren sechs Personen, also 20 Prozent unter 26 Jahre.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfasst ihre Behandlungsfälle nach Krankheitsdiagnosen, Behandlungsart und Verweildauer bzw. Behandlungstagen und weiteren Merkmalen. Bisher wurde nicht systematisch erhoben, aus welchem Herkunftskreis die Patienten kommen. Das

⁹¹ Orientierungshilfe zu Leistungen nach SGB XII und SGB VIII für junge Menschen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung. Rundschreiben Nr. Dez. 2-16/2011 und Dez. 4-18/2011 Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg vom 09.08.2011

⁹² einschließlich privat wohnende Besucher der Tagesstätten und des Berufsbildungsbereichs, Persönliches Budget

⁹³ Datenbasis: Landratsamt Schwäbisch Hall/Sozialplanung. Präsentation am 21.09.2011

Merkmal „seelisch behindert“ wurde ebenfalls nicht erhoben und auf 30 Prozent der Behandelten geschätzt. Es wird davon ausgegangen, dass die Fallzahlen seit 2000 um ca. ein Drittel gestiegen sind⁹⁴.

In Zuständigkeit der Jugendhilfe wurden am Stichtag 31.12.2009 insgesamt 72 Kinder und Jugendliche im ambulanten und 47 im stationären bzw. teilstationären Bereich versorgt. Die Diagnosen verteilten sich auf „Autismus/Asperger Syndrom“ (17%), „Störungen des Sozialverhaltens“ (31%), „ADS/ADHS“ (15%), „Kombination ADS/ADHS und Störung des Sozialverhaltens“ (18%) und „Sonstige“ (19%)⁹⁵. Die Fallzahlen nach §35a haben sich zwischen 2005 und 2009 mehr als verdoppelt (von 53 auf 119). Aus den bisher erhobenen Daten können die Gründe nicht eindeutig abgeleitet werden. Auswirkungen auf den Bedarf für die Eingliederungshilfe wären allenfalls auf der Grundlage von nach Diagnose differenzierten Verlaufsdaten erkennbar.

Einschätzung des künftigen Zugangs junger Menschen in die Eingliederungshilfe

Die Teilnehmer des Workshops erwarten eine weitere Zunahme von Doppeldiagnosen und komplexen Fallkonstellationen. Aggressives Verhalten oder Drogenkonsum seien häufige Begleiterscheinungen bei jungen psychisch Kranken und gleichzeitig ein Ausschlussgrund bei der Suche nach geeigneten Maßnahmen. Diese Situation verschärfe sich beim Übergang ins Erwachsenensystem. Befürchtet wird auch, dass junge Menschen als „Grenzgänger“ zwischen psychischer Erkrankung und Lernbehinderung in den vorhandenen Angeboten der Eingliederungshilfe nur bedingt die richtige Hilfe finden. Hingewiesen wird auf die Bedarfe von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern.

Suchthilfe

Substanzkonsum und Computerspiele gehören mittlerweile zur Normalität vieler Jugendlicher. In den meisten Fällen bleibt es beim vorübergehenden Ausprobieren ohne Abhängigkeit.

Workshop Junge Menschen/ Sucht  **KVJS**
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg

Gut ausgebautes Netzwerk im Suchthilfebereich
Beteiligungsformen der Eingliederungshilfe prüfen

Signal
Ausbau von zielgruppenspezifischen ambulanten Angeboten der Eingliederungshilfe vor und nach einer Therapie

Offerte der Suchtberatung an die Eingliederungshilfe
Expertenkompetenz kann bei Bedarf abgerufen werden

Für das Umfeld ist es nicht einfach zu erkennen, wann tatsächlich ein Suchtrisiko vorliegt. Der Anstoß für eine entsprechende Intervention erfolgt aus Unkenntnis und Unsicherheit häufig zögerlich und erhöht die Gefahr einer Verfestigung. Schwerpunkt der Jugend-Suchtberatung liegt daher auf der Prävention im Sinne des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung⁹⁶ und ganz besonders auf den Settings „Schu-

⁹⁴ Datenbasis: „Junge Menschen mit seelischer Behinderung. Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“ ZfP Klinikum am Weißenhof. Präsentation am 21.09.2011

⁹⁵ Datenbasis: Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung – Entwicklungen in der Jugendhilfe. Präsentation am 21.09.2011

⁹⁶ Der Setting-Ansatz (Weltgesundheitsorganisation, Ottawa-Charta 1986) wird in § 20 Abs.1 SGB V als geeigneter Zugangsweg für Gesundheitsförderung betrachtet.

le/Kindergarten“, „Gemeinde/Familie“ und „Betrieb/Arbeitsplatz“. **Der Sachverstand der Suchthilfe steht aber auch der Eingliederungshilfe zur Verfügung.**

Bei den Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) waren im Berichtsjahr 2010 Störungen durch Alkohol, durch Opioide und Cannabinoide mit Abstand am häufigsten vertreten⁹⁷. In den letzten Jahren ist eine Zunahme von psychischen Störungen aufgrund von Stimulanzien zu beobachten. Aus Sicht der Suchtberatung werden im Landkreis Schwäbisch Hall vor allem ambulante Hilfen benötigt, die den Substanzkonsum junger Menschen mit einem zielgerichteten Konzept berücksichtigen.

Beim Übergang von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen ins Erwachsenenalter kann eine strukturelle Lücke entstehen. Der Unterstützungsbedarf für die berufliche Teilhabe wird fortgesetzt, die Hilfe für ein selbständiges Wohnen unterbleibt (zunächst). Gefragt ist eine enge Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Eingliederungshilfe am Übergang und die Sensibilität dafür, was junge Menschen in dieser Phase brauchen.

Sowohl von Seiten der Klinik als auch beim Jugendamt wurde in der Vorbereitung zum Workshop festgestellt, dass die Datenlage in Bezug auf seelische behinderte junge Menschen ausbaufähig ist.

Das Suchthilfenetzwerk im Landkreis Schwäbisch Hall wird von den Teilnehmern des Workshops auch im Hinblick auf die Verzahnung von Jugend- und Erwachsenensysteme als vorbildlich bewertet. Vertreter der Eingliederungshilfe sind allerdings bislang am Suchthilfenetzwerk nicht direkt beteiligt. Im weiteren Prozess der Teilhabepanung soll geklärt werden, ob und wie eine engere Zusammenarbeit mit der Eingliederungshilfe sinnvoll ist.

⁹⁷ Datenbasis: Präsentation der Jugend-Sucht-Beratungsstelle im Landkreis Schwäbisch Hall am 21.09.2011

8.3 Psychiatrische Versorgung von seelisch behinderten Menschen mit Pflegebedarf

Beim Workshop Pflege am 17. Januar 2012 ging es um zwei Gruppen psychisch kranker Pflegebedürftiger, deren Bedarfe sich deutlich unterscheiden. Es handelt sich zum einen um (vorübergehend) pflegebedürftige Personen unter 65 Jahren und zum anderen um seelisch behinderte Menschen, die im Alter Pflege benötigen.

Versorgungsbedarf für unter 65jährige Patienten

- **aus Sicht einer entlassenden psychiatrischen Einrichtung**

Das psychiatrische Angebot der Pflegeheime wird von Vertretern der Klinik am Weissenhof in Weinsberg als grundsätzlich unentbehrlich eingeschätzt. Es gebe einen Personenkreis psychisch Kranker unter 65 Jahre, die nach einem Klinikaufenthalt zunächst nicht anderweitig versorgt werden können. Dennoch müsse die Frage gestellt werden, ob Patienten auch aus anderen als medizinischen Gründen in Pflegeheime verlegt werden. Es gebe enge Vorgaben für die Dauer der Krankenhausbedürftigkeit und damit die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Damit bestehe für die Klinik ein Zwang zu schnellen Lösungen⁹⁸. Dem Entlassdruck stünden lange Wartezeiten bei der Eingliederungshilfe gegenüber⁹⁹. Darüber hinaus sei eine Zunahme von Unterbringungsbeschlüssen ohne ein entsprechendes Angebot an geschlossenen Plätzen in der Eingliederungshilfe zu beobachten. Bei immer mehr Patienten fehle die Krankheitseinsicht, so dass auch sie entsprechend „eng“ versorgt werden müssen. Auch für Patienten mit Doppeldiagnosen (insbesondere mit Sucht) gebe es für Personen aus dem Landkreis Schwäbisch Hall ortsnah keine adäquaten Angebote. Wenn Plätze in der Eingliederungshilfe nicht im erforderlichen Anforderungsprofil oder nicht schnell genug verfügbar seien, werde auf Pflegeheimplätze zurückgegriffen. Diese seien in der Regel kurzfristig verfügbar. 2011 wurden neun Prozent der stationär in Weinsberg behandelten erwachsenen Patienten in Heime oder Wohngemeinschaften entlassen. Davon wurden 85 Prozent in Pflegeheime und 15 Prozent in Wohnheime der Eingliederungshilfe entlassen¹⁰⁰.

- **aus Sicht der aufnehmenden Pflegeeinrichtungen**

Das Haus Lindenhof in Mainhardt versteht sich als Übergangseinrichtung in geeignete Angebote der Eingliederungshilfe oder in die Selbständigkeit. Die hohe Zahl der Entlassungen im Jahr 2011 belegt diesen Übergangscharakter: 20 Personen wurden in eine ambulant oder stationär betreute Wohnform der Eingliederungshilfe verlegt, zwei Personen in eine andere Einrichtung der Hilfe zur Pflege. Wartezeiten beim Übergang in die Eingliederungshilfe von einem Jahr seien durchaus kein Einzelfall. Die Vertreter von Haus Lindenhof und des Rottaler Senioren- und Pflegeheims weisen darauf hin, dass die Möglichkeiten für tagesstrukturierende Maßnahmen in einer SGB XI-Einrichtung im Unterschied zu den Leistungen der Ein-

⁹⁸ Die Auswirkungen des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach §17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ab 2013 bzw. 2015 bleiben abzuwarten.

⁹⁹ Die Samariterstiftung bestätigt die Situation. Der Sozialdienst erhalte jährlich etwa 40 Anfragen für eine stationäre Unterbringung. Im gleichen Zeitraum gebe es aber nur 4 bis 7 Neuaufnahmen.

¹⁰⁰ Datenbasis: Klinikum am Weissenhof. Präsentation am 21.01.2013

gliederungshilfe sehr eingeschränkt seien. Problematisiert wird die geringe Zahl der Personen mit Pflegestufe¹⁰¹. Der tatsächliche Hilfe- und Unterstützungsbedarf psychisch Kranker mit Pflegestufe 0 liege weit über dem, was durch die Einstufung abgebildet und finanziert werde. Handlungsbedarf sehen die beiden Pflegeheime auch bei der Versorgung von Suchterkrankten mit Pflegebedarf, für die ein besonderes Setting benötigt werde.

Datenlage

Die Klinik erfasst Entlassungen unter der Rubrik „Entlassungen in eigene Wohnung“. Es wird nicht zwischen ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe (ABW und Familienpflege) und Privathaushalten differenziert. Die Daten über Entlassungen in Heime enthalten auch „Rückverlegungen“, d.h. Patienten, die im Rahmen einer Krisenintervention aus ihrem Heim in die Klinik aufgenommen wurden und nach der Behandlung dorthin zurückkehren¹⁰². Es wird nicht nach Herkunftslandkreisen unterschieden. Ein Rückschluss auf zukünftig im Landkreis Schwäbisch Hall erforderliche Platzzahlen ist auf Grundlage der bisherigen Daten nicht möglich.

Alt werden in der Eingliederungshilfe - Versorgung von wesentlich seelisch behinderten Menschen mit Pflegebedarf

Wie sollen Menschen mit wesentlichen Behinderungen versorgt werden, die über Jahre hinweg stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten haben und (zusätzlich) altersbedingt pflegebedürftig werden? Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich die Sozialplanung für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung seit geraumer Zeit. Hier sind es die nach 1945 geborenen Jahrgänge, für die ein Bedarf bereits vorhanden ist oder sich relativ verlässlich vorausschätzen lässt. Für den Personenkreis der wesentlich seelisch behinderten Menschen lässt sich der quantitative Bedarf nicht gleichermaßen einschätzen. Aus sozialplanerischer Sicht macht es dennoch Sinn, sich frühzeitig mit geeigneten Konzepten zu befassen.

Berührt sind zwei Leistungsbereiche mit unterschiedlichen Aufgaben: die Eingliederungshilfe nach SGB XII mit ihrem Auftrag, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern und eine angemessene Beschäftigung bzw. Tätigkeit zu ermöglichen zum einen; zum anderen die soziale Pflegeversicherung nach SGB XI, die auf ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben der Pflegebedürftigen abzielt¹⁰³. Es gibt in Baden-Württemberg ein Spektrum an Angebotsformen von binnendifferenzierten oder spezifisch ausgestatteten Einrichtungen der Eingliederungshilfe über SGB XI-Fachpflegeheime bis zu Pflegeeinrichtungen für spezifische Personengruppen. Unabhängig von unterschiedlichen konzeptionellen

¹⁰¹ Im Lindenhof hat nur jeder 5. eine Pflegestufe (1 oder 2), die Mehrzahl (80%) hat Pflegestufe 0. Im Rottaler Seniorenheim ist ein Drittel der betreuten psychisch Kranken in Pflegestufe 0 eingestuft.

¹⁰² Im Berichtsjahr 2011 gab es 19 Verlegungen aus stationärer Behandlung in das Haus Lindenhof Mainhardt. Eine nachträgliche Auswertung im Anschluss an den Workshop hat folgendes ergeben: Von diesen Verlegungen wurde nur ein Patient neu im Lindenhof aufgenommen. Die anderen 18 Patienten waren aufgrund einer Krisenintervention in die Klinik aufgenommen worden und wurden im Anschluss zurück verlegt.

¹⁰³ Siehe „Rechtliche Grundlagen“, Kapitel 1

und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen sollten die Angebote Teilhabe ermöglichen und über eine angemessene Tagesstruktur verfügen.

Aus Sicht der Samariterstiftung gibt es – auch im Hinblick auf das eigene, älter werdende Klientel – Bedarf für ein Psychiatrisches Fachpflegeheim in Obersontheim mit 30 Plätzen¹⁰⁴. Zielgruppe wären Menschen mit psychischen Erkrankungen und zusätzlichem Pflegebedarf (mindestens Pflegestufe I) vorrangig aus dem Landkreis Schwäbisch Hall, aber auch aus dem Einzugsgebiet Heilbronn, Künzelsau und Tauberbischofsheim. Es gehe um eine Kombination aus Pflege- und Betreuungskonzept mit ergänzender Tagesstruktur. Leistungsrechtliche Grundlage könnte ein Versorgungsvertrag nach SGB XI sein, der durch eine Vereinbarung nach § 75 SGB XII mit dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe ergänzt würde. Bedauerlich sei, dass es bisher mit Ausnahme der Leistungen nach § 43 a SGB XI¹⁰⁵ keine hinreichende rechtliche Grundlage für eine Verzahnung von Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung gebe.

Eine Sonderauswertung der Leistungsempfängerstatistik zum Merkmal Alter am Stichtag 31.12.2010¹⁰⁶ zeigt, dass 53 von 326 Leistungsempfängern des Landkreises 56 Jahre und älter waren. Das entspricht einem Anteil von 16,2 Prozent. Davon waren lediglich acht Personen 66 Jahre und älter. Auch ein Blick auf die Altersverteilung des Personenkreises mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall lässt keine hohen Anteile bei den ab 60- bzw. den ab 70-Jährigen erkennen (Kapitel 4).

Die Datenlage lässt (noch) keinen aktuellen Bedarf für ein Fachpflegeheim erkennen. Für die einzelnen Betroffenen sollten stattdessen passgenaue, flexible Settings entwickelt werden.

Kürzere Behandlungsdauer in den Kliniken und lange Wartezeiten in der Eingliederungshilfe insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern führen dazu, dass eine beträchtliche Zahl an Menschen mit psychischen Erkrankungen unter 65 in Pflegeheimen versorgt wird. Sind es zu viele Unterbringungen? Wer entscheidet wie? Werden Entscheidungen überprüft? Erforderlich ist ein Hinschauen am Übergang und in vorher zu vereinbarenden zeitlichen Abständen. Förderlich wäre die Ausweitung der Fallgespräche zwischen Klinik und Eingliederungshilfe (Jour fixe)¹⁰⁷ auf Personen mit Pflegebedarf. Institutionalisierte und informelle Begegnungen zwischen den Angebotserbringern in der Eingliederungshilfe und der Pflege könnten sich vertrauensbildend auswirken und dazu beitragen, das jeweilige Knowhow wahrzunehmen und gegenseitig zu erschließen.

¹⁰⁴ Modell Weissenau (Psychiatrisches Fachpflegeheim des ZfP Weissenau). Konzeptentwurf der Samariterstiftung für den Landkreis Schwäbisch Hall. Stand September 2010. Präsentation am 17.01.2012

¹⁰⁵ § 43 a SGB XI: Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe... übernimmt die Pflegekasse (beim Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit) 10 % des Heimentgeltes (bis maximal 256 Euro pro Monat).

¹⁰⁶ Datenbasis: Landratsamt Schwäbisch Hall/Sozialplanung. Präsentation am 17.01.2012

¹⁰⁷ Vergleiche Kapitel 8.5

8.4 Arbeit / Tagesstruktur für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung

Im Workshop am 15. Mai 2012 wurde der Bereich Arbeit / Tagesstruktur einschließlich Rehabilitation und Vermittlung sowie Begleitung und Sicherung beruflicher Teilhabe umfassend thematisiert. Vorgestellt wurden Situation und Anforderungen aus Sicht des Leistungsträgers (Fallmanagement), von Angehörigen, der Arbeitsverwaltung, des Integrationsfachdienstes, des Integrationsamtes sowie von Seiten der Angebotserbringer.

Datenlage

Aus Sicht des Leistungsträgers Landkreis Schwäbisch Hall hat der Kreis eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten. In der Standortperspektive, die alle Leistungsempfänger unabhängig der Leistungsträgerschaft berücksichtigt, zeigt sich, dass ein hoher Anteil der Werkstattbesucher unter 30 Jahren ist. Ebenso fällt auf, dass ca. 65 Werkstattbeschäftigte in den nächsten 10 Jahren altershalber in den Ruhestand wechseln werden. Überdurchschnittlich ist weiter die gleichzeitige Nutzung einer stationären Wohnform bei einem Besuch einer Reha-Werkstätte. Die Arbeitsagentur stellt fest, dass trotz des Rückgangs der allgemeinen Arbeitslosigkeit, dies bei Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis nicht im gleichen Maße zutrifft.

Die Arbeitsagentur, das Jobcenter sowie der Integrationsfachdienst haben bislang keine kreisspezifischen Auswertungsmöglichkeiten ihrer Daten, so dass nur Aussagen auf Ebene der Direktionen der Agentur oder Einzugsgebiete der Integrationsfachdienste möglich sind. Bei einer Sonderauswertung des Jobcenters im Landkreis Schwäbisch Hall zur Förderung von Arbeitsverhältnissen nach § 16e SGB II konnte zudem nicht differenziert werden, ob die Leistungsberechtigten zum Personenkreis der psychisch Kranken gehörten.

Angebotsstruktur

Neben den Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe bietet die Agentur für Arbeit weitere Maßnahmen für die Zielgruppe der Menschen mit seelischer Behinderung an, zum Beispiel für jüngere Menschen mit seelischer Behinderung die Berufsbildungswerke in Waiblingen (Rems-Murr-Kreis), Neckargemünd (Rhein-Neckar-Kreis) oder in Bayern. Am Berufsförderzentrum in

Würzburg können Ausbildungen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes absolviert werden. Die Agentur übernimmt dabei das Ausbildungsgeld. Diese Maßnahme ist auch für Menschen mit seelischer Behinderung geeignet. Im Landkreis selbst besteht die Möglichkeit



zur Ausbildung als Fachwerker in Weckelweiler und bei der inab – Ausbildungs- und Beschäftigungsgesellschaft des bfw mbH. Das Berufsförderungswerk Nürnberg in Schwäbisch Hall bietet im Bereich der Umschulung und Qualifizierung ebenfalls verschiedene Maßnahmen an. Die Integrationsfachdienste sind ein weiterer Baustein in der beruflichen (Neu-)Orientierung. Sie bieten in Kooperation mit Jobcoaches der Werkstätten Praktika an, die aus der WfbM heraus auf den ersten Arbeitsmarkt führen. Durch Förderinstrumente des Integrationsamtes sowie durch ergänzende Lohnkostenzuschüsse seitens des Landkreises können so im Einzelfall sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse abgeschlossen werden. Der IFD begleitet bei Bedarf in Kooperation mit den Jobcoaches Arbeitnehmer und Arbeitgeber im weiteren Verlauf des Arbeitsverhältnisses. Ein weiterer Baustein sind Integrationsunternehmen.

Es wird deutlich, dass im Bereich der beruflichen Rehabilitation die Angebotsstruktur für die Betroffenen selbst und auch ihren Angehörigen als sehr unübersichtlich erscheint. Letztere bewerten die Organisation der Hilfen für einen psychisch kranken Angehörigen als „harte“ Arbeit. Angesichts der Vielzahl der beteiligten Stellen und Ansprechpartner wäre eine einheitliche Anlaufstelle sehr hilfreich. In diesem Zusammenhang wurde die Telefonzentrale der Agentur für Arbeit kritisiert. Dies verhindert, dass Menschen mit seelischer Behinderung und deren Angehörige, Fachkräfte der Sozialpsychiatrie und gesetzliche Betreuer eine Kontinuität erfahren. Ein kompetenter Ansprechpartner vor Ort mit einer Sensibilisierung für diesen Personenkreis wäre aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen wünschenswert. Gerade im Zusammenhang mit Leistungen des Arbeitslosengeldes II (Hartz IV) kommt es immer wieder zu Problemen (Kürzungen des Betrages), die mit einem Telefonanruf bei einem kontinuierlichen Ansprechpartner nicht entstehen würden. Dies führt immer zu weiteren Belastungssituationen und Krisen bei den Betroffenen. Seitens der Betroffenen werden Arbeits- und Beschäftigungsgelegenheiten, die mehr die intellektuellen Fähigkeiten ansprechen, gefordert. In den Werkstätten werden in der Regel nur einfache Tätigkeiten angeboten. Der Grünbereich der Werkstätten, sowie die Außenarbeitsplätze bei Firmen in der Region werden als positiv bewertet. Aber es gibt zu wenige Praktika bei Firmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, um eine Alternative zu einer Beschäftigung in einer Werkstatt zu ermöglichen. Die Vertreter des Fallmanagements des Landkreises Schwäbisch Hall sehen als ein Problem, die häufigen Wechsel der Hilfeformen und auch der Leistungsträger. Insgesamt wird neben einer verbesserten trägerübergreifenden Zusammenarbeit, einer Diversifizierung der Arbeitsangebote in der Werkstatt, eine Rückkehrgarantie in Werkstätten bei gescheiterten Arbeitsversuchen, gefordert.

8.5 Medizinische Versorgung

Bei dem Fachgespräch¹⁰⁸ mit Vertretern des Klinikums am Weissenhof und der Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH am 27.10.2011 im Landratsamt ging es um die medizinische Versorgung (SGB V) für psychisch kranke Menschen aus dem Landkreis Schwäbisch Hall. Das wesentliche Interesse galt einer bedarfsgerechten Gestaltung des Übergangs in Unterstützungssysteme der Eingliederungshilfe und der Pflege.

Das Hilfesystem aus niedergelassenen Fachärzten und Therapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dem klinischen Bereich ist komplex und nicht einfach zu durchschauen¹⁰⁹. Dies gilt für die Betroffenen in besonderem Maße. Viele Menschen mit psychischen Störungen benötigen einen längeren Prozess, um Einsicht in ihre Krankheit zu entwickeln und ihre Hemmschwelle gegenüber professioneller Hilfe zu überwinden. Die Informationsbeschaffung über in Frage kommende ärztliche psychiatrische und therapeutische Hilfe kann bereits am Anfang eines langen Weges viel Kraft binden. Als nächstes gilt es, längere Wartezeiten bis zur ersten Diagnose durchzustehen und weitere bis zu einer (ambulanten) psychotherapeutischen Behandlung. Um Zuspitzungen und krisenhafte Krankheitsverläufe zu vermeiden, wären stattdessen frühe Begleitung und schnelle Zugänge zum Hilfesystem erforderlich. Auch beim Wechsel zwischen den verschiedenen medizinischen Versorgungsangeboten wären kurze, unbürokratische Wege von zentraler Bedeutung. Aus Sicht der Klinikvertreter besteht im medizinischen Umfeld der klinischen Versorgung auch im Landkreis Schwäbisch Hall Handlungsbedarf. Sechs bis acht Sitze für niedergelassene Psychotherapeuten seien nicht ausreichend. Die Wartezeiten für ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen vor allem in Krisensituationen seien zu lang, ebenso wie die Wartezeiten bei anderen Fachärzten (z.B. Neurologen). Allgemeinärzte sollten frühzeitig zum Psychotherapeuten oder Psychiater überweisen. Sie könnten eine Lotsenfunktion übernehmen.

Das Angebot des Klinikums am Weissenhof ist breit gefächert und wurde bereits beschrieben¹¹⁰. Es ist Teil einer regionalen medizinisch-therapeutischen Versorgungsstruktur, hat darüber hinaus aber auch viele Schnittstellen mit anderen Hilfesystemen vor und nach einer klinischen Behandlung. Das System der Eingliederungshilfe ist eine dieser Schnittstellen, die Pflege eine weitere. Eine wesentliche Rolle bei der Gestaltung des Übergangs hat der Sozialdienst des Zentrums für Psychiatrie. Der Sozialdienst informiert und unterstützt bei der Klärung von Ansprüchen gegenüber den Leistungsträgern und bei Fragen der Sicherung des Lebensunterhalts. Er sucht nach Anschlussmaßnahmen und ggf. nach Unterbringungsmöglichkeiten. Der Sozialdienst des Krankenhauses ist darauf angewiesen, eng mit allen Beteiligten im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem zusammenzuarbeiten. Da die Zahl der Patienten gestiegen und die Verweildauer kürzer geworden ist, stehen die Sozialdienste vor großen Herausforderungen. Für mehr Menschen muss schneller eine Lösung gefunden werden. Anträge auf Eingliederungshilfe oder auf Leistungen der Pflegekassen müssen gestellt und bearbeitet werden. Es kann zu Wartezeiten und Lücken zwischen Entlassungstag

¹⁰⁸ Bei den Fachgesprächen ging es um Expertenwissen und Sichtweisen aus unterschiedlichen Bereichen. Die jeweiligen Gesprächspartner konnten ihr spezifisches Knowhow einbringen und ihre Anliegen zur weiteren Entwicklung gegenüber dem Landkreis formulieren.

¹⁰⁹ Vergleiche Kapitel 7.3

¹¹⁰ A.a.O.

und Aufnahme in eine unterstützte Wohnform kommen. Schwierig gestaltet sich die Situation vor allem dann, wenn keine Überbrückung durch Angehörige möglich ist.

Aufgrund des überregionalen Einzugsgebietes hat das KAW Berührungspunkte mit vielen Stadt- und Landkreisen. Aufgrund kürzer werdender Klinikaufenthalte muss die Suche nach freien Plätzen bereits bei der Aufnahme beginnen. Das Entlassmanagement des Klinikums gestaltet sich aus diesen Gründen sehr komplex. Der Herkunftskreis des Patienten wird nur als nachrangiges Merkmal wahrgenommen, der Anspruch einer wohnortnahen Unterbringung lässt sich im Wettlauf mit der Zeit nicht durchgängig umsetzen.

Um dieser Entwicklung im Sinne einer personenorientierten Leistungsgewährung entgegen zu steuern, haben Landkreis und Klinikum die Durchführung eines wöchentlichen Jour fixe vereinbart. Seit Oktober 2010 bietet der Soziale Dienst des Landkreises zusammen mit dem Sozialdienst der Klinik einmal wöchentlich Sprechzeiten in Weinsberg an. Gemeinsam wird frühzeitig der Hilfebedarf erörtert und nach wohnortnahen Unterstützungsformen für Patienten aus dem Landkreis gesucht.

Das Thema „Entlassung von unter 65-Jährigen in Pflegeeinrichtungen“ wurde auch im Workshop Pflege angesprochen und dort ausführlich wiedergegeben¹¹¹. Jüngere Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten in der Regel nur vorübergehend in Pflegeheimen versorgt werden. Dies gilt insbesondere in Fällen, bei denen die Unterbringung in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht erfolgen konnte, weil zum fraglichen Zeitpunkt kein freier Platz zur Verfügung stand. Von den Klinikvertretern wurde angeregt, zu prüfen, ob die Einrichtung psychiatrischer Kurzzeitpflegeplätze zur Überbrückung in die Eingliederungshilfe beitragen könnte.

8.6 Versorgungsbedarf aus Angehörigensicht

Das **Fachgespräch mit Angehörigen** fand am 16. Februar 2012 statt. Dabei ging es zunächst um die Biografie der Töchter und Söhne, um gute Erfahrungen und Stolpersteine sowie um persönliche Erwartungen mit übertragbaren Schlussfolgerungen. In einem zweiten Schritt wurde über die psychiatrische Versorgung im Landkreis Schwäbisch Hall und den zukünftigen Bedarf diskutiert. Gesprächsgrundlage war ein im Vorfeld vorgelegtes Schreiben mit Bewertungen der derzeitigen Versorgungslage sowie mit Annahmen und Wünschen in Bezug auf die künftige Entwicklung aus Sicht von Angehörigen.

Fachgespräch Angehörige



Vorhersehbar ist nur das Unvorhersehbare:

Eltern sind immer wieder als Überbrücker in Krisen und von Wartezeiten für ihre erwachsenen Kinder gefordert.

Signale

- Bedarf an Wohnplätzen in Schwäbisch Hall
- Übergang stationär/ambulant
- Beschäftigungschancen auch in Nischen
- Aufsuchende Hilfe, Hilfe in Krisen
- Fachärztemangel

Baustellen

- Info aus einer Hand, Wegweiser, Servicestelle
- Vernetzung von Angehörigen

Begleitkreis am 23. März 2012

¹¹¹ Ausführliche Darstellung unter 8.4

Eltern von erwachsenen Töchtern und Söhnen mit psychischen Erkrankungen stehen in besonderem Maße vor der Herausforderung zwischen Loslassen und Fürsorge. Die Kinder benötigen entweder den schützenden Rahmen des Elternhauses länger als ihre gesunden Altersgenossen. Oder sie sind unter der Woche in einem weiter entfernten Berufsbildungswerk untergebracht und kommen regelmäßig am Wochenende nach Hause. Viele sind zwar ausgezogen, Krisen- bzw. Übergangssituationen, der Wechsel von Therapieplätzen und damit verbundene Wartezeiten machen aber immer wieder eine Rückkehr ins Elternhaus erforderlich. Die Begegnungen sind nicht vorhersehbar, sind von Stimmungswechseln geprägt und haben den Charakter von Zwischenlösungen. Zu den durch die Krankheit selber verursachten Belastungen kommen strukturelle Hürden hinzu. Das komplexe Hilfesystem aus medizinischen, rehabilitativen und psychosozialen Angeboten ist für Betroffene und Angehörige



kaum zu durchschauen. Eltern und Angehörige berichten darüber, wie viel Kraft und Energie die Suche nach Informationen kostet. „Wer weiß am Anfang, dass man sich an die Rentenversicherung wenden kann?“ Eine zentrale Forderung von Angehörigen ist daher die Einrichtung einer Servicestelle für Informationen aus einer Hand. Weitere Entlastung könnte ein institutionalisiertes, einrichtungsübergreifendes Selbsthilfenetzwerk sein. Die Kontakte der

Angehörigen untereinander werden bisher von wenigen engagierten Personen getragen. Aus Sicht der Aktiven muss zukünftig gewährleistet sein, dass auch Angehörige mit weniger Ressourcen den Zugang finden und sich beteiligen können.

Die Angehörigen berichten von langen Wartezeiten sowohl für ambulante psychotherapeutische Behandlungen als auch für stationäre Therapieplätze. Sie nehmen die mangelnde Bereitschaft von niedergelassenen Therapeuten wahr, chronisch kranke Patienten zu behandeln. Sie erwarten kurzfristige Hilfe im Krisenfall und Hausbesuche (des Sozialpsychiatrischen Dienstes) im Bedarfsfall.

Vorrangiges Anliegen der Angehörigen ist die Schaffung einer bedarfsgerechten Wohnversorgung. Der Bedarf an Heimplätzen für chronisch psychisch erkrankte Menschen in der Stadt Schwäbisch Hall bestehe seit vielen Jahren und gewinne durch den Begriff der Inklusion noch an Bedeutung. Ein weiterer Bedarf bestehe für ambulante Wohnformen, die das Bedürfnis nach Rückzug und Gemeinschaftsleben miteinander verbinden, („Appartementhaus“). Übergänge zum Beispiel von stationär zu ambulant sollten immer flexibel, unbürokratisch und mit begleitender Unterstützung erfolgen. Bezüglich tagesstrukturierender Leistungen geht es für die Angehörigen um eine Erweiterung des Arbeitsangebotes auf individuelle, kreative Beschäftigung in Nischen („Bibliothek statt Metallverarbeitung“) sowie die Möglichkeit zur Teilzeitausbildung.

8.7 Bedarfskorridore

Eine hinreichend belastbare quantitative Bedarfsvorausschätzung ist bei der Teilhabeplanung für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung - wie bereits ausgeführt - aus vielerlei Gründen nicht möglich. Anders als bei der Planung für Menschen mit geistigen Behinderungen zeichnen sich psychische Erkrankungen durch episodenhafte Verläufe aus. Entsprechend hoch ist die Fluktuation bei der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeleistungen. Aufgrund der sich im Laufe von 10 Jahren stark verändernden Datenbasis sind Berechnungen zur Alterung und zum Sterben der am Stichtag erfassten Leistungsempfänger nicht sinnvoll. Die Entwicklung von Zugängen hängt stark vom Vor- und Umfeld der psychiatrischen Versorgung ab und ist ebenfalls nicht valide erfassbar. Als Ziel der Teilhabeplanung wurde daher die Schaffung einer qualitativ bedarfsgerechten Versorgungsstruktur mit präventiven, niederschweligen und flexiblen Angeboten formuliert. Anliegen der am Prozess beteiligten Einrichtungsträger der Eingliederungshilfe war es, bestehende Strukturen und die bisherige Inanspruchnahme nicht einfach fortzuschreiben, sondern darüber hinaus bisher verdeckte Bedarfe zu erkennen und zu berücksichtigen. In mehreren Gesprächsrunden¹¹² wurde über mögliche Methoden zur Annäherung an Bedarfskorridore diskutiert. Verlässliche Orientierungswerte für den zahlenmäßigen Bedarf des Landkreises Schwäbisch Hall und Planungssicherheit für die Angebotserbringer sind – so ein Ergebnis der Diskussion – nur auf der Grundlage einer differenzierten kreisbezogenen Datenlage bei den Schnittstellenysteme zu erreichen. Klinikvertreter und Experten aus anderen Bereichen sollten daher mit ihrem Fach- und Erfahrungswissen in einen kontinuierlichen Planungsprozess einbezogen werden. Auf der Basis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit können aber auch ohne statistisch valide Vorausberechnungen Bedarfskorridore zwischen den Beteiligten vor Ort vereinbart und bei abweichenden Entwicklungen einvernehmlich angepasst werden.

Aus Sicht der Träger und auf Grundlage ihrer Erfahrungswerte aus den zurückliegenden Jahren werden in den nächsten 5 Jahren zusätzlich 40 stationäre Wohnplätze und 60 Werkstattplätze benötigt, letztere einschließlich Berufsbildungsbereich, Außenarbeitsplätzen, grünen Gruppen und SAMOCCA. Diese Einschätzung wurde im Rahmen des Gesprächs am 2. Mai 2013 vorgetragen. Der Bedarf ergebe sich zum einen aus der bestehenden räumlichen Enge und zum anderen aus zu erwartenden Zuwächsen.

Der Bedarf an Wohnplätzen wäre auch im Hinblick auf ambulante Wohnformen zu betrachten. Die Entwicklung ambulant vor stationär könnte durch flexible Ober- und Untergrenzen bei der ABW-Pauschale befördert werden. Insbesondere im nördlichen Teil des Landkreises werden eher kleine flexible Lösungen benötigt. Im Ballungsraum Schwäbisch Hall könnte ein psychiatrisches Wohnzentrum unter Nutzung der am Standort bereits vorhandenen medizinischen Versorgungsstruktur entstehen. Sinnvoll wäre ein Angebotsmix aus Aufnahme-, Clearing- und Kriseninterventionsplätzen, aus stationären Plätzen sowie aus (intensiv) ambulantem Wohnen als Training am Übergang zur Selbständigkeit. Die Beteiligung und Bündelung von Ressourcen verschiedener Träger wäre zu prüfen.

Im WfbM-Bereich wäre aus Sicht des Leistungsträgers zunächst der eigene Bedarf und die relativ hohe Zahl an Leistungsempfängern aus dem Landkreis Schwäbisch Hall zu hinterfra-

¹¹² Gespräche am 12.07.2012 in Schwäbisch Hall, am 13.02.2013 in Stuttgart und am 02.05.2013 in Schwäbisch Hall

gen. In Crailsheim ließe sich eine Entzerrung der räumlichen Enge auch durch Anmietung von Werkstattgebäuden vorstellen. Im Nahbereich eines ggf. entstehenden Wohnzentrums in Schwäbisch Hall wären Nischenangebote zu akquirieren. Im nördlichen Landkreis ergibt sich ebenso wie beim Wohnen ein dezentraler Bedarf.

Angebotserbringer und Kreis können sich einvernehmliche Vereinbarungen zum Vorrang von Kreisbürgern bei Neubelegungen vorstellen. Informationen über frei werdende Plätze wären frühzeitig an das Fallmanagement des Standortkreises zu übermitteln. Auch das Bemühen um flexible, personenorientierte und zeitnahe Lösungen war zum Abschluss der Gesprächsrunden auf beiden Seiten deutlich spürbar.

9 Gesamtbetrachtung und Schlussfolgerungen

9.1 Eckdaten im Überblick

Die Erhebung der Leistungsdaten im Landkreis Schwäbisch Hall konnte dank des engagierten Mitwirkens der Träger als Vollerhebung abgeschlossen werden. Damit hat sich ein guter Gesamtüberblick über die Belegungsstruktur in den Einrichtungen und Angeboten der Eingliederungshilfe und der Pflege am Stichtag 30.06.2011 ergeben. Die Auswertung wurde in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargestellt. An dieser Stelle werden die Eckdaten zu einem kurzen Überblick zusammengefasst.

Tabelle 62: Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohn- und Tagesstrukturformen¹¹³

Wohnen	Anzahl	Tagesstruktur	Anzahl
Ambulant betreutes Wohnen	120	WfbM-Berufsbildungsbereich	54
Begleitetes Wohnen in Familien	53	WfbM-Arbeitsbereich	188
Stationäres Wohnen	92	Tagesstruktur am Heim I.4.5b	15
Pflege	94	Seniorenbetreuung I.4.6	8
Wohnleistungen gesamt	359	Tagesstruktur gesamt	*265
Wohnen Eingliederungshilfe	*265		
Leistungen insgesamt			624

Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall. Berechnungen: KVJS.

Am Stichtag wurden im Landkreis (Standortperspektive) insgesamt 624 Leistungen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung erbracht. Davon waren 359 Wohnleistungen (265 Eingliederungshilfe, 94 Pflege) und 265 Tagesstrukturleistungen (WfbM einschließlich Berufsbildungsbereich und Tagesstruktur nach Leistungstyp I.4.b und I.4.6).

Statistische Aussagen zur Belegung aus anderen Kreisen¹¹⁴

- Mehr als die Hälfte der Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall wurde von Menschen aus anderen Kreisen in Anspruch genommen (57%).
- In stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe lag dieser Anteil bei 71 Prozent.
- Im ambulant betreuten Wohnen war es exakt ein Viertel.

¹¹³ Die zahlenmäßige Übereinstimmung zwischen der Zahl der Leistungen in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe und der Zahl der Tagesstrukturleistungen ist rein zufällig. Der scheinbar naheliegende Rückschluss, dass alle erfassten 265 Leistungsempfänger Tagesstrukturleistungen erhielten, trifft genauso wenig zu wie die Annahme, dass alle Leistungsempfänger mit Tagesstrukturleistungen eine unterstützte Wohnform benötigten.

¹¹⁴ Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall, vergleiche Kapitel 5 und 6

- 43 Prozent der Menschen in Gastfamilien kamen aus anderen Kreisen.
- Den höchsten „Fremdbelegeranteil“ wiesen die Pflegeeinrichtungen mit 93 Prozent auf.
- Der „Fremdbelegeranteil“ bei den Wohnleistungen der Eingliederungshilfe war am Stichtag 30.06.2011 im Vergleich zu 2005 und 2007 deutlich gestiegen.¹¹⁵
- Für 59 Prozent der Werkstattbeschäftigten ist der Landkreis Leistungsträger (ohne Berufsbildungsbereich und berufliche Reha-Maßnahme). 19 Prozent erhalten Eingliederungsleistungen aus anderen Kreisen.

Vergleich von Standort- und Leistungsträgerperspektive

Im Vergleich zwischen der Belegungsstruktur im Kreis und den Fallzahlen des Kreises ergibt sich das folgende Bild:

Schaubild 63: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Kreis und außerhalb



Schaubild: KVJS. Datenbasis: Leistungserhebung zum Stichtag 30.06.2011 im Landkreis Schwäbisch Hall und Fallzahlenstatistik des Landkreises Schwäbisch Hall zum Stichtag 31.12.2010 (ohne Leistungen in Pflegeeinrichtungen)

Am Stichtag 31.12.2010 waren 60 Leistungsempfänger aus dem Landkreis außerhalb der Kreisgrenzen untergebracht. Ein Teil der Menschen wurde bereits vor der Verwaltungsstrukturreform außerhalb versorgt. Auch seit 2005 werden Menschen aus dem Landkreis Schwä-

¹¹⁵ Zusätzliche Datenbasis: Leistungserhebungen Sozialamt Schwäbisch Hall zum Stichtag 31.12.2005 und 30.06.2007

bisch Hall anderswo untergebracht, weil die Betroffenen ihr Wunsch- und Wahlrecht wahrnehmen oder zum Zeitpunkt des Bedarfs vor Ort kein geeignetes Angebot zur Verfügung steht (siehe auch Ausführungen in Kapitel 5).

9.2 Entwicklungsbedarfe und Handlungsempfehlungen

Die Teilhabeplanung des Landkreises Schwäbisch Hall hat sich mit der aktuellen Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und wesentlich seelischer Behinderung beschäftigt, um daraus Schlussfolgerungen für die Angebotslandschaft von morgen zu ziehen. Was sollte und kann sich für diejenigen ändern, die schon Unterstützung im Landkreis erhalten? Mit welcher Unterstützung können Kreisbürger rechnen, die neu erkranken?

Vorrangiges Ziel und Interesse des Landkreises Schwäbisch Hall in der Verantwortung für seine Bürger ist es, ihnen eine zeitnahe sozialpsychiatrische Versorgung vor Ort zu ermöglichen.

Die Gestaltung der Angebotsstruktur „vor der Haustür“ will keinen Druck auf die bereits im Landkreis lebenden Menschen aus anderen Herkunftskreisen ausüben. Im Gegenteil: Menschen, die im Kreis versorgt werden und weiterhin dort leben möchten, sind willkommen. Über diese grundsätzliche Haltung bestand und besteht bei den Beteiligten der Teilhabeplanung zu jedem Zeitpunkt Konsens. Auch in Zukunft sollen sich Einrichtungen nicht abschotten. Eine über den Kreisbedarf hinausgehende Infrastruktur für stationäre Plätze und Angebote in Werkstätten sollte allerdings im Rahmen einer kreisübergreifenden Sozialplanung abgestimmt werden.

Die Ausgewogenheit eines psychiatrischen Hilfesystems manifestiert sich nicht allein in Wohn- und Werkstattplätzen. Neben der Planung von Angeboten für Menschen, die längerfristig auf Hilfen angewiesen sind, geht es auch darum, was psychisch kranke Menschen brauchen, um ohne Leistungen der Eingliederungshilfe am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können. Oder was sie brauchen, um so kurz wie möglich darauf angewiesen zu sein. Im Planungsprozess wurde das gesamte Spektrum präventiver, niederschwelliger, begleitender und ambulanter Angebote aus dem Vor- und Umfeld bis hin zur Daseinsvorsorge mit in den Blick genommen. Es wurden Möglichkeiten für eine stärkere Vernetzung und Verzahnung, für Maßnahmen beim Übergangmanagement und eine differenzierte, kreisbezogene Datenlage als Grundlage für kleinräumige Planungen aufgezeigt.

Nicht alle wahrgenommenen „Baustellen“ und die daraus resultierenden Anregungen sind durch die Eingliederungshilfe beeinflussbar. Sie beziehen sich zum Teil auf kurzfristig nicht veränderbare rechtliche Grundlagen, auf politische Vorgaben oder richten sich an die Gesellschaft schlechthin. Es handelt sich aber um wertvolle Impulse, die bei einer inklusiven Sozialplanung mitgedacht werden sollten.

Darüber hinaus gibt es Personengruppen und deren Bedarfe (zum Beispiel chronisch mehrfach Abhängigkeitserkrankte, Menschen mit herausforderndem Verhalten) und weitere Themenschwerpunkte (zum Beispiel ambulante psychiatrische Pflege), die im aktuellen Planungsprozess noch nicht berücksichtigt werden konnten. Sie könnten in einen Themenspeicher einfließen und bei künftigen Teilhabepfanungen aufgegriffen werden.

ALLGEMEINE INFRASTRUKTUR

Insbesondere die befragten chronisch psychisch Kranken aber auch deren Angehörige haben im Verlauf des Planungsprozesses immer wieder auf aus ihrer Sicht grundlegende infrastrukturelle Teilhabebarrrieren hingewiesen. Es handelt sich um Hürden, die sich bei der Ausgestaltung von Hilfeangeboten besonders negativ bemerkbar machen und den Weg zurück in die Mitte der Gesellschaft erschweren.

Erwartungen:

- mehr bezahlbaren (Miet-)Wohnraum bereitstellen (insbesondere in Schwäbisch Hall)
- bessere Verkehrsanbindung des Umlandes durch den Öffentlichen Nahverkehr
- (Flächendeckender) Zugang zum Internet (bisher gibt es „weiße Flecken“, auch in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe)

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die weitere Entwicklung des Eingliederungshilfebedarfs wird entscheidend davon abhängen, ob psychiatrische Versorgung frühzeitig in Anspruch genommen werden kann und ob eine schnelle Hilfe in Krisensituationen zur Verfügung steht. Dies gilt sowohl für die allgemein- und fachärztlichen als auch für die psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen. Je wirkungsvoller Hilfen im Vorfeld sind, desto eher kann ein Krankheitsprozess erkannt bzw. eine Chronifizierung von seelischen Problemen und die Notwendigkeit stationärer psychiatrischer Versorgung vermieden werden.

Erwartungen:

- Sicherstellung der (fach-)ärztlichen Versorgung im Landkreis
- Medizinische Versorgung in Krisenzeiten optimieren
 - Termine bei Psychiatrischen Fachärzten müssen auch kurzfristig möglich sein
 - Versorgung an Wochenenden und Feiertagen verbessern
 - in Crailsheim Tagesklinik mit PIA ergänzend einrichten
- mehr Behandlungsmöglichkeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten schaffen
 - Bereitschaft zur Behandlung von chronisch kranke Patienten fördern
 - Verminderung der langen Wartezeiten
 - flächendeckender Ausbau des Angebots (wohnotnahe Versorgung sicherstellen)

- Realisierung der bereits geplanten teilstationären Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke (erweitertes Platzangebot in Tageskliniken)
- Ausbau von niederschweligen, sozialpsychiatrischen Hilfen, insbesondere für Menschen in akuten Krisen

Empfehlungen:

- Stärkung der Aufgaben und der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) zur Stabilisierung von psychisch kranken Menschen im gewohnten Umfeld
 - Erreichbarkeit in akuten Krisen (auch außerhalb regulärer Öffnungszeiten und kurzfristige Beratungstermine)
 - Mehr aufsuchende Hilfen: Ausweitung von Hausbesuchen und Einbindung von Ressourcen weiterer Träger

EINGLIEDERUNGSHILFE UND PFLEGE

Bei der aktuellen Versorgung chronisch psychisch Kranker spielt neben den Leistungen nach SGB XII auch das SGB XI eine Rolle. Die beiden Leistungssysteme haben aber - je nach individuellem Hilfebedarf - unterschiedliche Zielsetzungen. Für den Landkreis Schwäbisch Hall hat die Gewährung von Eingliederungshilfe Vorrang. Psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf, bei denen eine Versorgung in einer SGB XI-Einrichtung medizinisch angezeigt ist oder dem eigenem Wunsch entspricht, sollen in einem geeigneten Pflegeheim betreut werden. Fehlbelegungen von pflegebedürftigen Menschen aufgrund von Entlassdruck seitens der Klinik und mangelnden Eingliederungshilfeplätzen sollen vermieden werden. Werden Pflegeheime im Anschluss an einen Klinikaufenthalt mangels ausreichender Angebote belegt, soll bei den betroffenen Personen der Teilhabe- und Eingliederungshilfebedarf in angemessenen Abständen geprüft und ein Wechsel in eine geeignete Eingliederungshilfe-Einrichtung zeitnah ermöglicht werden. Die Versorgung im Pflegeheim darf in diesen Fällen keine Dauerlösung sein.

Empfehlungen:

- frühzeitige Einbindung der Hilfeplanung des Landkreises nicht nur bei geplanten Übergängen in Eingliederungshilfe, sondern auch bei Entlassungen in Pflegeheime
- regelmäßige Überprüfung der Hilfepläne
- institutionelle Einbeziehung der Leistungsträger aus dem Bereich Hilfe zur Pflege, die Angebote für psychisch Kranke erbringen in die Zusammenarbeit und Vernetzung auf Kreisebene. Vereinbarungen dazu sollten im GPV und der HPK besprochen werden.
- Überlegungen zur Entwicklung von Angeboten der Eingliederungshilfe im Landkreis zur Vermeidung von Fehlbelegungen sollten aufgrund der hohen Inanspruchnahme durch Leistungsempfänger aus anderen Landkreisen kreisübergreifend abgestimmt werden.

VERNETZUNG/ ÜBERGANGSMANAGEMENT

Wirksame und nachhaltige Hilfe für psychisch kranke Menschen erfordert eine gute Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu anderen Leistungs- und Unterstützungssystemen. In der Teilhabeplanung wurden viele dieser Schnittstellen identifiziert, gemeinsam mit den Beteiligten wurden Ideen entwickelt, wie die Zusammenarbeit verbessert werden könnte. Die nachfolgend aufgeführten Vorschläge müssen mit den jeweils Beteiligten konkretisiert und zur Umsetzung konkret vereinbart werden.

Empfehlungen:

- **Verzahnung Jugendhilfe – Eingliederungshilfe**
 - rechtzeitige Information über zu erwartenden Wechsel (spätestens 6 Monate vor Ende der Jugendhilfemaßnahme)
 - In gemeinsamen Fallkonferenzen Unterstützungsbedarf von jungen Volljährigen beim Wohnen (nach Beendigung von Jugendhilfe) in den Blick nehmen
- **Verzahnung vorrangige Kostenträger (z.B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherung) – Eingliederungshilfe**
 - Schnittstellen konkret bestimmen
 - Absprachen in Einzelfällen, gemeinsame Fallkonferenzen
 - Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter für den Personenkreis mit psychischen Erkrankungen
- **Verzahnung Suchthilfe – Eingliederungshilfe**
 - regelmäßiger (z.B. alle zwei Jahre) themenbezogener Austausch im Arbeitskreis Sucht mit der Hilfeplanung und dem Fallmanagement der Eingliederungshilfe, um das Wissen über Angebote und Kompetenzen zu erweitern
 - Kooperative, personenorientierte Lösungen bei Doppeldiagnose psychische Erkrankung/Sucht (statt Abgrenzungsgerangel über die Frage der Haupt- oder Nebendiagnose)
- Weiterentwicklung der vorhandenen Ansätze zu **Gemeindepsychiatrischen Zentren im Landkreis** in der Gesamtverantwortung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes
 - Gemeinsame Konzeptentwicklung und Gründung eines verfassten Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Schwäbisch Hall: Samariterstiftung und Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH beabsichtigen, zusammen mit dem Landratsamt Schwäbisch Hall bis zur Fertigstellung des Klinikneubaus 2015 eine Konzeption auszuarbeiten und ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum zu gründen.
 - Crailsheim als dezentraler zweiter Standort eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums
 - Einbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in enger Verzahnung mit Leistungsträgern und den anderen Angebotserbringern im Landkreis
- **Informationen aus einer Hand:** Wegweiser zur Information über Angebote im Landkreis erstellen (für Angehörige und Betroffene)
- Angehörigen- und Betroffenennetzwerke stärken

PERSONENBEZOGENE HILFEPLANUNG

Personenbezogene Hilfeplanung erfordert ein vertrauensvolles Zusammenwirken aller in Frage kommenden Unterstützungssysteme im Rahmen eines komplexen Hilfenetzwerkes. Die qualifizierte Durchführung von Hilfeplankonferenzen ist eine wesentliche Voraussetzung, um fachlich gute Lösungen für einzelne Menschen zu finden und Impulse für eine bedarfsgerechte Sozialplanung zu geben. Die Steuerung des Prozesses erfolgt durch den Leistungsträger. In Absprache mit den Angebotserbringern können Ermessensspielräume genutzt werden, um auch kurzfristig handlungsfähig zu sein.

Empfehlungen:

Die seit dem Jahr 2011 monatlich stattfindende Hilfeplankonferenz im Landkreis Schwäbisch Hall soll als zentrales Steuerungs- und Planungsinstrument etabliert sowie Inhalte, Ablauf und Regularien verbindlich in einer Regelung zum Verfahrensablauf festgelegt werden. Dabei soll insbesondere geregelt werden,

- wie die frühzeitige und enge Abstimmung zwischen entlassender Stelle (i.d.R. Klinik) und Leistungsträger und ein zeitnaher Austausch in Hilfeplankonferenz gewährleistet werden kann,
- wie eine Verbindlichkeit für alle Fälle hergestellt werden kann, um Rückschlüsse für die Sozialplanung zu ermöglichen,
- wie die Erkenntnisse aus der Hilfeplankonferenz nachhaltig in den Gemeindepsychiatrischen Verbund eingespeist werden.

KREISBEZOGENE BEDARFSPLANUNG, KLEINRÄUMIGE UMSETZUNG

Grundlage für künftige Planungsprozesse sind neben einer kontinuierlichen Fortschreibung der Leistungsempfängerstatistik und weiteren Bestandaufnahmen zur Angebotsstruktur kreisbezogene Datenerhebungen und Dokumentationen bei den Schnittstellensystemen.

Empfehlungen:

- Die beteiligten Schnittstellensysteme (Klinik, Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, Integrationsfachdienst, Pflege und Jugendhilfe) sollten prüfen, ob sie künftig kreisbezogene Daten für die Sozialplanung des Landkreises zur Verfügung stellen können.
- Kontinuierliche Dokumentation der (Neu-)Zugänge ins Hilfesystem durch Hilfeplanung und Fallmanagement der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege (begrenzt auf unter 65-Jährige).
- Qualifizierte Auswertung der in der Hilfeplankonferenz besprochenen Einzelfälle im Hinblick auf planerische Konsequenzen.

- Vereinbarungen zur Versorgungsverpflichtung der Angebotserbringer für Kreisbürger/innen: Vorrangprinzip für Kreisbürger vereinbaren und auf Regelungen für konkrete Abläufe herunterbrechen.
- Sensibilisierung der Gemeinden für Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und anderen Arbeitszusammenhängen (z. B. Bürgermeisterdienstversammlungen).

FLEXIBLE UND PERSONENORIENTIERTE WOHNANGEBOTE

Der individuelle Wohnraum hat für Menschen mit seelischer Behinderung einen zentralen Stellenwert. Er dient neben den üblichen Funktionen in besonderer Weise als Refugium, als häufig genutzter Aufenthaltsort im Alltag und als Rückzugs- und Schutzzone in Krisenzeiten. Die Wohn- und Betreuungsform bestimmt in erheblichem Ausmaß, welcher Grad an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung möglich ist. Der Vielfalt individueller Bedürfnisse sollte eine Vielfalt an unterstützten möglichst wohnortnahen Wohnangeboten der Eingliederungshilfe gegenüber stehen. Die Palette reicht von ambulanten Wohnformen einschließlich Begleitetes Wohnen in Familien bis zu stationären Wohneinrichtungen, in denen perspektivisch auch älter werdende langjährig Erkrankte mit pflegerischem Bedarf leben können. Flexible Übergänge zwischen den verschiedenen Wohnformen sollten möglich sein. Ziel ist letztlich der Aufbau einer Angebotsstruktur, die es Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention ermöglicht, ihren Aufenthaltsort frei wählen und entscheiden zu können, mit wem sie leben.

Empfehlungen:

- **Weiterentwicklung des Stationären Wohnens**
 - › **Einrichtung eines psychiatrischen Wohnzentrums in Schwäbisch Hall mit 24 Plätzen** als Angebotsmix aus Aufnahme/Clearing/Krisenintervention, aus stationären Plätzen und aus ambulantem Wohnen; zur Überbrückung aus medizinischer Behandlung und als Training am Übergang zum selbständigen Wohnen.

Aus Trägersicht sind für die nächsten 5 Jahre 40 zusätzliche Wohnplätze erforderlich. Dieser geäußerte Bedarf muss nach Realisierung des Wohnzentrums geprüft werden.

- › Qualifizierung des vorhandenen wie des sich entwickelnden **Angebots für spezifische Bedarfe**: Wohngruppe für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, für junge Volljährige, mit Plätzen für geschlossene Unterbringung, mit Nachtwache.
- › Gemeinsame Weiterentwicklung von Konzepten für Menschen mit Pflegebedarf; aus Sicht der Träger ergibt sich der Bedarf dafür bei langjährig erkrankten Menschen deutlich vor dem 65. Lebensjahr.

- **Weiterentwicklung des Ambulanten Wohnens**

- Spezielle Vereinbarungen für flexibles ambulant betreutes Wohnen (Flexi-ABW), das auch Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf erreicht (z. B. Borderline, etc.).
- z. B. in Wohngemeinschaften, die sowohl Rückzug als auch Kommunikation und Gemeinschaft ermöglichen.
- z. B. Kurzzeitunterbringungen mit professioneller Clearingmöglichkeit innerhalb eines 2-3 monatigen Probeaufenthaltes im Begleiteten Wohnen in Familien oder einer ambulant betreuten WG.

VIELFÄLTIGE UND DURCHLÄSSIGE TAGESSTRUKTURANGEBOTE

Arbeit und Beschäftigung sind der Schlüssel zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und geben dem Alltag eine Struktur. Sie sind insbesondere für Menschen mit seelischer Behinderung aufgrund der damit verbundenen Wertschätzung der eigenen Person und in der Wahrnehmung durch andere von großer Bedeutung. Das Bildungs- und Berufsausbildungsspektrum von Menschen mit seelischer Behinderung ist ebenso breit gestreut wie ihre Kompetenzen und Erwartungen. Entsprechend vielfältig und mit der Möglichkeit zu flexiblen Übergängen sollten die Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten gestaltet werden.

Empfehlungen:

- In Crailsheim wird sich durch die Anmietung eines zusätzlichen Gebäudes in Nähe der bestehenden Werkstatt die beengte Raumsituation entspannen. Insgesamt werden 10 zusätzliche Werkstattplätze entstehen.

Insgesamt besteht im Landkreis aus Trägersicht ein zusätzlicher Bedarf an 60 Werkstattplätzen für die nächsten 5 Jahre. Dieser geäußerte Bedarf soll nach Realisierung der Erweiterung in Crailsheim und einer Prüfung der Wirksamkeit der im Folgenden genannten Empfehlungen geprüft werden.

- Wahlfreiheit und Durchlässigkeit zwischen Regelangeboten und Eingliederungshilfe fördern:
 - Durchlässigkeit zwischen WfbM und Regelarbeitsmarkt, **Rückkehroption und Rückkehrmanagement konkretisieren**
 - Möglichkeiten zur Verfahrensvereinfachung bei der Anwendung des Instrumentes „ergänzender Lohnkostenzuschuss“ prüfen
 - Intensivierung des Einsatzes des Instrumentes „ergänzender Lohnkostenzuschuss“
 - Individuelle, kreative Beschäftigungschancen, auch in Nischen des ersten Arbeitsmarktes
 - Weitere Integrationsfirma
- Weiterentwicklung der Angebote in den Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung:
 - Flexibilisierung und Diversifizierung des Werkstattangebotes (z.B. neue Medien)

- Möglichkeit zur Teilzeitarbeit und -ausbildung
- Job-Coach ausbauen
- Tagesstätten als niederschwelliges Angebot ausgestalten:
 - raschen, unbürokratischen Zugang ermöglichen
 - Öffnungszeiten in Tagesstätten und Treffs erweitern (Wochenende)
 - Attraktives Angebot in Tagesstätte für jüngere Personen

Erwartung:

- Schaffung von Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) im Landkreis prüfen

Die bei der Teilhabeplanung beteiligten Partner in der Eingliederungshilfe und an Schnittstellen haben bei der Auftaktveranstaltung ihren guten Willen zur Kooperation formuliert und durch ihre Mitwirkung im weiteren Prozess umgesetzt. Durch den fachlichen Austausch und persönliche Begegnungen ist das Wissen über einander gewachsen. Die gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen müssen nun durch Aushandlungsprozesse zwischen Leistungsträgern und Angebotserbringern konkretisiert werden. Vernetzung und Übergangsmanagement, niederschwellige und flexible Lösungen sind eine Herausforderung für alle Beteiligten. Einzelfallübergreifende und ausdifferenzierte Finanzierungsmodelle auf Kreisebene brauchen einvernehmlich abgestimmte Qualitätsmerkmale und eine wirkungsorientierte Dokumentation der Ergebnisse. Grundlage für die Gestaltung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung im Landkreis Schwäbisch Hall ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit, ein geeigneter Rahmen für Abstimmungsprozesse ist insbesondere der Gemeindepsychiatrische Verbund.

Anlagen

- Anlage 1 Begleitkreis – Liste der beteiligten Institutionen
- Anlage 2 Verzeichnis der Schaubilder und Tabellen
- Anlage 3 Abkürzungsverzeichnis

An den Sitzungen des Begleitkreises teilgenommen haben:

- Agentur für Arbeit
- Alten- und Pflegeheim Haus Vohenstein
- Betreuungsverein im Landkreis Schwäbisch Hall
- Deutsche Rentenversicherung - Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation
- Gesundheitsamt
- Integrationsfachdienst Heilbronn-Franken
- Jobcenter im Landkreis Schwäbisch Hall
- Jugendamt
- Klinikum am Weissenhof
- Kreisbehindertenbeauftragter
- Kranken- und Pflegekassen (AOK Heilbronn-Franken, SBK)
- Kreisfachausschuss Eingliederungshilfe
- Kreistagsfraktionen (Vertreter von B90-Die Grünen, CDU, FDP, FREIE, SPD)
- Lindenhof - Alten- und Pflegeheim GmbH
- Psychiater im Landkreis Schwäbisch Hall
- Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH
- Psychiatrieerfahrene (Vertreter aus dem Heimrat und Werkstattrat des Samariterstifts)
- Rottaler Senioren- und Pflegeheim
- Samariterstiftung Obersontheim
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Sozialtherapeutische Einrichtung Buchof e. V.
- Sozialtherapeutische Gemeinschaften Weckelweiler e. V.
- Verein zur Förderung seelischer Gesundheit
- Wendepunkt e. V.

Eingeladen waren außerdem:

- Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
- Lebenshilfe Crailsheim
- Patientenfürsprecherin

-
- Schaubild 1: Städte und Gemeinden im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 2: Angebotslandkarte im Landkreis Schwäbisch Hall
- Tabelle 3: Leistungen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung aus dem Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 4: Nettoaufwendungen des Landkreises Schwäbisch Hall für Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII (alle Behinderungsarten)
- Tabelle 5: Zahl der Plätze in Wohnheimen für Menschen mit einer seelischen Behinderung pro 10.000 Einwohner am 31.12.2009
- Tabelle 6: Quote der Plätze in Wohnheimen für Menschen mit einer seelischen Behinderung, die aus dem eigenen Kreis belegt sind am 31.12.2009
- Tabelle 7: Erwachsene Leistungsempfänger in der Eingliederungshilfe mit einer seelischen Behinderung pro 1.000 Einwohner
- Tabelle 8: Erwachsene Leistungsempfänger mit einer seelischen Behinderung nach Leistungsarten
- Tabelle 9: Leistungsempfänger des Landkreises mit seelischer Behinderung im unterstützten Wohnen
- Tabelle 10: Angebote für Menschen mit seelischen Behinderung im unterstützten Wohnen im Landkreis Schwäbisch Hall
- Tabelle 11: Leistungen und Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 12: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Hauptdiagnosen
- Schaubild 13: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Altersgruppen
- Schaubild 14: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Geschlecht
- Schaubild 15: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Familienstand
- Schaubild 16: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Schulabschluss
- Schaubild 17: Leistungsempfänger mit Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Berufsausbildung
- Tabelle 18: Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung in Kostenträgerschaft des Landkreises Schwäbisch Hall
- Tabelle 19: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen
- Schaubild 20: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen seit 2005
- Schaubild 21: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Einrichtungsträgern
- Schaubild 22: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Gemeinden

- Schaubild 23: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Herkunftskreisen
- Tabelle 24: Wohnleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und Herkunft
- Schaubild 25: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Herkunft seit 2005
- Schaubild 26: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und ergänzender Tagesstruktur
- Schaubild 27: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohnformen und Verweildauer
- Schaubild 28: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in ambulanten Wohnformen nach Träger und Herkunftskreis
- Schaubild 29: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in ambulanten Wohnformen nach Träger und Altersstruktur
- Schaubild 30: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in stationären Wohnformen nach Träger und Herkunftskreis
- Schaubild 31: Leistungsempfänger im Landkreis Schwäbisch Hall in stationären Wohnformen nach Trägern und Altersgruppen
- Schaubild 32: Hilfebedarfsgruppen (HBG) in den Wohnheimen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 33: Pflegestufen (PS) in den Pflegeeinrichtungen im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 34: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises Schwäbisch Hall in Wohnangeboten 2005 bis 2012
- Schaubild 35: Prozentuale Verteilung nach Wohnformen in Altersgruppen
- Tabelle 36: Diagnosen der Neuzugänge Leistungsempfänger des Landkreises in Hilfen außerhalb des Landkreises in den Jahren 2007 bis 2010
- Tabelle 37: Gründe für die Unterbringung von Neuzugängen in Hilfen außerhalb des Landkreises in den Jahren 2007 bis 2010
- Tabelle 38: 65-Jährige und jüngere Leistungsempfänger des Landkreises in Pflegeeinrichtungen
- Tabelle 39: Diagnosen von 65-Jährigen und jüngeren Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung in Pflegeeinrichtungen
- Tabelle 40: Gründe für die Versorgung in Pflegeeinrichtungen
- Tabelle 41: Tagesstrukturleistungen im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 42: Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Schwäbisch Hall nach Formen der Tagesstruktur seit 2005
- Schaubild 43: Leistungen der Tagesstruktur im Landkreis Schwäbisch Hall nach Einrichtungsträgern

- Schaubild 44: Leistungen der Tagesstrukturierung und Beschäftigung im Landkreis Schwäbisch Hall nach Gemeinden
- Schaubild 45: Wohnformen der Beschäftigten der Reha-Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 46: Standorte der Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung mit deren Belegung und Wohngemeinden der privat wohnenden Beschäftigten der Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 47: Altersstruktur in den Werkstätten des Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 48: Schulbildung in den Reha-Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 49: Berufliche Bildung in den Reha-Werkstätten im Landkreis Schwäbisch Hall
- Tabelle 50: Dauer des Leistungsbezuges im Arbeitsbereich im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 51: Werkstattbeschäftigte mit seelischer Behinderung im Landkreis Schwäbisch Hall nach Leistungsträger
- Schaubild 52: Altersaufbau der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall
- Schaubild 53: Schulische Bildung der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall
- Tabelle 54: Dauer des Leistungsbezuges der Nutzer einer Tagesstruktur am Heim im Landkreis Schwäbisch Hall
- Tabelle 55: Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises Schwäbisch Hall in Angeboten der Tagesstruktur von 2005 bis 2012
- Schaubild 56: Leistungsempfänger in Werkstätten für behinderte Menschen (LT I.4.4) mit einer seelischen Behinderung pro 1.000 Einwohner im Alter von 18 bis unter 65 Jahren zum Stichtag 31.12. in den Jahren 2008, 2009 und 2010
- Schaubild 57: Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung in Angeboten zur Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen (LT I.4.5 b) und in der Tagesbetreuung für Erwachsene und Senioren (LT I.4.6) pro 1.000 Einwohner ab 18 Jahre am 31.12.2010
- Schaubild 58: Personen, die in 2010 vom Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Schwäbisch Hall betreut wurden, nach Art der Betreuung
- Schaubild 59: Personen, die 2010 längerfristig von Sozialpsychiatrischen Diensten betreut wurden, nach Anzahl von Kontakten
- Schaubild 60: Personen, die 2010 längerfristig vom Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Schwäbisch Hall betreut wurden, nach Alter
- Tabelle 61: Betten in der vollstationären klinisch-psychiatrischen und –psychosomatischen Versorgung in Baden-Württemberg
- Tabelle 62: Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall nach Wohn- und Tagesstrukturformen
- Schaubild 63: Wohnleistungen der Eingliederungshilfe im Kreis und außerhalb

ABW	Ambulant betreutes Wohnen
ALG	Arbeitslosengeld
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BBB	Berufsbildungsbereich
BGB.....	Bürgerliches Gesetzbuch
BWF	Begleitetes Wohnen in Familien
EGH-VO	Eingliederungshilfe-Verordnung
EH	Eingliederungshilfe
EU	Europäische Union
GPV.....	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GPZ.....	Gemeindepsychiatrischen Zentrum
HBG.....	Hilfebedarfsgruppe
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF.....	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IFD.....	Integrationsfachdienst
InRAM	Integration von Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt
KAW	Klinikum am Weissenhof
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LT	Leistungstyp (<i>entsprechend Landesrahmenvertrag</i>)
LWV.....	Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern “ („Vorgängerorganisation“ des KVJS)
PIA.....	Psychiatrischen Institutsambulanz
PS.....	Pflegestufe
RPK.....	Rehabilitation für psychisch kranke Menschen
sbM.....	Menschen mit seelischen Behinderungen
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SpDi.....	Sozialpsychiatrischen Dienst
TU.....	Technische Universität
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
WfbM.....	Werkstatt für Menschen mit Behinderungen
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes
WHO.....	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WVO.....	Werkstattverordnung

