

Teilhabeplan

für psychisch erkrankte und seelisch behinderte
Menschen im Landkreis Böblingen
- Psychiatrieplan -

Böblingen, November 2008

Herausgeber:

Landratsamt Böblingen
Parkstraße 16
71034 Böblingen

Telefon: 07031/663-1226
E-Mail: d.kulke@lrabb.de
Internet: www.landkreis-boeblingen.de

Bearbeitung:
Dr. Dieter Kulke Landratsamt Böblingen, Sozialdezernat; Leitung: Alfred Schmid

Vorwort

Psychische Erkrankungen nehmen seit einigen Jahren an Häufigkeit deutlich zu. Repräsentative Erhebungen in der Bevölkerung oder die regelmäßig erscheinenden Berichte von Krankenkassen mit Auswertungen der Versichertenstatistik belegen, dass psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch sind. So haben nach den Untersuchungen der Gmünder Ersatzkasse Akutkrankenhäuser in 2007 erstmals mehr Behandlungstage unter der Diagnose „psychische Störung“ verzeichnet als für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Und andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass in der Europäischen Union die Lebenszeitprävalenz, die Wahrscheinlichkeit im Laufe seines Lebens psychisch zu erkranken, bei ca. 50 % liegt, im Laufe eines Jahres sind es ca. 27 %¹. Psychische Erkrankungen sind also beileibe keine Seltenheit – und sie können jeden und in jedem Lebensalter treffen.

Ein Großteil der psychischen Erkrankungen lässt sich zum Glück so erfolgreich und abschließend behandeln, dass sich nur bei einem sehr kleinen Teil der psychisch erkrankten Menschen die Erkrankung chronifiziert und diese dann auf dauerhafte Unterstützung angewiesen sind. Dies ist der Fall, wenn die psychische Erkrankung zu Pflegebedürftigkeit oder zu einer seelischen Behinderung führt, dann ist auch der Landkreis in seiner Zuständigkeit als Sozialhilfeträger gefragt und es kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe oder der Betreuung in einer Tagesstätte oder durch den Sozialpsychiatrischen Dienst in Betracht. So dürfte es in der Zuständigkeit des Landkreises Böblingen ca. 1.100 Personen geben, deren Erkrankung so schwerwiegend ist, dass sie eine Unterstützung benötigen, für die der Landkreis Böblingen als individueller Leistungsträger oder als Zuwendungsgeber für eine institutionelle Förderung zuständig ist.

Die Eingliederungshilfe, die Hilfen für Menschen mit wesentlichen Behinderungen leistet, stellt dabei eine der hauptsächlichen sozialen Aufgaben des Landkreises Böblingen dar. Nach Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände sind seit dem 1. Januar 2005 die Leistungen für seelisch, körperlich und geistig behinderte Menschen in fast allen Lebenssituationen in der Trägerschaft der Stadt- und Landkreise gebündelt. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, hat der Landkreis Böblingen in einem ersten Schritt einen Teilhabeplan für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen erarbeitet, der am 16. April 2007 im Sozialausschuss beraten und am 16. Juli 2007 einstimmig und ohne Enthaltung vom Kreistag beschlossen wurde. Im zweiten Schritt wurde nun ein Teilhabeplan – Psychiatrieplan – erarbeitet. Zielgruppe sind die Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung, die aufgrund der Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Dieser Unterstützungsbedarf geht über eine rein ärztliche oder medizinische Versorgung hinaus und betrifft ambulante oder stationäre Leistungen der Betreuung im Alltag, beim Wohnen oder bei der Tagesstruktur, in der Regel nach SGB XII (Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege). Leistungen für primär suchtkranke oder gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sowie für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind nicht Gegenstand der Planung.

¹ Siehe hierzu <http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf>, abgerufen am 17.11.2008.

Der hier vorgelegte Teilhabeplan zeigt, dass der Landkreis Böblingen bei den Diensten und Einrichtungen für diese Zielgruppe über eine breite und differenzierte Versorgungsstruktur verfügt. Diese ist über die letzten Jahrzehnte historisch gewachsen und spiegelt in ihrer räumlichen Verteilung über den Landkreis auch sehr gut die gewachsenen Traditionen und lokalen Bezüge wider.

Zentral für die Teilhabeplanung und in guter Tradition des Landkreises stehend ist die breite Beteiligung der von der Planung betroffener Menschen und Organisationen. Ich freue mich, dass mit den etablierten Strukturen im Bereich der Sozialpsychiatrie und konkret mit dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund nicht nur alle Leistungserbringer und sonstige professionelle Organisationen sondern als Vertretung der psychisch erkrankten Menschen die Initiative Psychiatrie-Erfahrene und als Vertretung der Angehörigen die Angehörigengruppe Böblingen mit am Tisch saßen und sich in die Planung einbrachten.

Den Planungsverantwortlichen ist es nicht nur hervorragend gelungen, die komplexe Vielfalt des Leistungsgeschehens für psychisch erkrankte Menschen deutlich und transparent darzustellen, sondern auch zu zeigen, dass dahinter Menschen mit ganz individuellen Schicksalen, Unterstützungsbedarfen, aber auch mit jeweils ganz eigenen und individuellen Ressourcen stehen. Interessierten Personen aus Fachwelt, Kommunalpolitik und Öffentlichkeit steht somit auch ein aussagekräftiges Nachschlagewerk zur Verfügung, das sowohl allgemein als auch auf den Landkreis Böblingen bezogen eine Fülle von Informationen bietet. Der demnächst erscheinende Wegweiser bei psychischen Erkrankungen für den Landkreis Böblingen wird mit detaillierten Angaben und Adressen diesen Psychiatrieplan sinnvoll ergänzen.

Ich danke allen Mitgliedern des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, die mit großem Engagement an diesem Bericht mitgewirkt haben und über die Beteiligung an der Datenerhebung und der Befragung erst die Grundlage dafür lieferten.

Roland Bernhard
Landrat

Inhalt

Abkürzungen	8
1. Ein Psychiatrieplan für den Landkreis Böblingen.....	9
2. Grundlagen der Psychiatrieplanung und des Leistungssystems.....	11
2.1. Rechtliche Grundlagen.....	11
2.2. Ziele und Grundlagen der Hilfen für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen im Landkreis Böblingen	12
2.3. Der Planungsprozess.....	14
2.4. Zielgruppe.....	16
2.5. Der Landkreis Böblingen und die Planungsregionen in der Sozialpsychiatrie.....	17
3. Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV)	20
3.1. Die Institutionen	21
3.2. Maßnahmen und Empfehlungen zum GPV	24
4. Medizinische Versorgung	25
4.1. Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte.....	25
4.2. Das Klinikum Nordschwarzwald	25
4.3. Maßnahmen und Empfehlungen zur medizinischen Versorgung.....	27
5. Beratung, Begleitung und Information	29
5.1. Beratung durch das Gesundheitsamt.....	29
5.2. Beratung und Fallmanagement durch das Kreissozialamt.....	32
5.3. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)	33
5.3.1. Zielgruppe und Aufgaben des SpDi.....	33
5.3.2. Die Klientinnen und Klienten des SpDi	36
5.3.3. Finanzierung des SpDi.....	38
5.4. Die Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle (ABV-Stelle).....	39
5.5. Die Gemeindepsychiatrischen Zentren und Tagesstätten im Landkreis Böblingen.....	40
5.6. Krisen- und Notfallversorgung.....	44
5.7. Öffentlichkeits- und Informationsarbeit	45
5.8. Maßnahmen und Empfehlungen zur Beratung, Begleitung und Information.....	45
6. Die Hilfeplankonferenz für psychisch kranke Menschen im Landkreis Böblingen	48
6.1. Die Arbeit der HPK.....	49
6.2. Die Qualität der Versorgung aus Sicht der HPK.....	50
6.3. Maßnahmen und Empfehlungen zur HPK.....	52
7. Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung.....	53
7.1. Berufliche Rehabilitation.....	53
7.2. Allgemeiner Arbeitsmarkt	54
7.3. Integrationsprojekte und weitere Beschäftigungsmöglichkeiten.....	54
7.4. Integrationsfachdienst (IFD)	56
7.5. Tagesstrukturangebote für psychisch erkrankte Menschen.....	58
7.6. Tagesstrukturangebote für psychisch erkrankte Menschen im Landkreis Böblingen	59
7.7. Die Nutzung der Tagesstrukturangebote im Landkreis Böblingen	61
7.8. Entwicklung des Bedarfs an Tagesstruktur-Plätzen im Landkreis Böblingen	66

7.9. Maßnahmen und Empfehlungen zur Tagesstruktur	70
8. Wohnen für psychisch erkrankte Menschen	73
8.1. Fachlich betreute Wohnformen für Menschen mit Behinderungen	73
8.2. Fachlich betreute Wohnformen im Landkreis Böblingen.....	74
8.3. Die Nutzung der Wohnangebote im Landkreis Böblingen.....	77
8.4. Entwicklung des Bedarfs an Wohnangeboten im Landkreis Böblingen.....	80
8.4.1. Versorgung außerhalb des Landkreises	81
8.4.2. Bewertung und Folgerungen der Bedarfsentwicklung.....	86
8.5. Flexibilisierung der Wohnangebote	87
8.6. Maßnahmen und Empfehlungen	88
9. Die Vertretung psychisch erkrankter Menschen im Landkreis Böblingen, Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement	90
9.1. Der Patientenfürsprecher	90
9.2. Die Initiative Psychiatrie-Erfahrener	92
9.3. Die Angehörigengruppe	93
9.4. Runder Tisch für Psychiatrie- und Psychose-Erfahrene	93
9.5. Bürgerschaftliches Engagement (BE).....	94
9.6. Maßnahmen und Empfehlungen	95
Quellen und Literatur	98
Anhang	99

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arbeitsschritte der Psychiatrieplanung.....	15
Tabelle 2: Planungsräume und Einwohner der Angebote für chronisch psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen im Landkreis Böblingen (Stand: 30.06.2005).....	17
Tabelle 3: Regionen im Landkreis Böblingen für die sozialpsychiatrische Versorgung.....	18
Tabelle 4: Leistungen des Klinikums Nordschwarzwald für den Landkreis Böblingen	26
Tabelle 5: Sozialpsychiatrischer Dienst Böblingen – Entwicklung der Fallzahlen	36
Tabelle 6: Anmeldungen zur Hilfeplankonferenz 2005 bis 2007	49
Tabelle 7: Versorgung 2006 bis 2007 (Stand der Rückmeldungen Juni 2008)	50
Tabelle 8: Versorgungsdefizite nach den Ergebnissen der HPK 2007	52
Tabelle 9: Zugänge zum IFD.....	57
Tabelle 10: Angebote in Werkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen im Landkreis Böblingen.....	60
Tabelle 11: Wohnorte der Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen	62
Tabelle 12: Daten der Werkstattbesucher	64
Tabelle 13: Weitere Daten der Werkstattbesucher.....	65
Tabelle 14: Abgänge und Zugänge in den Jahren 2006 und 2007 und deren Leistungsträger nach Art des Verbleibs.....	68

Tabelle 15: Leistungen an seelisch behinderte Menschen durch den Landkreis Böblingen in den Jahren 2006/2007/2008	69
Tabelle 16: Stationäre und ambulante Wohnangebote für seelisch behinderte Menschen im Landkreis Böblingen	75
Tabelle 17: Daten der Nutzer von Wohnangeboten (Stand: 31.12.2007)	78
Tabelle 18: Daten der Nutzer von Wohnangeboten (Stand: 31.12.2007; nur Böblingen)	80
Tabelle 19: Abgänge und Zugänge zu den Wohnangeboten in den Jahren 2006 und 2007.....	81
Tabelle 20: Stationäre seelisch behinderte Neufälle nach Hilfebedarfsgruppe	82
Tabelle 21: Leistungsempfänger des Landkreises Böblingen in Fachpflegeheimen für psychisch erkrankte Menschen (Stand: 01.06.2008)	84
Tabelle 22: Heimplatzversorgung für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen im interkommunalen Vergleich.....	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm Gemeindepsychiatrischer Verbund im Landkreis Böblingen	23
Abbildung 2: Geschlechterverteilung der SpDi-Klienten	37
Abbildung 3: Kontakthäufigkeit bei längerfristiger Betreuung	38
Abbildung 4: Besucherprofil der Tagesstätten von 2005 – 2007	42
Abbildung 5: Besucherfrequenz der Tagesstätten von 2005 – 2007	42
Abbildung 6: Werkstattbeschäftigte im interkommunalen Vergleich	67
Abbildung 7: Maßnahmen der auswärtig versorgten seelisch behinderten Menschen.....	82
Abbildung 8: Entwicklung der stationären Versorgung seelisch behinderter Menschen	83

Abkürzungen

ABV-Stelle	Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle
ABW	ambulant betreutes Wohnen
AWG	Außenwohngruppe
BB	Landkreis Böblingen
BBB	Berufsbildungsbereich
BE	Bürgerschaftliches Engagement
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVE	Berufsvorbereitende Einrichtung
BWF	Betreutes Wohnen in Familien
EDiV	Evangelischer Diakonieverband im Landkreis Böblingen
FuB-Bereich	Förder- und Betreuungs-Bereich
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
GWV	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
HBG	Hilfebedarfsgruppe
HPFD	Heilpädagogischer Fachdienst
IB	Internationaler Bund
IFD	Integrationsfachdienst
JHSSA	Jugendhilfe-, Schul- und Sozialausschuss
KN	Klinikum Nordschwarzwald
KTDrs	Kreistagsdrucksache
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales
LB	Landkreis Ludwigsburg
LK	Landkreis
LWV W-H	Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MPD	Medizinisch-Pädagogischer Dienst
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
RPK	Rehabilitation psychisch kranker Menschen
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
UBG	Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz)
VwV-SpDi	Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) vom 30. November 2006
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WG	Wohngemeinschaft
ZDL	Zivildienstleistende

1. Ein Psychiatrieplan für den Landkreis Böblingen

Zum 01.01.2005 ist im Zuge der Verwaltungsstrukturreform in Baden-Württemberg die Zuständigkeit für Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII von den bis dahin dafür zuständigen Landeswohlfahrtsverbänden auf die Stadt- und Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe übergegangen. Seitdem ist der Landkreis Böblingen zuständig für sämtliche Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege für unter 65-Jährige, egal ob vollstationär, teilstationär oder ambulant, und auch für die dafür erforderliche Sozialplanung als Grundlage für die Sicherung eines leistungsfähigen, qualitativ und wirtschaftlich arbeitenden Leistungssystems.

Schon vorher war der Landkreis Böblingen z.B. als Zuschussgeber für den Sozialpsychiatrischen Dienst oder in seiner Zuständigkeit für ambulante Hilfen auf vielfältige Weise auch für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen zuständig. Aus dieser Entwicklung aber auch aus der wachsenden Zahl dieses Personenkreises ergeben sich für den Landkreis Böblingen die Herausforderung und die Notwendigkeit zur Planung und zur Steuerung in diesem Bereich sozialer Leistungen. Aufgrund derzeit vorliegender Vorausschätzungen ist in den kommenden Jahren mit einem Anstieg der Zahl psychisch erkrankter Menschen und damit der Zahl der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe zu rechnen.

Parallel dazu kann in der Behindertenhilfe derzeit ein Wandel oder gar Paradigmenwechsel hin zu Personenzentrierung anstelle der Institutionenzentrierung und in Folge davon eine Zunahme von ambulanten Leistungsformen mit mehr Selbstständigkeit und Selbstverantwortung auf Seiten der behinderten Menschen beobachtet werden. Dieses Umdenken zu Leistungsformen, die wirtschaftlicher und effizienter sein können, ist einerseits notwendig, damit die Kosten der Eingliederungshilfe nicht zu stark steigen. Andererseits wird auch von Seiten der behinderten Menschen und ihrer Angehörigen auf eine Veränderung der Angebotsstrukturen gedrängt. Gleichberechtigung, Selbstständigkeit, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und ein Leben mitten in der Gemeinde stehen zunehmend im Mittelpunkt der Forderungen. Somit wird es ein Ziel der künftigen Entwicklung sein, die Angebotspalette auszudifferenzieren, um ein bedarfsgerechtes Angebot gewährleisten zu können, und weiter den Boden zu ebnen für die Teilhabe behinderter Menschen.

Deswegen beschloss der Sozialausschuss am 04.10.2007, die Verwaltung zu beauftragen, „einen Psychiatrieplan für den Landkreis Böblingen zu erstellen zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Weiterentwicklung der Versorgungsangebote für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen“. Weiter seien an „diesem Planungsprozess [...] die Dienste und Einrichtungen, die Leistungen für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erbringen, Angehörige, Ehrenamtliche und psychisch erkrankte Menschen selber zu beteiligen“ (KTDrs 91/2007).

Mit dieser Psychiatrieplanung wurden ganz verschiedene Ziele verfolgt (siehe KTDrs 91/2007):

1. Im Psychiatrieplan soll eine Verständigung auf die wichtigsten Ziele der Versorgung psychisch erkrankter Menschen erfolgen.

2. Der Psychiatrieplan soll einen Überblick über das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem geben, die Versorgungsangebote und das Versorgungssystem darstellen und seine Qualität bewerten.
3. Der Psychiatrieplan soll den Bedarf feststellen und dabei – wie der Teilhabeplan – möglichst zuverlässig für einen mittelfristigen Zeitraum vorausschätzen.
4. Er soll schließlich Maßnahmen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Leistungssystems erarbeiten.
5. Und schließlich soll der Psychiatrieplan auch Öffentlichkeit für die Belange psychisch erkrankter Menschen herstellen.

Wir hoffen, dass mit dem vorgelegten Planwerk diese Ziele erreicht werden.

ad 1. Eine Verständigung auf die zentralen Ziele erfolgte bereits mit der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, die jetzt im Planungsprozess und durch den Beschluss des Psychiatrieplans im Steuerungsverbund bestätigt wurden.

ad 2. Der Psychiatrieplan selber gibt einen Überblick über das Leistungssystem und beschreibt die Leistungsarten und den Leistungsumfang der verschiedenen Angebote. Eine Beurteilung der Qualität der Arbeit kann nur bedingt geleistet werden, weil dazu schlichtweg die geeigneten Instrumente fehlen. Die Qualität von sozialen Leistungssystemen zu bestimmen wäre deswegen ein Ziel, das den Rahmen eines kommunalen Psychiatrieplans weit sprengen würde.

ad 3. Der Plan orientiert sich an der klassischen Vorgehensweise der Sozialplanung, dass er die Situation beschreibt, Bedarfe oder Defizite feststellt und Maßnahmen zu deren Beseitigung erarbeitet. Quantitative Bedarfsvorausschätzungen für den Bereich der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sind zwar vergleichsweise unsicher, um aber eine gewisse Orientierung zu geben, wurden in einigen Fällen Schätzungen der Entwicklungen der Fallzahlen vorgenommen.

ad 4. Der Psychiatrieplan enthält zu jedem Abschnitt ein abschließendes Kapitel, in dem die anstehenden Empfehlungen und Maßnahmen dargestellt sind.

ad 5. Und schließlich wird der Psychiatrieplan hoffentlich eine weite Verbreitung finden und dadurch auf die Belange psychisch erkrankter Menschen aufmerksam machen. Noch besser geht das wahrscheinlich durch einige der Maßnahmen, die empfohlen werden, z.B. aus dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit.

2. Grundlagen der Psychiatrieplanung und des Leistungssystems

2.1. Rechtliche Grundlagen

Die elementarste Grundlage für Leistungen an Menschen mit Behinderungen findet sich im Grundgesetz. Dort heißt es in Artikel 1 (1): „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“. Und in Artikel 3 (2): „... Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

Die weiteren gesetzlichen Regelungen finden sich in den Sozialgesetzbüchern. Im SGB I heißt es zur Ausführung von Sozialleistungen und damit zur Begründung von Sozialplanung:

„1) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass

1. jeder Berechtigte 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,

...

(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, dass sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.“

Im § 2 SGB IX ist der Begriff „Behinderung“ für alle Sozialleistungen einheitlich definiert. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

In § 9 SGB IX wird den Leistungsempfängern oder ihren gesetzlichen Betreuern ein Wunsch- und Wahlrecht bezüglich der Leistungen eingeräumt, sofern dies keine unzumutbare finanzielle Belastung für den Kostenträger bedeutet.

Das SGB IX, das selbst kein Leistungsgesetz ist, korrespondiert hinsichtlich der Eingliederungshilfe eng mit dem SGB XII, das die Leistungen bestimmt. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit seelischer Behinderung erhalten deswegen Leistungen nach den Bestimmungen des SGB XII. Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist eine Leistung der Sozialhilfe und begründet einen individuellen Rechtsanspruch des Leistungsberechtigten gegenüber dem Landkreis als Leistungsträger der Eingliederungshilfe.

Einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe für behinderte Menschen haben Personen, die durch ihre Behinderung **wesentlich** in ihrer Fähigkeit, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder die von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Einen Anspruch auf Eingliederungshilfe im Wege des Ermessens haben Personen mit anderen

körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen. Die Merkmale wesentlicher Behinderung werden in der Eingliederungshilfeverordnung nach § 60 SGB XII definiert.

Der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung umfasst alle Lebensbereiche und Altersgruppen. Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, angemessene Schulbildung, Teilhabe am Arbeitsleben zur sozialen Rehabilitation werden über die Eingliederungshilfe abgedeckt. Die originäre Zuständigkeit liegt dabei in einigen Bereichen bei anderen Leistungsträgern (z.B. der Agentur für Arbeit oder der Kranken- oder Pflegekasse als anderen Rehabilitationsträgern). Eingliederungshilfe nach SGB XII wird nur nachrangig gewährt, wenn keine vorrangigen Ansprüche gegen andere Sozialleistungsträger oder Dritte bestehen und Bedürftigkeit vorliegt.

Nach § 53 SGB XII ist es „Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe [...], eine drohende Behinderung zu verhüten, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den 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 soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“. Lassen sich die Ziele mit ambulanten Maßnahmen erreichen, scheidet teilstationäre oder stationäre Maßnahmen aus.

Auch die Beratung durch das Gesundheitsamt ist gesetzlich verankert. Nach § 7 I des baden-württembergischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 12.12.1994 „informieren [die Gesundheitsämter] behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, chronisch Kranke, psychisch Kranke und Suchtkranke ... über bestehende Hilfemöglichkeiten, Beratungs- Betreuungs- und Versorgungsangebote und beraten sie bei der Wahrnehmung dieser Angebote. Sie wirken darauf hin, dass andere Aufgabenträger die erforderlichen Angebote bereitstellen. ...“.

Dies sind die wesentlichen rechtlichen Grundlagen der Behindertenhilfe, die in die Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe fallen. Daneben gibt es noch eine Vielzahl von Verordnungen, Richtlinien und Verträgen zur Konkretisierung und Ausgestaltung dieser Gesetze, z.B. die Werkstättenverordnung, die Sozialhilfe-Richtlinien, den Landesrahmenvertrag nach § 79 SGB XII u.a. sowie andere Gesetze und Bestimmungen und natürlich ist nicht zuletzt für den Personenkreis psychisch erkrankter Menschen das SGB V sehr relevant, Leistungen danach liegen aber außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Landkreisverwaltung.

2.2. Ziele und Grundlagen der Hilfen für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen im Landkreis Böblingen

Die wesentlichen Ziele der Entwicklung von Leistungen für Menschen mit Behinderungen ergeben sich aus den rechtlichen Grundlagen, aus den Konzeptionen der Leistungserbringer, aus Vereinbarungen und Leitbildern, die hier nicht näher ausgeführt werden sollen.

Die zentrale Verständigung auf die Ziele der Versorgung erfolgte für alle an der Versorgung beteiligten Institutionen bei der Gründung des GPV (KTDrs 31/2006). In der Präambel zur Kooperationsvereinbarung vom 13.04.2008 heißt es, dass eine konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf und am Grundsatz der **Personenzentrierung** erfolgen solle. Die Personenzentrierung ist das Leitthema, unter dem sich die Sozialpsychiatrie in den letzten Jahren entwickelt hat und bedeutet, dass sich das gesamte Leistungssystem an dem individuellen Hilfebedarf jedes einzelnen Klienten ausrichten soll. Bei der Hilfeplanung soll z.B. nicht mehr von den Institutionen her gedacht gefragt werden: Welche Einrichtung, welches Angebot ist das richtige?, sondern: Welchen Hilfebedarf hat die Klientin und welche Leistungen benötigen wir zur Unterstützung und wer kann diese Leistungen erbringen, welche Institutionen können Beiträge zur Unterstützung leisten?

Ein weiteres Ziel und eine Grundlage aller Maßnahmen, Empfehlungen und überhaupt der alltäglichen Arbeit mit und für psychisch erkrankte Menschen ist die **Inklusion**. Inklusion ist ein Grundsatz der Behindertenarbeit und hat die früher verwendeten Konzepte wie Integration und Normalisierung weiterentwickelt und abgelöst. Während der Integrationsbegriff noch stärker den Gedanken einer Anpassung an das, worin integriert wird, unterstellt, geht Inklusion von der Gleichwertigkeit eines Individuums aus, ohne dass dabei „Normalität“ vorausgesetzt wird. Der einzelne psychisch erkrankte Mensch ist nicht mehr gezwungen, bestimmte, häufig nicht erreichbare Normen zu erfüllen, sondern die Gesellschaft schafft Strukturen, in denen sich Personen mit ihren Besonderheiten einbringen und auf die ihnen eigene Art Leistungen erbringen können. Zur Inklusion behinderter Menschen in die Gesellschaft müssen sich also das Gemeinwesen, die Institutionen, die Leistungserbringer, die Leistungsträger und die Menschen einstellen auf die Besonderheiten und die Bedürfnisse der ehemals exkludierten Menschen und die Inklusion ermöglichen.

Diese Ziele sind auch Bestandteil eines **Eckpunktepapiers**, das von der Vertragskommission nach SGB XII am 20.09.2006 beschlossen wurde. Dieses Papier ‚Eckpunkte der kommunalen Verbände und der Verbände der Leistungserbringer in Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung‘ ist eine tragfähige Grundlage für die Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit seelischen, wie geistigen oder körperlichen Behinderungen und stellt die Entwicklung programmatisch unter die folgenden Leitlinien:

- Kommunalisierung
- Orientierung am Individuum
- Selbsthilfe
- Bürgerschaftliches Engagement
- Neue Netzwerke der Unterstützung
- Integration / Inklusion
- Neue Wege

Dieses Eckpunktepapier hat nichts von seiner Aktualität verloren. Es ist in den Anhang aufgenommen und ist ein programmatischer Bestandteil des Psychiatrieplans.

2.3. Der Planungsprozess

Der Psychiatrieplan entstand in einem gemeinsamen Prozess, an dem alle Vertreterinnen und Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes (GPSV) beteiligt waren. Eine Auftaktveranstaltung wie zu Beginn der Teilhabeplanung für geistig und mehrfachbehinderte Menschen wurde nicht durchgeführt, weil in der Sozialpsychiatrie mit dem GPSV bereits ein Planungs- und Steuerungsgremium existierte. Für die Psychiatrieplanung wurde dieses Gremium noch um einen Vertreter des Kreisverbandes des Gemeindetages Baden-Württemberg erweitert. Folgende Organisationen waren mit den genannten Personen am Arbeitskreis beteiligt.

Vorsitz: Sozialdezernent Alfred Schmid

Geschäftsführung: Stabsstelle Sozialplanung und Controlling: Dr. Dieter Kulke

Leistungserbringer:

- Klinikum Nordschwarzwald: Dr. Gunther Essinger
- Niedergelassene Nervenärzte im Landkreis Böblingen: Birgitta Ernst
- Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH: Andrea Stratmann
- WfB Leonberg gGmbH: Bernhard Siegle
- Fortis e.V.: Werner Thumm
- Sozialpsychiatrischer Dienst und Integrationsfachdienst: Ralph Fleischmann
- Offene Herberge e.V.: Hans Dietz
- Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.: Friedrich Walburg
- Evangelische Heimstiftung: Karl-Heinz Wohlgemuth
- Gesundheitsamt, Sachgebiet Gesundheitshilfe, -förderung und -prävention: Brigitte Lober

Weitere Organisationen:

- Initiative Psychiatrie-Erfahrener: Michael Beichert
- Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.: Ingrid Rakoczy
- Gemeindetag Baden-Württemberg, Kreisverband Böblingen: Winfried Kuppler
- Patientenfürsprecher: Gerd Doll
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Landkreis Böblingen: Tatjana Köngeter
- AOK Stuttgart-Böblingen: Susanne Hecker (seit 29.10.2008)

Weitere Stellen des Landratsamtes:

- Kreissozialamt, Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen: Susanne Lechler

Im Rahmen der Teilhabeplanung wurden zwei Erhebungen durchgeführt, um einen vollständigen Überblick über die Institutionen und Leistungen im Landkreis und eine Grundlage für eine Bedarfsvorausschätzung der Eingliederungshilfeleistungen zu erhalten:

1. Erhebung der Gebäude: In einem ersten Schritt wurden von den Trägern mit Sitz im Landkreis, die Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen, Angaben zu den vorhandenen Gebäuden erfragt, in denen Betreuungsleistungen erbracht werden. Dadurch ist ein Überblick über das Gesamtangebot im Landkreis Böblingen und seine regionale Verteilung möglich. Hierzu wurden an die Träger vorbereitete Tabellen verschickt, in die die Angaben zum Stand 31.12.2007 zu jedem Standort und den dort erbrachten Leistungen nach Leistungstyp einzutragen waren.

2. Erhebung der betreuten Personen: Für jeden Eintrag in diesen Gebäudebogen wurden dann vom Leistungserbringer Angaben zu den Personen gemacht, die dort Leistungen erhalten. Erhoben wurden das Alter in Kategorien, das Geschlecht, ggf. Hilfebedarfsgruppe und Pflegestufe, Leistungsträger, Art der Behinderung, Beginn der aktuellen Leistung, Leistungsart, Wohnform, Wohnort und bei Neuaufnahmen im Jahr 2006 und 2007 die Wohnsituation vor der Maßnahme und wodurch die Aufnahme angeregt worden war. Diese Daten zu den Leistungsempfängern im Landkreis Böblingen stellen die notwendige Grundlage für die Bedarfsvoraus-schätzung dar. Das Landratsamt gab hierzu eine Erklärung zum Datenschutz aus.

Die Arbeit im Planungsprozess erfolgte in mehreren Schritten, bei denen man sich grob an unterschiedlichen Lebens- und Leistungsbereichen orientierte. So wie der gesamte Planungsprozess erfolgten auch die Sitzungen unter Mitwirkung aller Mitglieder des Arbeitskreises. So hielten viele Mitglieder Präsentationen und Referate im Arbeitskreis. Damit hatten alle Beteiligten die Gelegenheit, über die Befragung hinaus ihre Angebote vorzustellen, ihre Interessen einzubringen und auf Entwicklungen aus ihrer Sicht hinzuweisen. Die Arbeit erfolgte in folgenden Schritten:

Tabelle 1: Arbeitsschritte der Psychiatrieplanung

Zeitpunkt	Schritte und behandelte Themen
04.07.2007	GPSV-Sitzung: Beschlussfassung über die Grundlagen der Psychiatrieplanung
04.10.2007	Beschluss einer Psychiatrieplanung durch den JHSSA
21.11.2007	Klärung der Ziele und der Vorgehensweise; Abstimmung der Erhebung und der Befragung, Datenschutz
27.02.2008	Aufgabe des Gesundheitsamtes; Sozialpsychiatrischer Dienst; Gemeindepsychiatrische Zentren und Tagestätten
23.04.2008	Medizinische Versorgung; Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle
02.07.2006	Hilfeplankonferenz; Tagesstruktur und Arbeit; Integrationsfachdienst; Bedarfsplanung im Bereich Arbeit
10.09.2008	Wohnen
01.10.2008	Maßnahmen zu Wohnen und Pflege, Selbsthilfe
29.10.2008	Bedarfsplanung im Bereich Wohnen; Diskussion und Beschluss des Teils I des Psychiatrieplans
12.11.2008	Maßnahmen zum Bürgerschaftlichen Engagement; Diskussion und Beschluss des Psychiatrieplans
01.12.2008	Beschluss des Psychiatrieplans im JHSSA
15.12.2008	Beschluss des Psychiatrieplans im Kreistag

Nach Abschluss des Psychiatrieplans und dem Beschluss im Kreistag wird die eigentliche Arbeit mit der Umsetzung der Maßnahmen beginnen. Im Verlauf des Planungsprozesses wurden etliche Fragen aufgeworfen und im Teilhabeplan werden einige Aufträge erteilt, die im Anschluss bearbeitet werden müssen.

2.4. Zielgruppe

Da der Begriff ‚psychisch erkrankt‘ relativ weitgefasst ist und sowohl Menschen mit einer einmaligen kurzen Krankheitsperiode als auch chronisch schwer psychisch erkrankte Menschen mit dauerhaftem intensivem Hilfebedarf betrifft, muss die Zielgruppe näher definiert werden. Die Zielgruppe der vorliegenden Psychiatrieplanung sind diejenigen Menschen, die psychisch erkrankt sind und aufgrund der Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Dieser Unterstützungsbedarf geht in der Regel über eine rein ärztliche und medizinische Versorgung hinaus und betrifft ambulante oder stationäre Leistungen der Betreuung im Alltag, beim Wohnen oder bei der Tagesstruktur, in der Regel nach SGB XII (Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege). Damit sind Leistungen angesprochen, die in der Verantwortung des Landkreises als Zuschussgeber oder als Leistungsträger liegen und auf die der Landkreis Einfluss nehmen kann. Leistungen für Personen, die ausschließlich Leistungen des medizinischen Systems beanspruchen, stehen nicht im Fokus des Psychiatrieplans.

Außerdem sind Leistungen für folgende Zielgruppen nicht Gegenstand der Psychiatrieplanung:

- a) Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen gehören nicht zur Zielgruppe der Psychiatrieplanung, alt gewordene psychisch kranke Menschen dagegen schon. Die gerontopsychiatrische Versorgung und die der chronisch psychisch Kranken sind relativ getrennt voneinander. Der Bereich der Gerontopsychiatrie wird im Landkreis Böblingen hauptsächlich von der Altenhilfe verantwortet. Deswegen soll dieser Bereich im Zuge der Fortschreibung der Altenhilfeplanung bearbeitet werden.
- b) Medizinische Leistungen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe sind ebenfalls von der Planung ausgeschlossen. Diese Leistungen werden von der Suchthilfe erbracht und von dem einzurichtenden Suchthilfenetzwerk verantwortet. Die Schnittstelle zu diesem Bereich wird selbstverständlich bearbeitet und ist auch in Form der Martinshöhe in Böblingen, einer Einrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke, Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund.
- c) Eingliederungshilfeleistungen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind nach § 35a SGB VIII der Jugendhilfe zuzuordnen und werden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Auch wenn diese genannten Personengruppen und die Leistungen für sie nicht Gegenstand der Psychiatrieplanung sind, werden Bedarfe, Leistungen und offene Fragestellungen an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungssysteme selbstverständlich mit bearbeitet werden.

2.5. Der Landkreis Böblingen und die Planungsregionen in der Sozialpsychiatrie

Der **Landkreis Böblingen** hat eine relativ ausgeglichene Siedlungsstruktur mit drei historisch gewachsenen Regionen mit jeweils einem Zentrum, das früher Sitz eines Oberamtes war: Leonberg im Norden des Landkreises, Böblingen und Sindelfingen, verstanden als ein Ballungsraum, in der Mitte des Landkreises sowie Herrenberg im Süden. Diese Städte erfüllen nach dem Landesentwicklungsplan 2002 siedlungsgeographisch die Funktion von Mittelzentren, d.h. sie verfügen über höhere Schulen, Krankenhäuser, Fachärzte u.ä., Angebote, die in Unterzentren nicht oder nur teilweise vorhanden sind. Dies spiegelt sich auch in den **Angeboten für psychisch erkrankte Menschen** wider (siehe Tabelle 3 auf Seite 18).

Tabelle 2: Planungsräume und Einwohner der Angebote für chronisch psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen im Landkreis Böblingen (Stand: 30.06.2005)

Planungsraum Leonberg		Planungsraum Böblingen/ Sindelfingen		Planungsraum Herrenberg	
Gemeinden	Einwohner	Gemeinden	Einwohner	Gemeinden	Einwohner
aus LK BB		aus LK BB		aus LK BB	
Leonberg	45.537	Böblingen	46.491	Herrenberg	31.377
Renningen	17.214	Holzgerlingen	12.502	Altdorf	4.530
Rutesheim	10.121	Sindelfingen	60.829	Bondorf	5.828
Weil der Stadt	19.212	Waldenbuch	8.517	Deckenpfronn	2.971
Weissach	7.547	Aidlingen	9.104	Gärtringen	12.072
außerhalb LK BB		Ehningen	7.940	Gäufelden	9.382
Ditzingen	24.215	Grafenau	6.662	Hildrizhausen	3.665
Gerlingen	18.996	Magstadt	8.808	Jettingen	7.635
Hemmingen	7.631	Schönaich	9.803	Mötzingen	3.669
Korntal- Münchingen	18.080	Steinenbronn	6.039	Nufringen	5.321
		Weil im Sch.	9.979	Gesamt	86.450
Gesamt	168.553	Gesamt	186.674		
Gesamter Einzugsbereich			441.677 Einwohner		

Quelle: Statistisches Landesamt, Fortschreibung. Stand: 31.12.2007

Zu der Region Leonberg zählen für die Werkstattangebote auch die Gemeinden Ditzingen, Gerlingen, Hemmingen und Korntal-Münchingen aus dem jetzigen Landkreis Ludwigsburg, früher Landkreis Leonberg². Die Berücksichtigung der vier Gemeinden aus dem Landkreis Ludwigsburg betrifft nur die WfB Leonberg und ist mit dem Landkreis Ludwigsburg abgestimmt.

² Die ebenfalls zum Altkreis Leonberg gehörenden Gemeinden aus dem Enzkreis Frielzheim, Heimsheim, Mönshausen und Wimsheim gehören zwar zum ursprünglichen Einzugsbereich der WfB Leonberg, sollen aber nicht zu der Planungsregion gezählt werden, weil aufgrund inzwischen eingerichteter Ange-

Für die Sozialplanung sind Planungsräume und Einzugsbereiche in unterschiedlichem Ausmaß relevant. Zum Beispiel sind bei der Anerkennung von WfbM Einzugsbereiche zu benennen, für die diese Werkstätten eine Aufnahmeverpflichtung haben. Außerdem geht es auch um praktische Fragen wie kurze Wege für die Fahrdienste oder um eine sozialräumliche Orientierung der Bevölkerung. Und weil viele dieser Institutionen aufeinander bezogen sind, die Bewohner einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft auch eine WfbM oder eine Tagesstätte besuchen, sollen sich die Versorgungs- und Einzugsbereiche dieser verschiedenen Institutionen nach Möglichkeit decken. Dies bedeutet sowohl, dass bei neuen Angeboten immer die Erreichbarkeit anderer zu bedenken ist, als auch dass die Einrichtungen in einer Region sich in erster Linie als zuständig für die Versorgung dieser Region betrachten sollen.

Im Unterschied zur Teilhabeplanung für Menschen mit einer geistigen Behinderung, kann bei einem Teil der psychisch erkrankten Menschen von einer höheren Flexibilität und Mobilität ausgegangen werden, die dazu führen, dass auch öfter Angebote genutzt werden können, die z.B. weiter entfernt von ihrem Wohnort liegen und stärker den Wünschen und Vorstellungen des Betroffenen entsprechen.

Tabelle 3: Regionen im Landkreis Böblingen für die sozialpsychiatrische Versorgung

In der Planungsregion **Leonberg** sind räumliche und gewachsene soziale Beziehungen ausschlaggebend dafür, dass es immer noch eine Orientierung am Altkreis Leonberg gibt, auch wenn sich diese weniger in den Institutionen niederschlägt als in der Behindertenhilfe. So ist die **WfB Leonberg** auch für die WfbM-Versorgung der Gemeinden Ditzingen, Gerlingen, Hemmingen und Korntal-Münchingen zuständig. Die Wohnangebote in diesen Gemeinden und für deren Bewohner werden aber ebenso wie die Tagesstätte in Ditzingen von Ludwigsburger Trägern verantwortet. In Leonberg gibt es neben der WfB auch ein **Gemeindepsychiatrisches Zentrum mit Tagesstätte und Sprechstunden des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des ambulant betreuten Wohnens, der ABV-Stelle und der Psychiatrischen Institutsambulanz** sowie **zwei Wohngemeinschaften** für psychisch erkrankte Menschen von der Offenen Herberge und Fortis sowie zahlreiche Einzelbetreuungen.

Böblingen, Sindelfingen und die daran angrenzenden Gemeinden bilden regional ein gemeinsames Zentrum, das allerdings so groß ist, dass es in manchen Versorgungsaspekten doppelte Angebote gibt. Der Schwerpunkt der Angebote liegt dabei in Sindelfingen. Hier gibt es in der Altstadt ein **Gemeindepsychiatrisches Zentrum mit Tagesstätte und Sprechstunden des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des ambulant betreuten Wohnens, der ABV-Stelle und der Psychiatrischen Institutsambulanz**. Stationäre Wohnangebote gibt es zusammen mit Tagesstrukturangeboten im Sindelfinger **Wohnkolleg** von Fortis mit einer stationären Außenwohngruppe. Die **WfbM der GWW** hat neben der Hauptwerkstatt in Sindelfingen eine wei-

bote in Pforzheim und Mühlacker behinderte Menschen aus diesen Gemeinden nur noch im Einzelfall die WfB Leonberg besuchen.

tere Betriebsstätte in Magstadt, in welcher hauptsächlich seelisch behinderte Menschen arbeiten. In beiden Städten gibt es mehrere ambulante Wohngemeinschaften sowie Einzelbetreuungen. In Böblingen gibt es im Stadtteil Diezenhalde die **Martinshöhe**, ein stationäres Wohnangebot für den speziellen Personenkreis der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken. In Böblingen befinden sich auch die zentralen Beratungsangebote, hier ist der Hauptsitz des **Sozialpsychiatrischen Dienstes** und des **Integrationsfachdienstes** sowie das **Gesundheitsamt** mit seiner psychiatrischen Sprechstunde.

In **Herrenberg** gibt es ebenfalls ein **Gemeindepsychiatrisches Zentrum mit der Tagesstätte ‚Lichtblick‘ und Sprechstunden des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des ambulant betreuten Wohnens, der ABV-Stelle und der Psychiatrischen Institutsambulanz**. Darüber hinaus gibt es im selben Gebäude das **Wohnheim Herrenberg** samt Tagesstrukturangeboten von Fortis. **Werkstattplätze** werden für diese Region ebenfalls von der GWW angeboten, für seelisch behinderte Menschen vor allem in der Teilwerkstatt Herrenberg in der Raistingener Straße, aber auch an anderen Standorten sowie in Außenarbeitsplätzen in Herrenberg-Gültstein.

Die drei Planungsregionen sind eine wichtige Grundlage für die Standortplanung von Einrichtungen und die Bedarfsvorausschätzung. Durch die Bestimmung von Planungsregionen kann das Prinzip der Wahlfreiheit, das besagt, dass den Wünschen des Berechtigten entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind (§ 33 SGB I), nicht beeinträchtigt werden. Dennoch ist es legitim und richtig, dass der Landkreis Böblingen gegebenenfalls für von ihm unterstützte oder evtl. gar bezuschusste Angebote eine bevorzugte Berücksichtigung der Bewohner des Landkreises erwarten kann.

3. Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV)

Zum 01.07.2006 gründete sich der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) im Landkreis Böblingen. Damit wurden die Information und die Abstimmung über die Entwicklung des Leistungssystems, die bis dahin im Psychiatrie-Arbeitskreis erfolgte, auf eine verbindlichere Grundlage gestellt. Die Gründung des GPV erfolgte mit einem einstimmigen Beschluss des Kreistages am 15.05.2008 (KTDrs 31/2006) nach der Beratung im JHSSA am 24.04.2008.

Die Gründung des GPV knüpft an die Empfehlung des Landes aus dem Landespsychiatrieplan 2000 zur Gründung von GPV an. Ziele der GPV-Konzeption sind danach:

- „das Netz der verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Angebote der psychiatrischen Versorgung enger zu knüpfen,
- eine gemeinsame vertragliche Verpflichtung zur Übernahme der Versorgungsverpflichtung für chronisch psychisch Kranke zu erreichen,
- die vorhandenen Ressourcen gemeinsam zu nutzen und Effektivität und Effizienz der Versorgung zu verbessern sowie zur Qualitätssicherung beizutragen“ (Sozialministerium, Stuttgart 2000, S. 41).

Dem Gemeindepsychiatrischen Verbund gehören Vertreter aller an der Versorgung und der Interessenvertretung psychisch erkrankter Menschen im Landkreis Böblingen beteiligter Organisationen an. Zum Zeitpunkt der Gründung zum 01.07.2006 waren dies:

- Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Angehörigengruppe Böblingen
- Evangelischer Diakonieverband im Landkreis Böblingen e.V.
- Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
- Evangelische Heimstiftung GmbH Stuttgart
- Gemeinnützige Werkstätten- und Wohnstätten GmbH
- Initiative Psychiatrieerfahrener im Landkreis Böblingen
- Klinikum Nordschwarzwald
- Offene Herberge e.V.
- Patientenfürsprecher im Landkreis Böblingen
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Fortis e.V.
- Vertretung der niedergelassenen Nervenärzte/Nervenärztinnen im Landkreis Böblingen
- Werkstatt für Behinderte Leonberg gGmbH
- Landkreis Böblingen mit verschiedenen Dienststellen.

Die Vereinbarung ist grundsätzlich für den Beitritt weiterer Organisationen, insbesondere weiterer Rehabilitationsträger, offen. Nach Gesprächen mit dem Sozialdezernat entschloss sich die AOK Stuttgart-Böblingen, dem GPV beizutreten. Auf der Sitzung des GPSV am 29.10.2008 wurde dies mit sofortiger Wirkung beschlossen.

Die Arbeit des GPV erfolgt auf der Grundlage der Kooperationsvereinbarung vom 13.04.2006, in der die Zielsetzung und Grundsätze, der die Leistungen erhaltende Personenkreis, die Aufgaben, die Gremien, sowie der **Grundsatz der gemeinsamen Planung und Abstimmung** festgehalten sind (siehe hierzu die KTDrs 31/2006). Darin heißt es u.a. „Im Sinne einer personenbezogenen Versorgung und Behandlung werden sozialpsychiatrische Komplexleistungen auf Grundlage gemeinsamer Planung und Abstimmung erbracht. Dazu ist eine laufende Angebotsentwicklung und Kooperation der beteiligten Leistungserbringer erforderlich.“

3.1. Die Institutionen

Die Umsetzung des GPV findet auf drei Ebenen statt:

- a) Steuerungsgremium unter der Moderation und Geschäftsführung des Landkreises, dessen Ziel die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und der Zusammenarbeit sowie die Erarbeitung von Qualitätskriterien ist (**Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund (GPSV)**).
- b) Trägerverbund, der diese Ziele umsetzen soll und Synergien und Trägervorhaben abstimmt (**Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund (GPLV)**).
- c) **Hilfeplankonferenz**, die überwiegend auf der Einzelfallebene tätig ist und ihre Ergebnisse in das Steuerungsgremium einbringt. Die Hilfeplankonferenz wird weiter unten in Kapitel 6 beschrieben.

Der GPSV ist das oberste Steuerungsgremium mit dem Vorsitz des Sozialdezernenten und der Geschäftsführung durch die Stabstelle Sozialplanung und Controlling. Der GPSV wird seit seiner Einrichtung zum 01.07.2006 bis zum 31.12.2008 elfmal zusammen gekommen sein, wobei sich die Sitzungen wegen der Psychiatrieplanung in 2008 häuften. Der GPSV ist ein unverzichtbares Gremium, um die Entwicklung des Leistungssystems gemeinsam zu gestalten. Inzwischen hat sich auch eine Kultur der Zusammenarbeit entwickelt, die nicht nur gegenseitige Information der Mitglieder umfasst, sondern eine echte Abstimmung einfordert (siehe Maßnahme 5.). Dies belegt, wie sehr der GPV bei der Zielerreichung und den Qualitätsstandards im Hinblick auf eine gemeinsame Verantwortung und auf die Entwicklung des Leistungssystems voran gekommen ist.

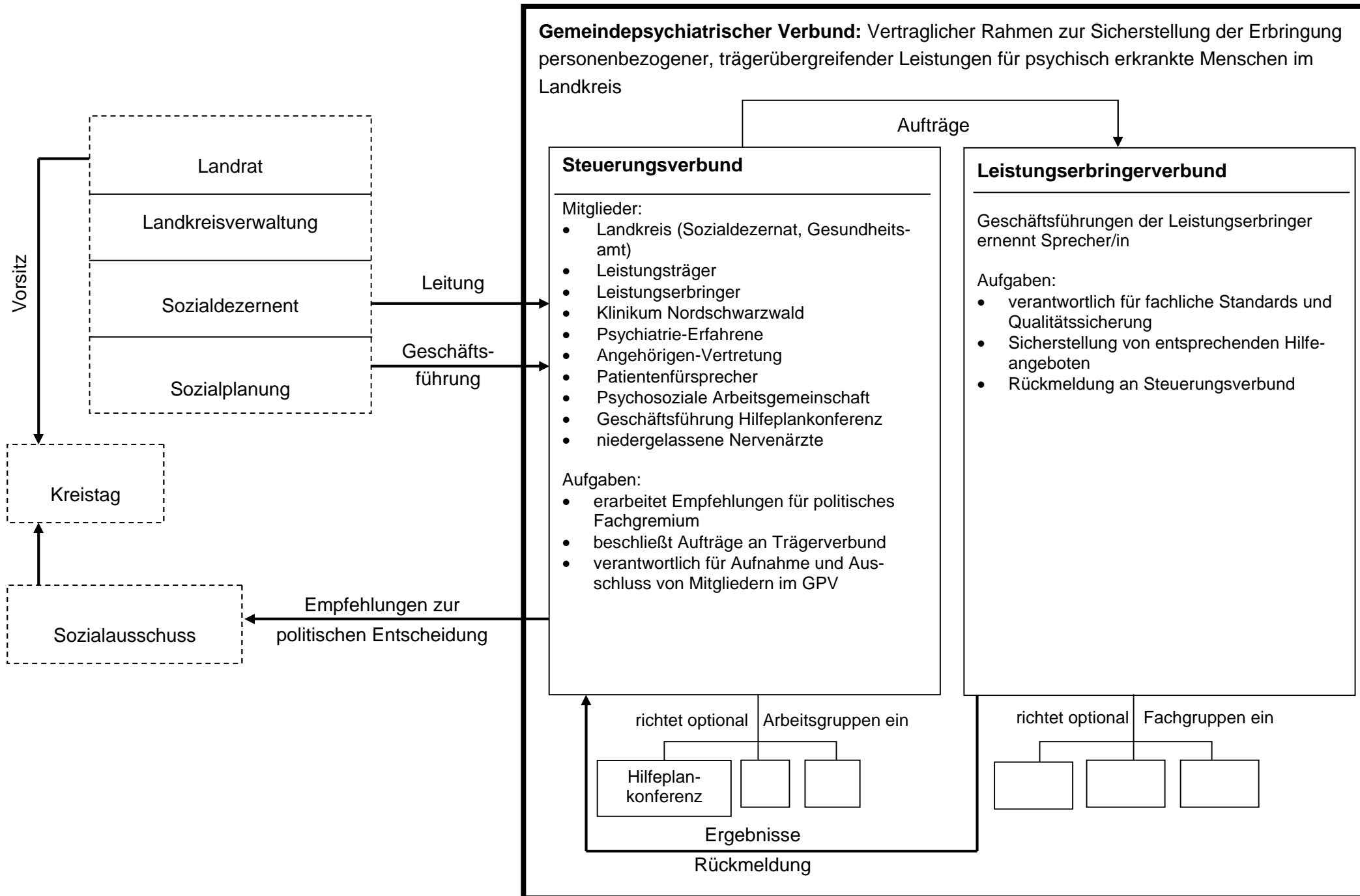
Der GPLV, in den auch die Aufgaben der früheren Tagesstättenkooperation³ eingingen, hat sich seit seiner Einrichtung siebenmal zu Sitzungen getroffen. Mitglieder sind alle Leistungserbringer einschließlich der Sozialplanung. Der Leistungserbringerverbund muss seine Rolle und seine Zuständigkeit noch etwas finden, konnte aber noch nicht richtig aktiv werden, weil wegen der noch ausstehenden Ergebnisse der Psychiatrieplanung keine planerische Umsetzung von Maßnahmen erfolgen konnte. Konzeptionelle Überlegungen sollten allerdings auch die psychisch erkrankten Menschen selber und ihre Angehörigen miteinbeziehen. Deswegen ist zu prüfen, ob sich der GPLV auch für diese Gruppen öffnet um insbesondere Maßnahmen der

³ In den Tagesstättenkooperationen wurde die Zusammenarbeit der Tagesstätten mit den Trägern der WfbM zur Überlassung von Arbeiten aus den WfbM in die Tagesstätten geregelt.

Psychiatrieplanung konzeptionell umzusetzen, oder ob er ein reines Trägertreffen, dann evtl. auch ohne Sozialplanung, werden will.

In der folgenden Abbildung 1 ist das Organigramm des GPV im Landkreis Böblingen abgebildet (vgl. KTDrs 31/2006, Anlage 1). Unter Berücksichtigung der genannten Überlegungen zur strukturellen Weiterentwicklung wünschen alle Beteiligten eine Fortsetzung des GPV.

Abbildung 1: Organigramm Gemeindepsychiatrischer Verbund im Landkreis Böblingen



3.2. Maßnahmen und Empfehlungen zum GPV

1. Der **Gemeindepsychiatrische Verbund im Landkreis Böblingen** hat sich bewährt. Er soll in den bestehenden Strukturen fortgeführt werden. Nach einem Zeitraum von weiteren drei Jahren soll der GPV wieder eine Überprüfung der Strukturen und Arbeitsweisen in Bezug auf die Zielerreichung, die Qualitätsstandards und die Effizienz der Arbeitsweise vornehmen.
2. Als nächste Aufgabe steht die Ausarbeitung einer **Geschäftsordnung** für den GPSV an. Es ist auch zu prüfen, ob nach dem Beitritt der AOK Stuttgart-Böblingen noch weitere Organisationen dem GPV beitreten sollten. Zu denken wäre hier in erster Linie an die Arbeitsagentur oder das Jobcenter, um das Thema der Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen breiter abzudecken.
3. Die **Hilfeplankonferenz** als Gremium des GPV soll fortgesetzt werden und dem GPSV und dem JHSSA regelmäßig Bericht erstatten (siehe auch Maßnahmen zu Kapitel 6).
4. Der **Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund** soll seine Zusammensetzung, seine Arbeitsweise und seine Ziele überprüfen und ggf. umsteuern.
5. Die Steuerung der Versorgung im GPV Landkreis Böblingen erfolgt nach den in der Kooperationsvereinbarung vom 13.04.2006 festgelegten Grundsätzen. Die Schaffung neuer Leistungsangebote oder wesentliche inhaltliche Änderungen von bestehenden Leistungsangeboten werden im GPSV beraten und abgestimmt. Über die mengenmäßige Ausweitung bestehender Leistungsangebote oder die örtliche Verlegung von Leistungsangeboten wird der GPSV informiert.
6. Für die Umsetzung einzelner Empfehlungen der vorliegenden Psychiatrieplanung sollen **Arbeitsgruppen** des GPSV eingerichtet werden.

4. Medizinische Versorgung

4.1. Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte

Im Landkreis Böblingen gibt es eine Vielzahl von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie und Psychiatrie. Nach dem Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung gibt es im Landkreis

- 14 Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie in Böblingen, Herrenberg, Holzgerlingen, Sindelfingen, Leonberg und Weil der Stadt.

Die Versorgung und die Niederlassung von Ärzten richten sich nach Vorgaben, die nicht vom Landkreis beeinflusst werden können. Dabei sind es weniger die Zulassungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, sondern eher die wenig guten Verdienstmöglichkeiten, die die Übernahme einer psychiatrischen Praxis wenig attraktiv sein lassen. Dies führt zu einer gewissen Unterversorgung, die sich in den Wartezeiten niederschlägt. Bekannte Patienten werden in aller Regel sofort bedient, bei manchen Praxen kann es aber bei Neupatienten, die gesetzlich krankenversichert sind, zu Wartezeiten bis zu über zwei Monaten kommen.

4.2. Das Klinikum Nordschwarzwald

Das für den Landkreis Böblingen nach dem Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg für die psychiatrische Versorgung zuständige Krankenhaus ist das **Klinikum Nordschwarzwald** in Calw-Hirsau. Der zunehmenden fachlichen Differenzierung einerseits sowie dem sozialpsychiatrischen Ansatz eines regionalen Behandlungsverbundes andererseits entsprechend gliedert sich das Klinikum in sieben medizinische Fachabteilungen: zwei regionalisierte (Allgemeinpsychiatrie Region Süd (für Landkreise Böblingen und Calw) und Region Nord (für Stadt Pforzheim, Enzkreis und teilweise Landkreis Karlsruhe)) und fünf fachlich spezialisierte Abteilungen (Psychotherapeutische Medizin, Suchttherapie, Gerontopsychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie). Durch die Regionalisierung der Allgemeinpsychiatrie wird eine optimale Abstimmung mit den heimatnahen, ambulanten stationären medizinischen und psychosozialen Behandlungs- und Hilfsangeboten erleichtert. Das Klinikum erbrachte die in der folgenden Tabelle dargestellten Leistungen für Bewohner aus dem Landkreis Böblingen.

Tabelle 4: Leistungen des Klinikums Nordschwarzwald für den Landkreis Böblingen

Stationäre Behandlungsfälle im Jahr 2007	
Suchttherapie	ca. 300 Fälle
Gerontopsychiatrie	ca. 300 Fälle
Kinder- und Jugendpsychiatrie	ca. 100 Fälle
Psychiatrie	ca. 1.150 Fälle
Gesamt	ca. 1.850 Fälle

Psychiatrische Institutsambulanz, Fälle im I. Quartal 2008	
GPZ Leonberg	18
GPZ Sindelfingen	7
GPZ Herrenberg	12
Tagesklinik Böblingen	13
Altenpflegeheime im Landkreis Böblingen	189
Gesamt	239

Quelle: Klinikum Nordschwarzwald.

Insgesamt wurden 1.850 Fälle aus dem Landkreis Böblingen behandelt, ca. 1.150 davon in der für den Psychiatrieplan relevanten Allgemeinpsychiatrie. Die Behandlung der insgesamt ca. 1.850 Fälle ging mit ca. 54.000 Behandlungstagen einher, das entspricht einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von knapp 30 Tagen. Von den insgesamt 1.850 Fällen sind ca. 5 % Unterbringungen und ca. 15 % fürsorgliche Zurückhaltungen nach dem baden-württembergischen Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker. Allerdings beziehen sich diese Zahlen in Tabelle 4 auf Fälle und nicht auf Personen, so dass keine Aussagen zur Personenanzahl getroffen werden können.

Insgesamt wird vom Klinikum eine Steigerung der Zahl der Fälle stationärer Behandlungen aus dem Landkreis Böblingen in den vier Jahren seit 2004 um 3 bis 5 % konstatiert. Dies entspricht jährlichen Steigerungen von ca. 1 %.

Ein weiteres wichtiges Angebot des Klinikums Nordschwarzwald ist seit 1998 die **Tagesklinik für psychisch erkrankte Menschen** in Böblingen im Haus am Maienplatz. Träger ist die Evangelische Heimstiftung GmbH, über einen Kooperationsvertrag mit dem Klinikum Nordschwarzwald wird die ärztliche Versorgung sicher gestellt. Die Tagesklinik hat nach einer Erweiterung im Jahr 2006 den Ausbaustand mit 40 Plätzen erreicht. Ärzte, Ärztinnen und Krankenschwestern betreuen dort psychisch erkrankte Menschen, die mehr als eine ambulante, aber noch keine vollstationäre Behandlung benötigen. Die Dauer liegt zwischen fünf Wochen und einem halben Jahr. Das Alter der Patienten liegt zwischen 18 und 60 Jahren, die meisten sind zwischen 30 und 50 Jahren, ungefähr zur Hälfte Männer und Frauen. Zusätzlich zu den Ärzten und Schwestern kümmern sich Ergotherapeuten, eine Sozialarbeiterin und ein Psychologe um die Patienten. Durch den Ausbau auf 40 Plätze konnte die Wartezeit kurzfristig auf sechs Wochen reduziert werden, durch die zunehmende Nachfrage stieg sie aber wieder an und liegt aktuell bei ca. fünf Monaten. Im Jahr 2007 gab es insgesamt 185 Behandlungsfälle in der Tagesklinik.

Darüber hinaus führt das Klinikum Nordschwarzwald auch ärztliche Konsile durch. In 350 Fällen wurde in den Kliniken Sindelfingen und in 250 Fällen in den Kliniken Böblingen beraten, in den anderen Krankenhäusern im Landkreis fanden keine Konsile statt.

Und schließlich bereibt das Klinikum Nordschwarzwald auch eine **Psychiatrische Institutsambulanz** (PIA). Die typische Aufgabe der PIA ist die Nachbetreuung von Patienten des Klinikums Nordschwarzwald nach der Entlassung. Dadurch kann sie auch Kontakt zu Patienten herstellen und halten, die sich ansonsten nicht in die Behandlung durch Niedergelassene begeben würden. Die PIA ist somit inzwischen zu einem wichtigen Bestandteil des Versorgungssystems geworden. Die PIA betreut knapp 250 Fälle pro Quartal für den Landkreis Böblingen und bietet auch in allen drei GPZ Außensprechstunden an, teilweise wöchentlich, teilweise 14-tägig. Vom Umfang her fast noch wichtiger als die Sprechstunde in den GPZ ist die gerontopsychiatrische Arbeit der PIA in den Altenpflegeheimen im Landkreis Böblingen.

Problematisch an der Versorgung ist in erster Linie, dass das Klinikum Nordschwarzwald von den verschiedenen Städten und Gemeinden des Landkreises Böblingen aus sehr schlecht zu erreichen ist. Von Böblingen aus sind es ca. 34 km bis zum Klinikum. Vollends umständlich wird die Anreise, wenn Angehörige, z.B. Eltern von Patienten, die nicht mehr Auto fahren können oder keines besitzen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln die Strecke zurück legen müssen. Extrem schlechte Busverbindungen und lange Fahrtzeiten erschweren Besuche und das Beibehalten von Kontakten in das Wohnumfeld und zu Freunden und Bekannten. Auch der Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg 2000 sieht den Grundsatz einer gemeindenahen Behandlung und empfiehlt zur Herstellung größerer Gemeindenähe z.B. die Auslagerung von Sektorstationen (Landespsychiatrieplan 2000, S. 61f.). Z.B. wurde in Wangen im Landkreis Ravensburg sehr erfolgreich eine Satellitenstation des Zentrums für Psychiatrie Die Weissenau – Zentrum für Psychiatrie eingerichtet. Eine solche oder eine ähnliche Lösung für den Landkreis Böblingen ist überfällig.

4.3. Maßnahmen und Empfehlungen zur medizinischen Versorgung

1. Der Landkreis Böblingen muss eine stationäre psychiatrische Einheit bekommen. Es kann nicht länger hingenommen werden, dass psychisch erkrankte Menschen aus dem Landkreis weit entfernt in Calw-Hirsau versorgt werden. Diese Maßnahme benötigt eine Umsetzung im Landeskrankenhausplan. Die verschiedenen Stellen der Landkreisverwaltung sollen politisch darauf hinwirken, dass die Einrichtung einer allgemeinpsychiatrischen Klinik, einer Abteilung oder einer Station an einem Standort im Landkreis, bevorzugt in Böblingen oder in Sindelfingen, eingerichtet wird.
2. Die **Psychiatrische Institutsambulanz** (PIA) berät und behandelt auch im Landkreis Böblingen, unter anderem auch in den Gemeindepsychiatrischen Zentren. Der Sozialdienst der PIA sollte aufgrund seiner großen Nähe und der Gefahr von Doppelstrukturen gegen Entgelt vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Evangelischen Diakonieverbandes erbracht

werden. Dies ist in der Vereinbarung zur Einrichtung von Gemeindepsychiatrischen Zentren vorgesehen und sollte auch so umgesetzt werden.

3. Die Psychiatrische Institutsambulanz soll ihre **Präsenz in den GPZ** weiter ausbauen.

5. Beratung, Begleitung und Information

Grundsätzlich erfolgt eine **Beratung durch jeden Rehabilitations-Träger** in seinem zuständigen Bereich. So berät die Rehabilitations-Beratung der Agentur für Arbeit bei der Aufnahme in den Berufsbildungsbereich einer WfbM, und das Kreissozialamt berät bei anstehendem Bedarf einer stationären Wohnheimversorgung. Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung durch die Leistungsträger beraten auch die **Leistungserbringer**, sowohl was ihre Angebote anbetrifft als auch häufig bei Fragen der Antragstellung etc. Und die **Selbsthilfvereine** beraten selbstverständlich ihre Mitglieder.

Ein mit dem SGB IX zum 01.07.2001 eingeführtes Beratungsangebot sind die **Gemeinsamen Servicestellen** der Rehabilitationsträger, die in Baden-Württemberg von der Deutschen Rentenversicherung getragen werden. Aufgaben sind:

- Information über die Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger, unter anderem auch über die Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen,
- Klärung, welcher Rehabilitationsträger für die Entscheidung über einen Antrag zuständig ist,
- Hilfe bei der Antragstellung und Entgegennahme von Anträgen, Weiterleitung dieser Anträge an den zuständigen Leistungsträger.

Die Schaffung der Gemeinsamen Servicestelle sollte die bestehenden Auskunfts- und Beratungsangebote der Rehabilitationsträger ergänzen. Hierfür werden an den Beratungszentren multidisziplinär besetzte Beratungsteams eingesetzt. Langfristiges Ziel ist eine starke Vernetzung mit den Vertretern der Menschen mit Behinderung, Selbsthilfegruppen und anderen Akteuren. Insofern verstehen sich die Gemeinsamen Servicestellen auch als Instrument der Qualitätssicherung. Die Gemeinsame Servicestelle ist kein Leistungsträger, sondern soll die Zusammenarbeit mit und zwischen Leistungsträgern reibungsloser machen, so dass sich für die Klienten keine unnötigen Verzögerungen ergeben. Die für den Landkreis Böblingen zuständige Gemeinsame Servicestelle hat ihren Sitz in Stuttgart, in der Rotebühlstraße 133, und ist für die Kreise Böblingen, Esslingen, Ludwigsburg, den Rems-Murr-Kreis und die Stadt Stuttgart zuständig und führt auch Außensprechstunden im Landkreis Böblingen durch.

Bevor es aber überhaupt zu einer Behandlungsmaßnahme kommt, sind unter Umständen mehrere Beratungsgespräche nötig. Dabei hat sich immer wieder gezeigt, dass eine Beratung, die sowohl von Leistungserbringern als auch Leistungsträgern unabhängig ist und die auch medizinische Aspekte berücksichtigen kann, sehr wichtig ist. Eine geeignete Stelle hier für ist das Gesundheitsamt.

5.1. Beratung durch das Gesundheitsamt

Nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst haben die Gesundheitsämter einen deutlichen Beratungsauftrag (§ 7 ÖGD):

„(2) Die Gesundheitsämter informieren behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, chronisch Kranke, psychisch Kranke und Suchtkranke, sowie Menschen, die an einer übertrag-

baren Krankheit leiden oder von ihr bedroht sind, über bestehende Hilfemöglichkeiten, Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote und beraten sie bei der Wahrnehmung dieser Angebote. Sie wirken darauf hin, dass andere Aufgabenträger die erforderlichen Angebote bereitstellen. Soweit diese nicht vorhanden sind, können die Gesundheitsämter zielgruppenspezifische Beratungs- und Betreuungsleistungen entwickeln und anbieten.

(3) Die Gesundheitsämter beraten und unterstützen andere Stellen, die mit der Prävention und Gesundheitsförderung befasst sind; sie regen geeignete Maßnahmen an.“

Diesem Auftrag entsprechend hat das Gesundheitsamt Böblingen eine Sprechstunde für psychisch erkrankte Menschen zwei Mal pro Woche eingerichtet. Diese Beratung stellt – auch weil damit keine Behandlung oder Medikation verbunden ist – ein extrem niederschwelliges und freilassendes Beratungsangebot dar. Bei Bedarf werden auch Hausbesuche durchgeführt. Auf Wunsch kann die Beratung auch anonym erfolgen. Ggf. können auch außerhalb der offiziell eingerichteten Sprechstunde kurze Kontakte statt finden. Diese Niederschwelligkeit und Flexibilität sind sehr wichtig, weil bei psychisch erkrankten Menschen schnell und unbürokratisch auf die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen reagiert werden muss. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Betroffenen sich aufgrund ihrer psychischen Konstellation zurückziehen und keine Hilfe mehr in Anspruch nehmen und die gesundheitliche und soziale Situation sich weiter verschärft.

Kennzeichnend für die Arbeit der psychiatrischen Beratungsstelle beim Gesundheitsamt ist, dass viele psychisch erkrankte Menschen gar nicht wissen oder einsehen, dass sie erkrankt sind, sich aber dennoch mit ihren Problemen oder Schwierigkeiten Hilfe suchend an das Gesundheitsamt wenden. Dementsprechend besteht die Beratungsarbeit im Wesentlichen aus folgenden Schritten:

1. Krankheitsbild abklären/Diagnose stellen
2. Krankheitseinsicht erarbeiten
3. Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung/sozialpsychiatrischer Begleitung oder anderer sozialer Hilfen abklären,
4. an das medizinische und sozialpsychiatrische Versorgungssystem heranführen.

Oft sind die Klienten in verschiedener Hinsicht verwahrlost, leiden unter Einsamkeit, sind sozial abgestiegen und ausgegrenzt durch Verlust von Arbeit und/oder Wohnung. Durch die krankheitsbedingte Unfähigkeit, sich um ihre Angelegenheiten zu kümmern, ist oft bereits der Verlust von Sozialversicherungsansprüchen eingetreten und die Spirale der Verarmung weit fortgeschritten, so dass sich die Lebenssituation der betroffenen Menschen als eine Multiproblemlage darstellt. In vielen Fällen wenden sich auch zunächst Angehörige oder Menschen aus dem Umfeld an die Beratung.

Die Beratungsstelle kooperiert eng mit anderen Diensten und Einrichtungen, allen voran dem SpDi, dem Klinikum Nordschwarzwald, mit niedergelassenen Ärzten v.a. Nervenärzten sowie anderen Kliniken, der Betreuungsbehörde, den Ordnungsämtern, der Polizei, dem Allgemeinen Sozialen Dienst, den Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen etc. Mitarbeiter anderer Dienste und Einrichtungen wenden sich bei Fragen im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen an die Beratungsstelle im Gesundheitsamt. Vereinzelt werden auch Schulungen angeboten zu bestimmten Fragestellungen (z.B. für die Einsatzleiterinnen der Nachbarschafts-

hilfe zum Thema „Grundlagen von psychischen Erkrankungen“; Schulung von Ehrenamtlichen in Kooperation mit dem SpDi, IAV-Stellen, Sozialstationen; fachliche Beratung der Alzheimer-Betreuungsgruppen etc.). Die fachärztliche Beratung kann im Einzelfall durch eine sozialarbeiterische Beratung ergänzt werden und umgekehrt.

Aus der Arbeit des Sachgebietes Gesundheitshilfe, Fallbeispiel:

Der 48jährige Herr K. wurde ursprünglich von der Kripo zur Beratung übermittelt, nachdem er wiederholt angedroht hatte, aus Rache gegen Hausmitbewohner in seiner Wohnung Feuer zu legen. Hintergrund dieser Drohungen waren schwere psychische Störungen (schizoide Persönlichkeitsstörung): Herr K. fühlte sich in krankhafter Weise von den Nachbarn bedroht und beeinträchtigt und hatte zeitweilig sogar das Gefühl, die Nachbarn wollten ihn vernichten. In einer ähnlichen Situation hatte Herr K. vor 20 Jahren tatsächlich einen Wohnungsbrand gelegt, wobei mehrere Menschen z.T. schwer verletzt worden waren. In der Zwischenzeit war Herr K. zwar mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Eine durchgreifende psychiatrische Behandlung war jedoch nicht möglich, weil sich Herr K. dagegen verwehrt, als psychisch krank eingestuft zu werden.

Herr K. hatte einige kränkende Erlebnisse i.R. verschiedener ambulanter psychiatrischer Hilfeangebote. Er steht mittlerweile allen psychiatrischen Angeboten einschließlich der nervenärztlichen Behandlung ablehnend gegenüber. Herr K. stand nie in einem regulären Arbeitsverhältnis und lebt seit 2006 krankheitsbedingt von Grundsicherung. Die einzige sichere und zuverlässige Anlaufstelle, wo er sich bei Problemen angenommen und gestärkt fühlen kann, ist das Gesundheitsamt. Hierher kommt Herr K. seit Jahren in unregelmäßigen Abständen, mal zur Sozialarbeitin, mal zur Psychiaterin in die psychiatrische Sprechstunde. Es wurden auch Hausbesuche und Gespräche mit den Vermietern durchgeführt. Herr K. hat mittlerweile gelernt, mit seiner Erkrankung so umzugehen, dass er in schwierigen Situationen rechtzeitig Hilfe holen kann, um Eskalationen zu vorzubeugen.

Der Umfang der Beratungen zu psychiatrischen Fragen belief sich im Jahr 2007 auf ca. 1.150 Beratungskontakte, ca. 320 bei Frau Lober (nervenfachärztliche Beratung), ca. 770 bei Frau Belouschek (soziale Beratung, auch aufsuchend, für die Großen Kreisstädte Böblingen und Sindelfingen) und ca. 60 bei Frau Dr. Saalmüller (für angrenzende Gebiete, vor allem Demenzerkrankungen). Der Umfang der einzelnen Beratungen und des damit verbundenen Aufwandes schwankt stark. Der Bedarf der Beratung ist so groß, dass bei Frau Lober ca. 8 bis 10 und bei Frau Belouschek ca. 35 Fälle auf der Warteliste stehen. Insgesamt fließt das Äquivalent von ca. 1 Vollzeitstelle in diese Beratungstätigkeit.

In Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Beratungsangeboten (PIA, niedergelassene Nervenärzte) ist die Beratung am Gesundheitsamt besonders charakterisiert durch die Niederschwelligkeit, Flexibilität und rasche Verfügbarkeit (zumindest für Kurzkontakte), die Unabhängigkeit von kassenärztlichen Vorgaben/Vorschriften und die Möglichkeit zur raschen Vernetzung des Hilfesystems.

Neben der Beratungssprechstunde ist das Gesundheitsamt auf verschiedene Weisen an Leistungen für psychisch erkrankte Menschen beteiligt, v.a.

- durch die Erstellung des Formblatts HBA für die Anerkennung einer wesentlichen Behinderung nach SGB XII,
- bei Unterbringungsverfahren nach UBG mit der Erstellung ärztlicher Zeugnisse
- durch die Erstellung von Gutachten bei der Einrichtung von Betreuungen.

Das Gesundheitsamt ist insbesondere mit dem Sachgebiet Gesundheitshilfe, -förderung und Prävention ein wichtiger Bestandteil in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Die psychiatrische Sprechstunde einschließlich der sozialen Betreuung und der Beratung bei Demenz soll so bestehen bleiben und bedarfsgerecht ausgebaut werden.

5.2. Beratung und Fallmanagement durch das Kreissozialamt

Auch das Kreissozialamt leistet in seiner Funktion für den Landkreis als Leistungsträger und darüber hinaus wichtige Beratungsaufgaben.

Das **Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen** leistet Beratung und – bei Leistungsbezug – Fallmanagement für den Personenkreis der nach § 53 SGB XII wesentlich behinderten Menschen, darunter auch derjenigen mit einer seelischen Behinderung. Die Vielfalt an Angeboten für Menschen mit Behinderung im Landkreis Böblingen, die in einigen Fällen zunehmender und komplexer werdenden Hilfebedarfe und nicht zuletzt die hohen Kosten für Maßnahmen der Eingliederungshilfe ließen eine fundierte Hilfeplanung durch das Sachgebiet und ein Fallmanagement für Menschen mit Behinderung notwendig erscheinen. Deswegen hat der Landkreis Böblingen per Beschluss des Kreistages am 04.10.2006 (KTDrs 118/2006) ein individuelles Fallmanagement eingeführt und sich dabei an einem unter der Federführung des KVJS erarbeiteten Grundlagenpapier zum Fallmanagement und zum Gesamtplan nach § 58 SGB XII orientiert. In Anlehnung an dieses Papier, das Empfehlungscharakter hat, kann Fallmanagement folgendermaßen verstanden werden. *„Fallmanagement in der Eingliederungshilfe bedeutet eine ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise des Einzelfalls. Es soll zielgenaue Hilfen ermöglichen. Fallmanagement bedeutet, dass der einzelne Fall des Leistungsberechtigten in einem verbindlichen und kooperativen Verfahren eine seiner individuellen Situation angemessene Beratung und Leistung erfährt“* (Grundlagenpapier Fallmanagement in der Eingliederungshilfe, 2006).

Fallbezogen gehört zu den Aufgaben des Fallmanagements die Planung und Steuerung der Leistungen unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und der Ressourcen, die Koordinierung der Leistungserbringung im Rahmen von Gesamtplan-, Einzelplan- und Hilfeplangesprächen, die Vernetzung der Leistungserbringer, die Dokumentation des Falls und die Überprüfung der Zielerreichung. Fallmanagement wird vom Leistungsträger erbracht und bezieht sich deswegen auf die Fälle in der Zuständigkeit des Landratsamtes Böblingen. Es wird für Leistungsberechtigte mit allen Behinderungsarten angewandt und in erster Linie, wenn es erfolgversprechend im Sinne einer passgenaueren, bedarfsgerechteren oder wirtschaftlicheren Leistungserbringung ist.

Da das Fallmanagement vom örtlichen Sozialhilfeträger geleistet wird, muss in der Verwaltung ausreichendes und entsprechend **geschultes Personal** vorhanden sein. In Böblingen wird das Fallmanagement direkt von den zuständigen Fallbearbeitern im Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen geleistet. Alle Sachbearbeiter werden verstärkt in Fallmanagement geschult. Die Sachbearbeiterstellen im Sachgebiet ‚Hilfen für behinderte Menschen‘ wurden zur Einführung von Fallmanagement zunächst um 2 Stellen aufgestockt, entsprechend einem Fall-schlüssel von 1:150 in der Sachbearbeitung.

Fallmanagement wird in immer mehr Fällen angewandt, wenn es aufgrund des Einzelfalls sinnvoll ist. Gerade die gemeinsam zwischen Leistungserbringer, Leistungsberechtigtem und Leistungsträger geschlossene Zielvereinbarung kann in einigen Fällen die Motivation zur Zielerreichung und zur Steigerung der Selbstständigkeit deutlich steigern. Bisher sind die Erfahrungen mit dem Fallmanagement durchaus positiv. Die anfangs von Leistungserbringern befürchtete Instrumentalisierung zu Sparzwecken trat nicht ein. Das Fallmanagement ist allseits anerkannt, ein wichtiges Steuerungsinstrument im Einzelfall und wird z.B. auch von der Hilfeplankonferenz als Leistung bei besonders komplexen und schwierigen Fällen empfohlen.

Für die Hilfen, die im **Sachgebiet Soziale Hilfen (SGB XII)** bearbeitet werden, leistet der **Soziale Dienst des Kreissozialamtes** die Beratung. Dabei handelt es sich insbesondere um Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit, um Hilfe zum Lebensunterhalt und um Hilfe zur Pflege. Da auch einige psychisch erkrankte Leistungsempfänger in Pflegeheimen versorgt werden, ist die Leistungsgewährung auch für psychisch erkrankte Menschen relevant. Der Steuerungsbedarf war bisher dort noch nicht so deutlich, da die Leistungen der Hilfe zur Pflege weniger komplex sind als die der Eingliederungshilfe. Da für einige der psychisch erkrankten Leistungsbezieher aber auch Leistungen der Eingliederungshilfe möglich wären, sollte für spezielle in diesem Sachgebiet bearbeitete Fälle auch ein Fallmanagement möglich sein. Soweit bei psychisch erkrankten Leistungsberechtigten, die in vollstationären Pflegeheimen untergebracht sind, ergänzende Eingliederungsleistungen zu erbringen sind (z. B. Besuch einer WfbM) wird die Bearbeitung in das Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen übernommen.

5.3. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)

Der SpDi im Landkreis Böblingen ist in der Trägerschaft des Evangelischen Diakonieverbands. Er arbeitet und wird gefördert nach der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 20.11.2006. Diese macht wichtige Vorgaben zur Arbeitsweise, zur Förderung, zu den Zielen, zur Vernetzung und zu anderen Aspekten des SpDi.

5.3.1. Zielgruppe und Aufgaben des SpDi

Die **Zielgruppe** des SpDi sind „chronisch psychisch erkrankte Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind“ (VwV-SpDi). In der Praxis bedeutet dies nach den eigenen Erfahrungen des SpDi, dass

- die Klienten des SpDi überwiegend „unstrukturiert“ und „ungeordnet“ leben,
- ihnen oft die Fähigkeit fehlt, ihren Hilfebedarf klar zu formulieren,
- es häufig zunächst um Kontaktaufnahme und Kontakt-Halten geht,
- die Klienten meist an keine andere Stelle abgegeben werden können und der SpDi so etwas wie eine „letzte Instanz“ ist, und dass
- bei fehlender Krankheitseinsicht und Ablehnung von jeglicher Art von Beratung viel Zeit und Kraft eingesetzt werden müssen, um überhaupt in Kontakt zu den Klienten zu kommen.

Die wesentlichen **Ziele** der Arbeit des SpDi sind

- im Bereich Vorsorge: Krankenhausaufenthalte vermeiden
- bei der Begleitung: die Klienten dazu befähigen, das Zusammentreffen von Notlagen und chronischer psychischer Erkrankung besser bewältigen zu können sowie ggf. Krisenintervention
- im Bereich Nachsorge: stationäre Aufenthalte verkürzen und Wiederaufnahmen vermeiden

Die zentrale Aufgabe des SpDi besteht in der **Grundversorgung** von Menschen mit einer chronischen seelischen Erkrankung. Unter Grundversorgung sollen dabei folgende Aufgaben und Tätigkeiten verstanden werden:

1. Niederschwellige Anlaufstelle: feste Sprechzeiten, offene Sprechstunde in den GPZ, Erreichbarkeit über Sekretariat, **aufsuchende Arbeit (Hausbesuche)**
2. Beziehungsaufbau: Basis des Vertrauens als Grundlage für eine längerfristige Begleitung
3. Regelmäßige Gespräche zur Lösung aktueller Konfliktsituationen, zur Stabilisierung der Lebenssituation und Entwicklung von Perspektiven
4. Motivation zur Annahme ärztlicher Behandlung
5. Aktivierung von Ressourcen, Erhalt sozialer Fähigkeiten.
6. Aufbau einer Tagesstruktur und Gestaltung der Freizeit (Hinführung in Tagesstätte und Kontaktgruppen, Unterstützung bei der Suche nach nicht-psychiatrischen Freizeitangeboten usw.)
7. Krisenintervention
8. Information und Beratung über psychiatrische Krankheitsbilder und Hilfsangebote für psychisch Erkrankte.
9. Hilfebedarfsermittlung, Hilfeplanung
10. Vermittlung in weiterführende psychiatrische Hilfsangebote (Wohnangebote, Reha-Maßnahmen, WfbM, RPK-Maßnahmen usw.)
11. Vermittlung in ergänzende nicht-psychiatrische Angebote (z.B. IFD, Schuldnerberatung, Suchtberatung, Nachbarschaftshilfe usw.)
12. Sozialanwaltschaftliche Hilfen (z.B. Hilfen bei Antragstellungen, Begleitung zu Behörden, Vermittlung bei Schuldenregulierungen)
13. Verfassen von Sozialberichten, Stellungnahmen
14. Einbeziehung des sozialen Umfeldes: Angehörigenarbeit

Weitere Aufgaben des SpDi, die über die Grundversorgung hinausgehen, sind folgende:

1. Angebot von Soziotherapie
2. Schulung, Einsatz und Supervision ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen
3. spezielle Angebote, wie z.B. therapeutische Gruppenangebote („Doppeldiagnosen“)
4. Mitarbeit im GPZ
5. Kooperation mit anderen psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Diensten (Kliniken, Ärzte, Krankenkasse, Behörden, Beratungsstellen, Gemeinden)
6. Qualitätsentwicklung und Evaluation (Fortbildung, Supervision, Fallbesprechungen, Teambesprechungen, Gremienarbeit, Dokumentation, Statistik)
7. Öffentlichkeitsarbeit

Ein Fallbeispiel aus der Arbeit des SpDi und des gesamten Hilfesystems:

Herr M., ein junger Mann, Mitte 20, kommt zum SpDi. Erstes auffälliges Verhalten mit Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule und großer Ängstlichkeit hatte er bereits mit 12 Jahren gezeigt. Er erzählte von Dingen, die er als teuflisch, aggressiv und bedrohend erlebt. Die Eltern machten sich große Sorgen und konsultierten den Hausarzt. Er wurde zu einem Kinder- und Jugendpsychiater überwiesen, die Symptome verstärkten sich, dazu kamen auffällige Denkstörungen und eine verzerrte, abgehackte und mit Symbolen besetzte Sprache. Die erste Klinikeinweisung in die Jugendpsychiatrie erfolgte. In den folgenden Jahren versuchte er immer wieder, die schulischen Anforderungen zu bewältigen, es kam aber trotzdem zu häufigen Unterbrechungen durch Klinikaufenthalte und er musste über die Realschule an die Hauptschule wechseln.

Herr M. hat erste Kontakte zu ambulanten Beratungseinrichtungen mit häufigen Abbrüchen, die Eltern werden durch begleitende Beratungsgespräche unterstützt. Das Angebot einer Angehörigengruppe wird dankend angenommen. Nach Beendigung der Schule gibt es erste Rehabilitationsversuche, die an seinem mangelnden Durchhaltevermögen scheitern. Die Eltern leisten großen persönlichen Einsatz und versorgen ihren Sohn jahrelang im Haus. Alle therapeutische Hilfen scheitern aufgrund der äußerst geringen Belastbarkeit des jungen Mannes.

Es kommt zu ersten Versuchen einer begleitenden, tagesstrukturierenden Maßnahme in einer Tagesstätte, erste zaghafte Arbeitsversuche folgen. Wichtig ist die kontinuierliche und behutsame Beziehungsarbeit von Seiten der Mitarbeiter der Tagesstätte, gleichzeitig versucht Herr M. in einer WfbM zu arbeiten. Herrn M. wird von der Krankenkasse die von der PIA verschriebene Soziotherapie genehmigt. In deren Vordergrund steht zunächst der Beziehungsaufbau; wichtig sind dafür zuverlässige, einschätzbare und zeitnahe Termine. In der Soziotherapie ist das Ordnen von Gedanken wichtig, es darf keine Überfrachtung mit unnötigen Informationen geben und das tagsüber Erlebte soll ausgedrückt und im Gespräch mit dem Soziotherapeuten des SpDi bearbeitet werden.

Zwischenzeitlich ist durch die Arbeit in der WfbM, den Angeboten der Tagesstätte, der nervenärztlichen Behandlung, der ergänzenden Soziotherapie durch den SpDi, der Liebe der Eltern, der Begleitung eines Ehrenamtlichen und der Treue eines guten Freundes eine leichte Stabilisierung eingetreten. Als großer Erfolg für Herrn M. ist zu werten, dass seit 2 Jahren keine stationäre Behandlung nötig war.

Eine wichtige Aufgabe des SpDi ist die Arbeit mit den **Kontaktgruppen**. In den Kontaktgruppen kommen Menschen mit und ohne psychischer Erkrankung zusammen und gestalten und verbringen gemeinsam ihre Freizeit mit unterschiedlichen Aktivitäten. Die Kontaktgruppen werden von Mitarbeitern des SpDi initiiert und begleitet. Es gibt im Landkreis neun Kontaktgruppen in Böblingen, Ehningen, Gärtringen, Herrenberg, Holzgerlingen, in Leonberg, zwei in Sindelfingen und in Weil der Stadt, die in der Regel zu wöchentlichen Treffs zusammen kommen und ab und an Ausflüge unternehmen. Die Arbeit der Kontaktgruppen ist sehr wichtig, weil sie zum einen für viele psychisch erkrankte Menschen eine gute Gelegenheit bietet, etwas zu unternehmen, und zum anderen stellen die Kontaktgruppen auch Gelegenheiten der Begegnung von kranken und nicht-kranken Menschen dar, bei denen beide voneinander lernen können.

Die kompletten Leistungen des SpDi Böblingen sind in einer **Leistungsbeschreibung** enthalten, die der SpDi nach Abstimmung mit dem Landratsamt in 2008 in die Gremien einbrachte.

Diese Leistungsbeschreibung ist auch eine Grundlage für die Förderung durch den Landkreis und kann bei Interesse beim Träger angefordert werden.

5.3.2. Die Klientinnen und Klienten des SpDi

Im Folgenden soll die Arbeit des SpDi unter quantitativen Aspekten beschrieben werden⁴. Tabelle 5 zeigt die **Entwicklung der Fallzahlen** in den letzten Jahren. Die Gesamtzahl der Betreuten wuchs diskontinuierlich und lag 2007 bei 561 Fällen, die von 4,3 Fachkräften betreut wurden. Der Einbruch bei der Stellenzahl seit 2003 war in Teilen eine Folge der Kürzung der Landesförderung und der Umstellung der Krankenkassenförderung, die faktisch einer Kürzung gleichkam. Zuvor verfügte der SpDi über 7,0 Vollzeitfachkräfte, entsprechend der Personalbedarfsempfehlung 1 Fachkraft je 50.000 Einwohner. Nach der Spitze von 155 Klienten pro Fachkraft liegt der Wert in 2007 bei 130 Klienten pro Fachkraft und damit deutlich über den Werten bis 2002, in denen eine Fachkraft durchschnittlich zwischen 59 (2000) und 71 (2002) Klienten betreute⁵. Die Arbeitsdichte hat also deutlich zugenommen und damit steht pro Fall weniger Betreuungszeit zur Verfügung. Die personelle Ausstattung führte auch dazu, dass 2007 98 Klienten aus Zeitmangel nicht versorgt werden konnten.

Gleichzeitig hat die Zahl der Neufälle deutlich zugenommen, so dass 2007 zwei Drittel der Fälle Neufälle sind. Sollte sich deren Zahl weiterhin auf diesem Niveau bewegen, wäre ein Ausbau der personellen Kapazitäten des SpDi dringend erforderlich. Außerdem sollten wieder mehr Personen langfristig betreut werden können, um einen Wechsel in das ambulant betreute Wohnen zu verhindern.

Tabelle 5: Sozialpsychiatrischer Dienst Böblingen – Entwicklung der Fallzahlen

Jahr	Fachkraftstellen	Gesamtzahl der Betreuten	davon Erstbetreuung	davon Soziotherapie	davon längerfristige Betreuung	davon Kurzbetreuung	davon indirekte Betreuung
2007	4,3	561	373	64	187	156	154
2006	4,3	528	291	81	193	146	108
2005	4,1	637	289	73	126	258	180
2004	3,7	420	171	87	146	156	31
2003	3,7	430	133	82	112	129	107
2002	7,0	500	218	31	251	159	59
2001	7,0	458	246	-	233	159	66
2000	7,0	412	127	-	227	110	75

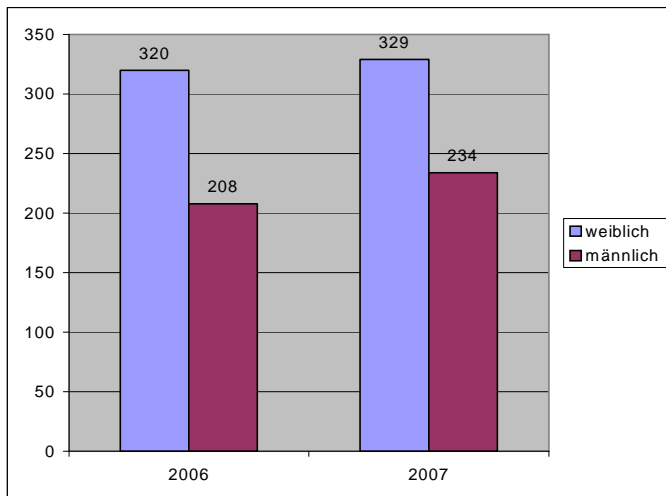
Quelle: Evangelischer Diakonieverband im Landkreis Böblingen, 2008.

⁴ Hierzu wurde die jährlich erstellte Freiwillige Dokumentation des SpDi ausgewertet.

⁵ Damit liegt die Arbeitsintensität auch deutlich über dem baden-württembergischen Durchschnitt, der in 2007 bei 102,56 Klienten pro 100 %-Fachkraft liegt (LIGA 2007, S. 13).

Von den 497 Personen in der Grundversorgung (Gesamtzahl der Betreuten ohne Psychotherapie) wurden in 2007 187 (37,6 %) längerfristig, 156 (31,4 %) kurzfristig und 154 (31,0 %) indirekt betreut. Letzteres bedeutet, dass der Kontakt zu Angehörigen oder anderen wichtigen Personen, wie z.B. auch einem Vermieter, Nachbarn o.ä. Personen, bestand. Damit liegt der Anteil der längerfristigen Betreuungen um 10 %-Punkte unter dem Landesdurchschnitt, was angesichts der deutlich höheren Klientenzahl aber nachvollziehbar ist.

Abbildung 2: Geschlechterverteilung der SpDi-Klienten



Der **Anteil der Frauen** ist durchgehend höher. Frauen nehmen ca. bis zu 1/3 mehr die Hilfe des SpDi in Anspruch als Männer, jedoch ist die Tendenz bei den Männern steigend (2005 wurde das Merkmal noch nicht erhoben).

Die weiteren Merkmale werden nur für die längerfristig betreuten Klienten erhoben, so dass sich die folgenden Aussagen nur auf diese Personengruppe beziehen.

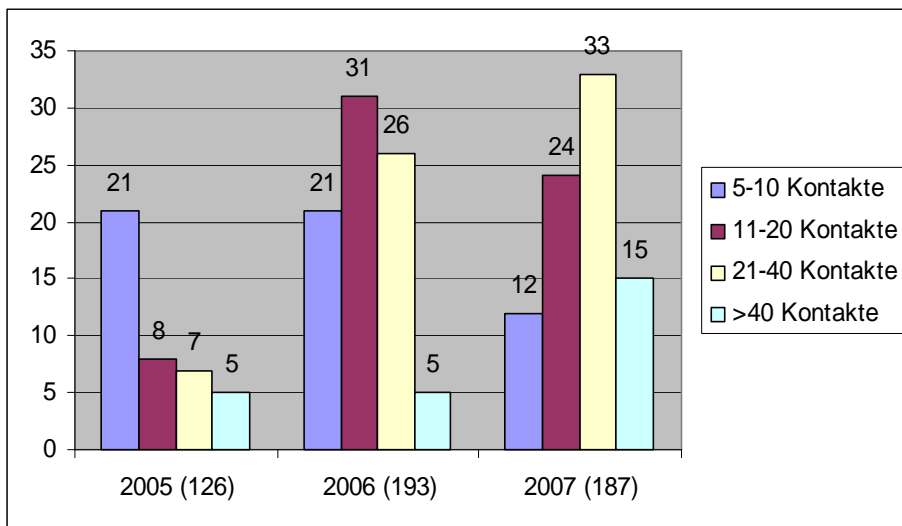
Der Hauptanteil der Klienten liegt durchweg eindeutig bei den ledigen und alleinlebenden Menschen (40,2 %). Die Altersgruppe der 41-60 jährigen nimmt den Dienst am häufigsten in Anspruch (47,8 %). Die große Vielfalt der - freilich sehr oft prekären - Lebenssituationen wird auch an der **Einkommenssituation** deutlich. 21,9 % beziehen eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente, 17,9 % leben vom Geld Ihres Ehepartners und 13,9 % leben von Arbeitslosengeld II. Die restlichen Klienten beziehen Grundsicherung nach SGB XII (11,5 %), Altersrenten (11,2 %) werden von ihrer Familie unterhalten (6,0 %) oder finanzieren ihren Lebensunterhalt auf andere Weise.

Bei den **Diagnosen** stehen Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen deutlich im Vordergrund (45,8 %), gefolgt von affektiven Störungen (23,5 %) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie der Borderlineerkrankung (10,4 %). Die **Zuweisung** zum SpDi bei den 2007 neu und längerfristig betreuten Personen erfolgte vor allem durch Psychiatrische Krankenhäuser (16,8 %), durch niedergelassene Nervenärzte und sozialpsychiatrische Einrichtungen (je 10,0 %), sowie das Gesundheitsamt und auf Eigeninitiative des Klienten (je 9,2 %). Dass Zuweisungen in fünf Fällen auch durch die ARGE, aber auch durch andere Beratungsstellen, Sozialstationen u.a. Stellen erfolgten, zeigt die gute Vernetzung und den hohen Bekanntheitsgrad des SpDi im Landkreis Böblingen.

Der Erfolg der Arbeit zeigt sich auch darin, dass ein hoher Teil der **Beendigungen der Betreuung** in gegenseitigem Einvernehmen von Klient und SpDi erfolgte, mit (in 37,9 % der 66 Fälle, landesweit: 24,1 %) oder ohne (22,3 %, landesweit: 23,0 %) Anschlussbetreuung durch einen anderen sozialpsychiatrischen Fachdienst. Dementsprechend liegt der Anteil der einseitigen Beendigungen in 2007 relativ niedrig bei 22,7 % (landesweit: 25,1 %), lag aber in 2006

bei 47,4 %. Auch dieses Merkmal spricht für eine hohe Qualität der Arbeit des Böblinger SpDi im Landesvergleich.

Dass die Notwendigkeit einer in vielen Fällen dichteren Betreuung zunimmt, zeigt schließlich Abbildung 3. Hier wird innerhalb der Personengruppe der 187 längerfristig betreuten Klienten die Zunahme der Betreuungsintensität deutlich. Die Zahl der Personen, die mit 21 und mehr Kontakten betreut wurden, stieg von 12 (2005) über 31 (2006) auf 48 (2007). Mit dem zunehmenden und hohen Anteil von Betreuungen mit vielen Kontakten liegt der SpDi auch



über dem Landesdurchschnitt⁶. Dadurch dürften auch einige Fälle in SpDi-Betreuung gehalten werden, die sonst in das ABW wechseln dürften.

Abbildung 3: Kontakthäufigkeit bei längerfristiger Betreuung

5.3.3. Finanzierung des SpDi

Die **personelle Ausstattung** des SpDi im Landkreis Böblingen ist unbefriedigend. Dies wird an mehreren Punkten deutlich:

1. Im Jahr 2007 konnten 98 Klienten aus Zeitmangel nicht versorgt werden.
2. Die ursprüngliche Konzeption des Landes geht von einem Personalschlüssel von einer Fachkraft auf 50.000 Einwohner aus, das würde für den Landkreis 7,5 Stellen bzw. Stellenkontingente bedeuten. Besetzt sind in 2008 4,25 Stellen.
3. Im Vergleich mit anderen Kreisen in Baden-Württemberg ist die Personalausstattung unterdurchschnittlich. Die Zahl der Stellen pro 50.000 Ew. schwankt zwischen 0,57 (LK Böblingen und Tübingen) und 1,20 (LK Esslingen), die LK Calw (0,94) Ludwigsburg (0,74), Göppingen (0,94) liegen dazwischen (Zahlen von 2007 bzw. 2008).
4. Und schließlich geben alle Dienste, die mit dem SpDi zusammenarbeiten, die Rückmeldung, dass zum einen die Arbeit des SpDi sehr wichtig sei und der Bedarf daran zunehme, und dass aufgrund von Arbeitsüberlastung es immer schwieriger werde, zeitnah Termine für Klienten zu erhalten.

⁶ In Böblingen haben von 187 Fällen 8,0% über 40 Kontakte, 24,6 % 21 bis 40 Kontakte, 29,4 % 11 bis 20 Kontakte und 38,0 % 5 bis 10 Kontakte. Die landesweiten Vergleichswerte sind 7,5 % über 40 Kontakte, 17,0 % 21 bis 40 Kontakte, 21,1 % 11 bis 20 Kontakte und 43,4 % 5 bis 10 Kontakte.

Für den nötigen Stellenausbau des SpDi muss eine **Finanzierung** gefunden werden. Die Finanzierung des SpDi erfolgt durch Kostenbeteiligungen des Landes Baden-Württemberg, des Landkreises Böblingen, des Evangelischen Diakonieverbandes, durch Spenden und andere Zuwendungen sowie durch Einnahmen aus Leistungen der Krankenversicherung, die im Einzelfall abgerechnet werden. Die Landeszuschüsse sind nach der VwV-SpDi fest bei 9.700 € pro Leistungskontingent, insgesamt 72.750 € für den Landkreis Böblingen. Die früheren pauschalen Krankenkassenzuschüsse wurden durch Leistungen der Soziotherapie, die im Einzelfall nach einem aufwändigen Antragsverfahren für eine kleine Teilzielgruppe der SpDi-Klienten bewilligt werden, ersetzt. Die Einnahmen aus der Soziotherapie sind schwer planbar, weil die Leistungen der Soziotherapie in der Regel auf drei Jahre begrenzt sind für die meisten in Frage kommenden Klienten bereits ein Folgeantrag gestellt werden muss. Das bedeutet, dass nur beim Landkreis und dem EDiV als Träger Spielräume für eine Erhöhung der Förderung vorhanden sind.

Bei der Einführung der SpDi ging das Land in seiner ersten Förderrichtlinie von einem Trägeranteil von 8 % aus, der sich mittlerweile aufgrund der zurückgegangenen Zuschüsse des Landes und der Krankenkassen⁷ deutlich erhöhte. Der Landkreis Böblingen hat seinen Finanzierungsanteil je Fachkraftstelle von 24,8 % (2003) und 14,11 % (2004, nach der Stellenreduzierung) sogar auf 27,9 % erhöht. Der Landkreis und der Evangelische Diakonieverband erarbeiten eine neue Finanzierungsgrundlage für einen Stellenausbau auf zunächst 5,5 Stellen für die Jahre 2009 und 2010 und schließen hierzu eine Vereinbarung. Diese und die neue Förderung des Landkreises sollen in einer eigenen Vorlage beschlossen werden, damit der SpDi bereits ab dem Jahr 2009 mit verbesserter Personalausstattung tätig werden kann.

Mittelfristig ist sogar ein weiterer Stellenausbau des SpDi wünschenswert, um auf das ursprünglich unterstellte Verhältnis von einer Fachkraft auf 50.000 Einwohner zu kommen. Dies würde eine Stellenausweitung auf 7,5 Stellen bedeuten. Dabei wäre zu überlegen, inwieweit Aufgaben, die auch genuine Aufgaben des SpDi darstellen, aber jetzt von anderen Stellen erbracht werden, ggf. dem SpDi zugeordnet werden sollten. In Frage kommen hier Aufgaben im Zusammenhang mit der Hilfeplankonferenz und der Hilfeplanung.

5.4. Die Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle (ABV-Stelle)

Seit dem Jahr 2006 gibt es im Landkreis Böblingen in der Trägerschaft von Fortis e.V. eine **Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle**, die von der Aktion Mensch im Rahmen des Projektes ‚Aufbau einer Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstelle zur Gestaltung personenzentrierter Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund für den Landkreis Böblingen‘ gefördert wird.

⁷ Die Zuschüsse der Krankenkassen wurden in eine aufwändig zu beantragende Einzelfalleistung Soziotherapie umgewandelt, die in Baden-Württemberg nur von den SpDis auf Verschreibung eines Facharztes erbracht werden kann. Die Einnahmen daraus werden tendenziell zurück gehen, da Soziotherapie in der Regel auf 120 Stunden begrenzt ist und eine Neuverschreibung nur in wenigen begründeten Einzelfällen möglich ist. Diese Praxis wurde auch vom BMG bestätigt (RdSchr. 729/2008 des Landkreistages Baden-Württemberg).

In der praktischen persönlichen Beratung leistet die ABV-Stelle folgendes:

- Informationen über gemeindepsychiatrische Hilfeangebote
- Ermittlung des persönlichen Hilfebedarfs⁸
- Unterstützung beim Beantragen von Hilfen bei Sozialleistungsträgern
- integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung
- Vermittlung in Leistungen
- Vorstellung der Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz.

Die Einrichtung dieser ABV-Stelle diene in erster Linie der Unterstützung bei der Einführung des personenzentrierten Ansatzes im Landkreis Böblingen. Personalressourcen aus der ABV-Stelle fließen teilweise auch in die **fachliche Koordination der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz** ein. Neben der Hauptaufgabe der Beratung und Vermittlung erfolgen auch IBRP-Schulungen, Beratung und Unterstützung bei der IBRP-Erstellung, Informationsveranstaltungen zum IBRP als Instrument personenzentrierter Hilfeplanung sowie die Weiterentwicklung der IBRP-Bögen. Die ABV-Stelle leistet eine qualifizierte Arbeit und ist eine wichtige und sinnvolle Ergänzung des Hilfesystems.

Die ABV-Stelle ist organisatorisch an die Gemeindepsychiatrischen Wohnverbände Süd und Nord von Fortis e.V. angebunden und leisten in allen GPZ Außensprechstunden im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Woche. Die ABV-Stelle hatte im Jahr 2006 105 und 2007 148 Anfragen, 57 bzw. 102 davon waren Neuanfragen. Etwa die Hälfte der Anfragen kamen von der betroffenen Person selbst oder einem Angehörigen, der Rest von Institutionen. Ca. 80 % der Fälle kamen aus dem Landkreis Böblingen. Unter den Diagnosen der Anfragenden dominieren schizophrene Psychosen und affektive Psychosen. In 2007 erhielten 93 Personen eine telefonische und 76 Personen eine persönliche Beratung, in 16 Fällen wurde ein IBRP erarbeitet und 11 Hilfeplanungen wurden in der Hilfeplankonferenz vorgestellt. Dies dokumentiert den großen Leistungsumfang der ABV-Stelle.

Die Förderung der ABV-Stelle durch die Aktion Mensch läuft Ende 2010 aus. Dann stellt sich die Frage, wie die von ihr wahrgenommenen Aufgaben weitergeführt und finanziert werden können.

5.5. Die Gemeindepsychiatrischen Zentren und Tagesstätten im Landkreis Böblingen

Im Landkreis Böblingen gibt es drei **Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ)** in Leonberg, Sindelfingen und in Herrenberg. Grundlage für die GPZ sind der Psychiatrieplan Baden-Württemberg 2000 (Sozialministerium 2000), die Konzeption „Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)“ des Sozialministeriums sowie zur Regelung der einzelnen Bausteine des GPZ die VwV-SpDi sowie die „Vorläufige Richtlinien und Fördergrundsätze des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern für Tagesstätten für psychisch kranke und behinderte Men-

⁸ Wenn es um Eingliederungshilfeleistungen geht, wird die diesen zugrunde liegende wesentliche Behinderung vom Gesundheitsamt, die Eingliederungshilfebedürftigkeit vom Kreissozialamt und bei einer stationären Versorgung der konkrete Hilfebedarf vom Medizinisch-Pädagogischen Dienst des KVJS festgelegt; die Verantwortung für den Gesamtplan nach § 58 SGB XII liegt ebenso bei dem Kreissozialamt.

schen“ mit Wirkung vom 01.01.2001⁹. Diese unterschiedlichen Richtlinien machen deutlich, dass in die GPZ mehrere Elemente einfließen. Und tatsächlich sind die GPZ im Grunde Dächer für verschiedene Angebote. Das zentrale ist dabei die Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen, weiter erforderlich sind die Psychiatrische Institutsambulanz und der SpDi, die beide weiter oben beschrieben wurden. Dementsprechend haben sich in den meisten Stadt- und Landkreisen die GPZ aus den Tagesstätten und um die Tagesstätten herum gebildet.

Die **Tagesstätten für psychisch erkrankte Menschen** haben einen Vorläufer in dem vom Träger des SpDi, dem Evangelischen Diakonieverband, 1994 eingerichteten Tagestreff in Sindelfingen. Als dann der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern eine Regelfinanzierung einführte, baute der EDiV 2002 den Tagestreff zur Tagesstätte aus und richtete 2004 in Leonberg eine weitere Tagesstätte („Oase am Engelberg“) ein. Fortis e.V. hat in 2003 in Herrenberg die Tagesstätte „Lichtblick“ eingerichtet. Tagesstätten sind ein sehr niedrigschwelliges und deswegen unverzichtbares Angebot. Man kann zu den Öffnungszeiten, mindestens halbtags an fünf Wochentagen, jederzeit die Tagesstätte aufsuchen, man kann wenn man will an den Gruppenangeboten teilnehmen oder auch nicht, und in der Regel ist auch die Tagesstättenmitarbeiterin als Ansprechpartnerin verfügbar.

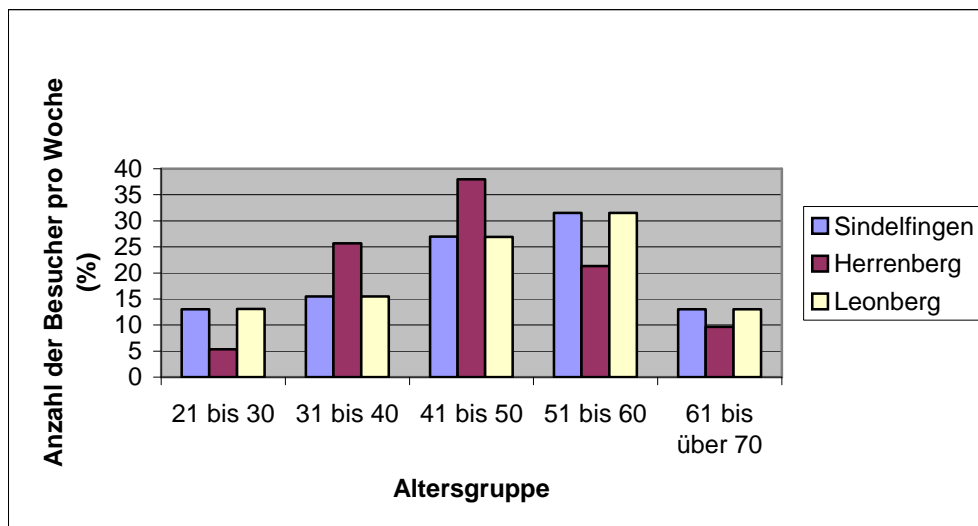
Eine weitere Bereicherung des Angebotes ist das **Arbeitsangebot**, das die GWW in den Tagesstätten Sindelfingen und Herrenberg und die WfB Leonberg in der Tagesstätte eingerichtet haben. An einem Nachmittag pro Woche kommt ein WfbM-Mitarbeiter mit Arbeit und bietet leichtere Zuverdienstarbeiten an, bei denen man ca. 1 bis 3 € pro Stunde verdienen kann. Es gibt Tagesstättenbesucher, die gerade dieses Angebotes wegen kommen. In der Tagesstätte Leonberg gibt es als besonderes Angebot den Sonntagstreff der Offenen Herberge e.V. jeden letzten Sonntag im Monat.

Im folgenden soll eine **kurze Analyse der Tagesstätten** für psychisch Erkrankte in Herrenberg, in Sindelfingen und in Leonberg erstellt werden¹⁰. Trotz vieler Einstimmigkeiten gibt es aber auch augenscheinliche Unterschiede zwischen den Tagesstätten. Jede der drei Tagesstätten wird überdurchschnittlich oft von Besuchern im mittleren bis fortgeschrittenen **Alter** aufgesucht. In Sindelfingen macht die Altersklasse zwischen 41 und 60 Jahren 65 % aller Klienten aus. Der Anteil der 21 bis 40-jährigen nimmt bei etwa 30 % der Besucher der Tagesstätten den zweiten Rang ein. Alte Menschen über 60 Jahre machen nur etwa 10 % der Besucher aus.

⁹ Der Landkreis Böblingen hat diese Richtlinie nach Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände zum 01.01.2005 übernommen (KTDrs 169/2004).

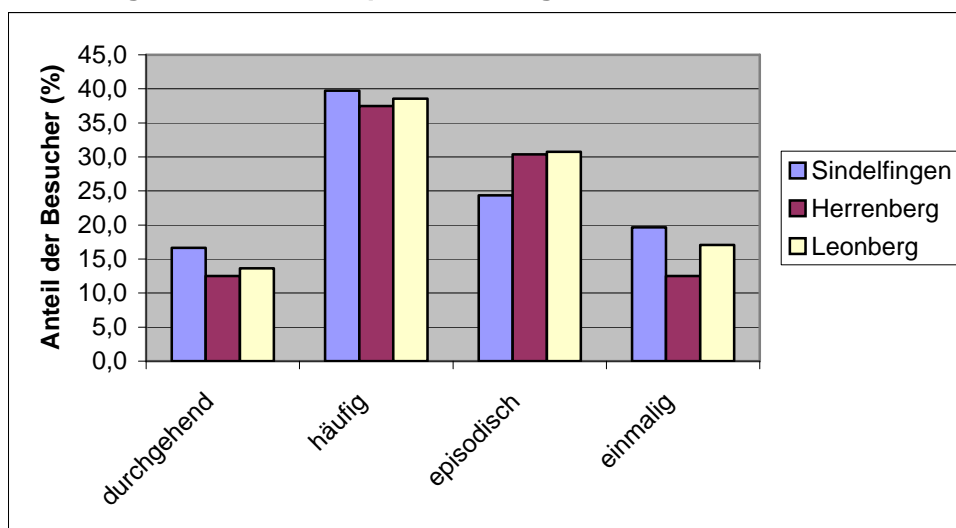
¹⁰ Grundlage dafür sind die Verwendungsnachweise, die die Tagesstätten beim Landkreis Böblingen vorlegen, der Jahre 2005 bis 2007.

Abbildung 4: Besucherprofil der Tagesstätten von 2005 – 2007



‚Häufig‘ (ca. 39 %) und ‚episodisch‘ (ca. 31 %) wurde am öftesten für die Besuchsfrequenz in den jeweiligen Tagesstätten genannt. Weniger häufig ist ‚durchgehender Besuch‘ in der Tagesstätte anzutreffen (ca. 14 %). Auch die Zahl der Personen, die einmalig (ca. 17 %) die Tagesstätte aufsuchten ist vergleichsweise gering. Dabei ist zu bemerken, dass der ‚durchgehende Besuch‘ in der Tagesstätte „Oase am Engelberg“ in Leonberg innerhalb eines Jahres um ein sechsfaches angestiegen ist. Waren es 2005 noch zwei Personen die sich durchgängig in der Tagesstätte aufhielten, so wuchs ihre Anzahl auf 12 Personen im folgenden und auf 14 Personen im nachfolgenden Jahr an. Der Tagesstätte gelang es also in dieser Zeit sehr erfolgreich, die Klienten stärker an die Einrichtung zu binden.

Abbildung 5: Besucherfrequenz der Tagesstätten von 2005 – 2007



Stark unterscheiden sich die Wohnsituationen der in der Umfrage erfassten psychisch erkrankten Menschen. In der Regel ist die Zahl derjenigen, die in einer eigenen Wohnung mit (ca. 35%) oder ohne Betreuung (ca. 38 %) leben um ein deutliches höher als die Zahl derjenigen,

die in anderen Wohnformen leben. Leonberg bildet eine Ausnahme. Hier wird die Wohnform ‚Betreutes Wohnen für Behinderte (BWB)‘ beziehungsweise ‚Betreutes Wohnen in Familien (BWF)‘ genauso oft genannt wie Wohnen in der eigenen Wohnung mit oder ohne Betreuung durch einen Fachdienst. Die Wohnsituationen ‚Sonstige‘ (ca. 5 %), ‚Wohnheim‘ (ca. 4 %) und ‚Klinikaufenthalt‘ (ca. 3 %) nehmen in allen drei Regionen Randpositionen ein.

Die durchschnittliche **Besucherzahl** der drei Tagesstätten bemisst sich auf 44 Besucher pro Woche. Die Tagesstätte in Sindelfingen hat mit 50 Besuchern pro Woche den höchsten, die „Oase am Engelberg“ in Leonberg mit 34 Besuchern den niedrigsten wöchentlichen Zulauf. Diese Unterschiede sind sehr plausibel, decken doch die Tagesstätten unterschiedliche Einzugsbereiche ab, die in Sindelfingen mit Böblingen und den umliegenden Gemeinden den größten, die in Leonberg den kleinsten mit zudem einem nahe gelegenen ähnlichen Angebot in Ditzingen.

Die Tagesstätten bieten auch interessante Einsatzfelder für **Bürgerschaftliches Engagement**, das in der Regel Anleitung durch professionelle Kräfte benötigt. Die Ehrenamtlichen bieten z.B. Gruppenprogramme an oder unterstützen die Mitarbeiterin bei solchen Aktivitäten wie dem Mittagstisch. In Herrenberg sind im Jahr 2007 10, in Leonberg und in Sindelfingen weniger, 4 bzw. 2 in Bürgerhelfer aktiv gewesen.

Die **Finanzierung** der Tagesstätten erfolgt vollständig aus Eingliederungshilfemitteln des Landkreises Böblingen. Da die Finanzierung aber als institutionelle Förderung erfolgt, müssen die Nutzer keinen Sozialhilfeantrag stellen; die Besucher werden nicht Sozialhilfeempfänger und müssen auch keine Nutzungsgebühr entrichten. Durch diesen recht niederschweligen Charakter sind die Tagesstätten eine gute Gelegenheit, hilfebedürftige Personen an das Leistungssystem und weiterführende Angebote heranzuführen. Die Finanzierung setzt sich nach den Richtlinien aus drei Bestandteilen zusammen: den Mietkosten, einem Sockelbetrag von 26.731,19 € pro Tagesstätte und einem Aufstockungsbetrag von 0,30 € pro Einwohner (Stand 2008). Dies führt einschließlich der Mietkosten zu Gesamtkosten für den Landkreis Böblingen von ca. 182.000 €. Diese Förderung wird durch Eigenanteile oder andere Förderungen nicht gemindert.

Die Tagesstätten haben eine **Personalausstattung** von je 0,7 Stellen, wobei die in Sindelfingen aus der Tagesstättenfinanzierung nur 0,5 Stellen finanziert, zweimal 0,2 Stellen wurden bisher aus der SpDi-Förderung bzw. vom Träger finanziert. Die Finanzierung der Tagesstätten ist allerdings nach Trägerangaben nicht mehr auskömmlich; die Träger streben eine Erhöhung der Förderung an. Alternativ dazu wäre eine Reduzierung der Öffnungszeiten und eine Fokussierung auf die stark nachgefragten Zeiten denkbar. Hierzu müsste der Landkreis eine Abweichung von den Richtlinien im Hinblick auf die Öffnungszeiten ermöglichen.

Der **interkommunale Vergleich** zeigt aber, dass die Situation im Landkreis Böblingen vergleichsweise im unteren Mittelfeld liegt; hier kommen bei insgesamt 2,3 Beschäftigten und 372.496 Einwohnern auf 100.000 Einwohner 0,62 Stellen, im Landkreis Esslingen beträgt diese Quote 1,41, im Enzkreis und Pforzheim zusammen ebenfalls 1,41, im Landkreis Ludwigsburg 0,70, im Landkreis Tübingen aber 0,46. Dabei sind aber die örtlichen Bedingungen teilweise recht unterschiedlich. Eine weitere Reduzierung der personellen Ausstattung ist angesichts der Bedeutung eines niederschweligen Angebotes also eher nicht zu empfehlen, es sollte aber

geprüft werden, inwieweit Öffnungszeiten auch durch Bürgerschaftliches Engagement abgedeckt werden können.

Eine weitere Möglichkeit zur Stärkung der Tagesstätten wäre die Nutzung weiterer Synergieeffekte. Bisher sind die GPZ noch Dächer für verschiedene Angebote: die Tagesstätten, Außensprechstunden des SpDi und der PIA, Beratungsangebote der ABV-Stelle und – in Leonberg – des ambulant betreuten Wohnens, die sich teilweise in unterschiedlicher Trägerschaft befinden. Eine Organisation dieser Angebote in einer Trägerschaft würde z.B. Vertretungsregelungen o.ä. deutlich erleichtern und damit längere Präsenzzeiten ermöglichen. Diese Option soll nicht aus den Augen verloren gehen.

5.6. Krisen- und Notfallversorgung

Sowohl von der Leistungserbringerseite als auch von den Angehörigenvertreten wird immer wieder auf das Fehlen einer Krisen- und Notfallversorgung hingewiesen. Dabei sind zwei Aspekte zu unterscheiden, zum einen ein Krisendienst für eine Versorgung im Akutfall und zum anderen eine Versorgung insbes. mit einer Wohngelegenheit im Notfall.

Im Landkreis Böblingen gibt es eine **ärztliche Notfallversorgung** zur ärztlichen Versorgung außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte, an der sich die niedergelassenen Psychiater allerdings nicht beteiligen. In psychiatrischen Krisen muss also eine Einweisung oder Notaufnahme in das Klinikum Nordschwarzwald erfolgen. Nach den Angaben des Klinikums Nordschwarzwald lag die Zahl der fürsorglichen Unterbringungen/Polizei von Kreisbewohnern bei ca. 278. Allerdings sind nicht alle dieser Unterbringungsfälle Notfälle, so dass keine klare Zahl vorliegt. Der Bedarf an einem solchen Angebot muss über einen längeren Zeitraum beobachtet werden und konnte im Rahmen der Psychiatrieplanung nicht erfasst werden. Dies soll anschließend in einer **Arbeitsgruppe ‚Notfallversorgung‘** erfolgen. Das KN soll hierfür Daten über die Notaufnahmen sammeln und bereitstellen.

Es ist aber schon jetzt absehbar, dass sich ein psychiatrischer Notdienst im Landkreis Böblingen kaum wird installieren lassen. Aber bereits eine kreisweite Rufbereitschaft für einen sozialen Notdienst, wenn kein anderer Fachdienst zu erreichen ist, könnte eine große Erleichterung darstellen, da selbst bei einer polizeilichen Einweisung in die Klinik bis zum Eintreffen des Arztes eine soziale Begleitung sinnvoll wäre. Rufbereitschaften gibt es für die Wohnheime von Fortis. Diese und andere vorhandene Angebote sollen von der Arbeitsgruppe ebenfalls ausgewertet werden. Unter Umständen könnte ein kreisweiter Bereitschaftsdienst, der zu den Zeiten, in denen die anderen Stellen keinen Dienst haben, schnell reagieren kann, für eine große Entspannung der Situation sorgen.

Davon zu unterscheiden wäre das Angebot einer **Krisenwohnung** bzw. eines Krisenzimmers, das für einen bestimmten kurzen Zeitraum im Falle eines sozialen oder Wohnungsnotfalls, aber nicht bei einer psychiatrischen Krise als Angebot dienen kann. Für den Fall, dass z.B. nach der Entlassung aus der Klinik eine Rückkehr in das häusliche Umfeld kontraindiziert ist, oder wenn

Angehörige oder die Betreuungspersonen des Betreuten Wohnens in Familien in Urlaub gehen, liegt der Bedarf an einem solchen Angebot vor.

Als Beispiel kann der Landkreis Calw dienen. Dort unterhält der sozialpsychiatrische Dienst eine Kriseninterventionswohnung. Dabei handelt es sich um eine Zwei-Zimmer-Wohnung für eine Einzelperson, die für die Dauer von einem Tag bis max. zwei Monate belegt werden kann. Der Nutzer entrichtet hierfür eine Nutzungsgebühr. Die Betreuung durch den SpDi ist für den Nutzer kostenlos. Die Mitarbeiter des SpDi sind außerhalb der Regelarbeitszeit in (nicht gesondert vergüteter) Rufbereitschaft. Evtl. notwendige aufsuchende Kriseninterventionsstätigkeiten außerhalb der Regelarbeitszeit werden entsprechend vergütet. Für die Kriseninterventionswohnung wird keine kommunale Förderung gewährt. Da diese Wohnung allerdings immer wieder Zeiten des Leerstands hat, kann die Wirtschaftlichkeit problematisch sein.

Eine Alternative hierzu wäre eine Lösung nach dem über die Eingliederungshilfe finanzierten Leistungstyp der Kurzzeitunterbringung, wie er im Lotte-Zimmer-Haus in Tübingen, einem Wohnheim für seelisch behinderte Menschen, angeboten wird. Dieses Angebot setzt aber voraus, dass der Bewohner bereits Eingliederungshilfeempfänger ist, und würde somit die potenzielle Zielgruppe sehr beschneiden.

Der Bedarf an einem solchen Angebot ist allerdings uneindeutig. In der Hilfeplankonferenz gab es nur einige wenige Fälle, für die eine solche Versorgung sinnvoll gewesen wäre. Die Auslastungen der Angebote in den umliegenden, deutlich kleineren Kreisen signalisiert aber durchaus einen Bedarf. Deswegen soll auch dieser erst einmal in der **Arbeitsgruppe ‚Notfallversorgung‘** sicher ermittelt und geprüft werden.

5.7. Öffentlichkeits- und Informationsarbeit

Die Einrichtungen und Dienste des GPV machen **breite Öffentlichkeitsarbeit** und leisten umfassende Informationen, die z.B. über Flyer und andere Medien verfügbar sind. Ausgebaut werden müssen allerdings noch die Darstellungen der Leistungen im Internet, dies betrifft die allermeisten der Angebote. Gerade für einen Personenkreis, der mit neuen und unbekanntem Kontakten häufig etwas zurückhaltend ist, kann eine ‚unpersönliche‘ und neutrale Information, wie sie das Internet darstellt, gut passend sein.

Auch trotz guter und erfolgreicher Öffentlichkeits- und Informationsarbeit sollte versucht werden, diese auszuweiten. Angesichts immer noch verbreiteter Vorurteile über psychische Erkrankungen muss gerade darüber aufgeklärt werden. Eine gute Gelegenheit hierfür ist der jährlich am 10. Oktober statt findende **Welttag für seelische Gesundheit**, der jedes Jahr unter einem anderen Motto steht. Dieser Welttag sollte genutzt zu einer kreisweiten Veranstaltung des GPV. Außerdem muss wieder unbedingt als Nachfolger des „Dschungelbuches“ ein Verzeichnis der Angebote im Landkreis erstellt werden.

5.8. Maßnahmen und Empfehlungen zur Beratung, Begleitung und Information

1. Die **Sprechstunde für psychisch erkrankte Menschen beim Gesundheitsamt** stellt ein wichtiges, sehr niederschwelliges Angebot dar, das die anderen Beratungsdienste gut ergänzt. Die Sprechstunde soll bedarfsgerecht vorgehalten werden, für alle Kreisbewohner

gleichermaßen erreichbar sein, bei Bedarf also auch in den Außenstellen Leonberg und Herrenberg angeboten werden, und bekannt gemacht werden.

2. Das als Modell eingeführte **Fallmanagement** im Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen (siehe KTDrs 118/2006) hat sich bewährt und soll unter Berücksichtigung der Diskussion auf Landesebene fortgesetzt und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Die Passgenauigkeit der Hilfen und die Verstehbarkeit und damit die Akzeptanz der Leistungsgewährung und des Gesamtplans werden dadurch deutlich erhöht. Die Öffentlichkeitsarbeit für das Fallmanagement und für die Beratung durch das Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen im Kreissozialamt soll verstärkt werden.
3. **Fallmanagement** sollte auch für geeignete Fälle der Hilfe zur Pflege durchgeführt werden, um die Passgenauigkeit der Leistungen sicher zu stellen und um bei Bedarf die Rückführung in den Landkreis Böblingen bzw. den Wechsel in andere Angebote, v.a. solche der Eingliederungshilfe, zu arrangieren.
4. Der **Sozialpsychiatrische Dienst** ist die zentrale Anlaufstelle für (chronisch) psychisch erkrankte Menschen im Landkreis Böblingen. Dafür muss er auf Anfragen schnell und flexibel reagieren und die Grundversorgung für mehrere hundert Menschen im Landkreis Böblingen, auch in aufsuchender Arbeit, erbringen können. Um dies leisten zu können, muss der SpDi personell ausgebaut werden. Hierzu sollen die beiden hauptsächlichen Kostenträger, der Landkreis Böblingen und der Evangelische Diakonieverband als Träger, ihre Zuschüsse bzw. den Eigenanteil erhöhen. Hierfür soll eine neue **Fördervereinbarung** zwischen dem Landkreis und dem EDiV geschlossen werden. Die Steuerung erfolgt über diese Vereinbarung und eine Leistungsbeschreibung des SpDi, sog. Leistungsbausteine, die im GPSV vorgestellt und mit dem Landkreis abgestimmt wird, und die bestimmte Schwerpunkte setzen kann.
5. Mittelfristig ist zu prüfen, ob die **Aufgaben, die mit einer träger- und angebotsübergreifenden Beratung, Vermittlung und Hilfeplanung** zu tun haben, im Landkreis Böblingen beim SpDi gebündelt werden sollen.
6. Weiter soll geprüft werden, wie die **Leistungen der ABV-Stelle** ab dem Jahr 2011 finanziert werden können.
7. In den **Gemeindepsychiatrischen Zentren** sollen die verschiedenen Leistungsbausteine noch stärker integriert werden. Die PIA des KN soll ihre Anwesenheit ausbauen und für die Sozialdiensttätigkeit den mit den örtlichen Angeboten bestens vertrauten SpDi beauftragen. Die Zusammenführung der Angebote unter einem organisatorischen Dach, mit einer zentralen Telefonnummer bzw. in einheitlicher Trägerschaft, ist zu prüfen.
8. Die Tagesstätten, v.a. in Leonberg und in Sindelfingen, sollen den **Einsatz Bürgerschaftlichen Engagements** ausbauen.

9. Das Landratsamt soll als Neuauflage des früheren „Dschungelbuches“ einen **Wegweiser bei psychischen Erkrankungen** herausgeben und – solange Bedarf daran besteht – regelmäßig fortschreiben.
10. Der **Welttag für seelische Gesundheit** am 10.10.2009 soll für eine gemeinsame Veranstaltung genutzt werden, um die Öffentlichkeit auf die Belange psychisch erkrankter Menschen hinzuweisen.
11. Es soll eine Arbeitsgruppe Notfallversorgung zur Bearbeitung der Frage nach der Notwendigkeit einer **Krisen- und Notfallversorgung** eingerichtet werden. Diese Arbeitsgruppe soll unter Mitwirkung des Klinikums Nordschwarzwald den Bedarf anhand verschiedener Datenquellen (Statistiken der Polizei, des Klinikums Nordschwarzwald, der Leistungserbringer) genau bestimmen und bei ausreichendem Bedarf unter Berücksichtigung vorhandener Angebote eine Konzeption zur Notfallversorgung erarbeiten. Dabei soll auch der in den GPSV eingebrachte Entwurf ‚Konzeption Schaffung von Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen in Notfällen oder bei Krisen‘ vom 12.09.2006 von Fortis e.V. und die ‚Konzeption Krisen- und Notfallversorgung in der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe‘ vom 17.09.2008 vom Landesarbeitskreis Psychiatrie berücksichtigt werden.

6. Die Hilfeplankonferenz für psychisch kranke Menschen im Landkreis Böblingen

Im folgenden soll eine kurze Übersicht über die Hilfeplankonferenz für psychisch kranke Menschen im Landkreis Böblingen (HPK) gegeben werden¹¹. Sie hat sich zu einem zentralen Baustein der Versorgung psychisch erkrankter Menschen und zu einem wichtigen Element der Steuerung des Versorgungssystems entwickelt. Auf Beschluss des Jugendhilfe- und Sozialausschusses vom 5. Juli 2004 wurde im Landkreis Böblingen zum Januar 2005 eine personenzentrierte und Institutionen übergreifende HPK eingeführt. Die Grundlage dafür stellt die auf dieser Sitzung beschlossene Vereinbarung zwischen dem Landkreis Böblingen und allen relevanten Leistungserbringern dar (KTDrs 89/2004). Die HPK ist ein Gremium des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und erstattet regelmäßig dem GPSV und dem JHSSA Bericht, letzterem bisher einmal am 12.04.2006 (KTDrs 32/2006).

Damit wurde ein Instrument der Einzelfallsteuerung etabliert, das in Baden-Württemberg immer weitere Verbreitung findet. Nach einer im Auftrag des baden-württembergischen Landkreistages, des Städtetages und der Liga der freien Wohlfahrtspflege durchgeführten „Erhebung zum Stand des Gemeindepsychiatrischen Verbunds in Baden-Württemberg 2005“ vom Oktober 2005 gab es 2005 in elf Kreisen in Baden-Württemberg eine Hilfeplankonferenz, in 20 weiteren war ihre Einführung geplant. In den angrenzenden Kreisen Stuttgart, Tübingen und Calw gibt es ebenfalls Hilfeplankonferenzen für psychisch kranke Menschen, der Landkreis Ludwigsburg steht kurz vor der Einführung, der Landkreis Esslingen hat sie nach einigen Jahren allerdings wieder abgeschafft. Die HPK ist ein wichtiges Instrument zur Umsetzung des Ziels der Versorgungsverpflichtung im GPV, zur Sicherstellung personenzentrierter, wohnortnaher und bedarfsgerechter Hilfeangebote für alle psychisch erkrankten Menschen der Versorgungsregion, v.a. für die Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die bisher öfter durch die Maschen des Netzes der sozialpsychiatrischen Hilfen fallen.

In der Hilfeplankonferenz arbeiten Vertreter aller Einrichtungen, die mit der Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis Böblingen befasst sind, zusammen, um in jeder Sitzung ca. 10 Fälle von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu besprechen, die von einer vorstellenden Bezugsperson der Hilfeplankonferenz vorgestellt werden. Vertreten sind

- der Ev. Diakonieverband im Landkreis Böblingen als Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Tagesstätten Leonberg und Sindelfingen,
- die Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. als Träger des Betreuten Wohnens in Familien,
- die Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH als Anbieter von Tagesstruktur,
- die Offene Herberge e.V. Leonberg als Anbieter ambulant betreuten Wohnens,
- der Fortis e. V. als Anbieter stationär und ambulant betreuten Wohnens, der Tagesstätte Herrenberg und der ABV-Stelle,
- die Werkstatt für Behinderte gGmbH Leonberg als Anbieter von Tagesstruktur sowie

¹¹ Eine ausführliche Auswertung der Hilfeplankonferenzen der Jahre 2006 und 2007 wurde im GPSV in der Sitzung am 02.07.2008 vorgestellt und ist bei der Geschäftsführung erhältlich.

- das Klinikum Nordschwarzwald als Träger der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Institutsambulanz,
- das Kreissozialamt, Sachgebiet Hilfen für behinderte Menschen
- das Gesundheitsamt, Sachgebiet Gesundheitshilfe

Die Geschäftsführung der HPK liegt bei der Stabsstelle für Sozialplanung und Controlling im Landratsamt. Zur Geschäftsführung gehört auch eine fachliche Koordination, die über die ABV-Stelle von der Aktion Mensch und Fortis e.V. noch bis Ende 2010 finanziert wird. Deswegen muss rechtzeitig geklärt werden, wie eine Weiterfinanzierung der fachlichen Koordination aussehen kann. In der Psychiatrieplanung selber kann dazu aber noch keine Empfehlung getroffen werden. Das Zusammenwirken zwischen der fachlichen Koordination und der Sozialplanung und die damit verbundene gemeinsame Erbringung der Geschäftsführungsaufgaben durch einen freien Träger und den Landkreis haben sich bewährt und sollten fortgeführt werden.

6.1. Die Arbeit der HPK

Die HPK trifft sich einmal monatlich zu einer Besprechung von jeweils ca. zehn Fällen; die Sitzungen werden von der Geschäftsführung vorbereitet, die auch eine Auswahl der in der großen Gruppe zu besprechenden Fälle trifft. Einige Fälle, z.B. Wiedervorlagen oder Fälle mit einfachem Hilfebedarf, die keine Neufälle sind, werden aus Gründen der Zeitersparnis nicht in die Sitzungen eingebracht.

Tabelle 6: Anmeldungen zur Hilfeplankonferenz 2005 bis 2007

	Geschlecht		Gesamt	davon: anonym beraten	davon: nicht beraten
	männlich	weiblich			
Neufälle	-	-	102	-	-
Wiedervorlagen	-	-	11	-	-
Gesamt 2005	70	43	113	5	-
Neufälle	29	24	53	-	1
Wiedervorlagen	37	18	55	-	17
Gesamt 2006	65	43	108	4	18
Neufälle	38	22	60	-	7
Wiedervorlagen	44	23	70	-	30
Gesamt 2007	82	45	130	3	37

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Zahl der Anmeldungen. In den letzten Jahren sind die Anmeldungen konstant gestiegen, allerdings konnten auch mehr Fälle im Vorfeld geklärt werden und mussten nicht beraten werden. Fälle können von allen beteiligten Akteuren des GPV eingebracht werden, dabei dominieren die Institutionen, die Fälle weiter vermitteln, also der Sozialdienst des Klinikums Nordschwarzwald, die ABV-Stelle. Vom SpDi werden vergleichsweise wenige Fälle eingebracht, weil Fälle, bei denen eine SpDi-Betreuung ausreicht, überhaupt nicht in die HPK kommen, weil diese v.a. für Fälle mit komplexem Hilfebedarf zuständig ist.

Die Beratung der in die HPK eingebrachten Fälle mündet in Empfehlungen, die in aller Regel einmütig getroffen werden. Die Empfehlung gibt an, wer welche Leistungen für die Per-

son erbringen soll, bei wem die Koordination der Leistungserbringung liegt und wann eine Wiedervorlage statt finden soll.

6.2. Die Qualität der Versorgung aus Sicht der HPK

Die zentrale Frage zur Beurteilung des Leistungssystems ist die, ob die hilfebedürftigen und leistungsberechtigten Personen auch eine ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Hilfe fanden und ob die Hilfeempfehlungen entsprechend umgesetzt werden konnten. Hier ist die Hilfeplankonferenz aufgrund ihrer institutionalisierten Rückmeldungen und Wiedervorlagen wie keine andere Institution geeignet, Hinweise auf die Versorgungslage zu geben.

In der folgenden Tabelle 7 ist dargestellt, ob und wie die in der HPK vorgestellten Fälle entsprechend der in der HPK-Sitzung ausgesprochenen Empfehlung versorgt werden konnten. Die Zuordnungen zu den einzelnen Kategorien können allerdings nicht immer eindeutig und klar vorgenommen werden, weil die Empfehlungen teilweise sehr komplex sind und nur in Teilen umgesetzt werden können oder weil es sich bei Hilfeplanungen oft um Entwicklungsprozesse handelt und sich die Ziele verändern können. Und nicht zuletzt orientieren sich die Empfehlungen auch an dem ‚Machbaren‘. ‚Wie Empfehlung‘ bedeutet, dass die Klienten entweder wie in der Empfehlung vorgesehen betreut bzw. untergebracht werden konnten oder abweichend von der Empfehlung eine andere ‚gute Lösung‘ gefunden wurde. Dies wurde dann anhand der Rückmeldungen festgehalten. ‚Nicht wie Empfehlung‘ bedeutet, dass die Klienten die von der HPK empfohlene Betreuung nicht erhalten konnten bzw. nicht in der Region, in der sie dies wollten. In den Fällen ‚Klient entscheidet sich gegen die Hilfe‘ hat sich die Klientin oder der Klient aus diversen Gründen gegen die empfohlene Hilfe entschieden. ‚Sonstiges‘ bedeutet, dass noch keine Rückmeldungen vorliegen bzw. noch keine Lösungen gefunden wurden.

Tabelle 7: Versorgung 2006 bis 2007 (Stand der Rückmeldungen Juni 2008)

	Versorgung						Gesamt
	im Landkreis Böblingen		nicht im Landkreis Böblingen		Klient entscheidet sich gegen Hilfe	Sonstiges	
	wie Empfehlung	nicht wie Empfehlung	wie Empfehlung	nicht wie Empfehlung			
2006 Neufälle	38	0	2	2	-	7	49
2007 Wiedervorlagen	59	1	4	0	5	1	70
2007 Neufälle	32	1	13	0	6	8	60
2007 gesamt	91	2	17	0	11	9	130
in %	70,0	1,5	13,1	0,0	8,5	6,9	100,0

Im Jahr 2006 wurden 38 von 49 Neufällen (= 77,6 %) entsprechend der Empfehlung im Landkreis Böblingen versorgt. Im Jahr 2007 waren es von Neufällen 32 von 60 (= 53,3 %) und von

den Wiedervorlagen 59 von 70 (= 84,3 %), zusammen 91 von 130 (= 70,0 %), insgesamt mit einer Versorgung wie empfohlen, aber außerhalb des Landkreises sogar 108 (= 83,1 %). Eindeutig nicht im Sinne der Empfehlung versorgt wurden nur 1,5 % der Fälle, wobei auch einzelne Fälle aus ‚Sonstiges‘ oder ‚Klient entscheidet sich gegen Hilfe‘ als nicht bedarfsgerecht versorgt gewertet werden können. Es gibt also einen ‚Graubereich‘ von ca. 20 % der eingebrachten Fälle, die aus den unterschiedlichsten

Aus der Arbeit der HPK, ein Fallbeispiel:

Frau H. wurde das ambulant betreute Wohnen in einer Wohngemeinschaft empfohlen. Dazu sollte sie sich noch in der Tagesklinik behandeln lassen und den Besuch des Berufsbildungsbereichs (BBB) in einer Werkstatt fortsetzen. Es kam – teilweise – anders als geplant: Zwar besuchte Frau H. seit Mitte Oktober 2007 kontinuierlich wieder den BBB. Davor war sie – ebenfalls wie geplant – einige Zeit in der Tagesklinik gewesen. Dort hat sich Frau H. allerdings verliebt und ging eine neue Partnerschaft ein. Dadurch rückte das Thema betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft in den Hintergrund. Aus (hauptsächlich) finanziellen Gründen lebt sie nach wie vor bei ihren Eltern, zusammen mit ihrem Partner, besucht den BBB und wird demnächst den Aufbaukurs besuchen.

Auch wenn in diesem Fall Teile der Empfehlung, das Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, nicht umgesetzt wurden, wurde dieser Fall als eine Versorgung ‚wie Empfehlung‘ gewertet, da andere Aspekte erfolgreich umgesetzt wurden und Frau H. stabil ist und von ihrer Bezugsperson im BBB begleitet wird.

Gründen kein optimales und passendes personenzentriertes Angebot im Landkreis erhalten konnten. Dies sind häufig Fälle, deren aktuelle Versorgung und Lebenslage man jeweils nur im Einzelfall bewerten kann, und deren Bedarfe und Bedürfnisse sowie deren persönliche Wünsche und Lebenslagen so individuell und unterschiedlich sind, dass sich daraus kaum allgemeine Bedarfsaussagen erarbeiten lassen. In einer Gesamtbewertung kann man somit davon ausgehen, dass der Großteil der Hilfesuchenden in den Jahren 2006 und 2007 ein für ihren Bedarf angemessenes Angebot erhalten hat und auch nutzt. Wie schwer eine richtige Bewertung der Entwicklung einzelner Personen und damit des Leistungssystems ist, zeigt das Beispiel im nebenstehenden Kasten. Die HPK zeigt: Das Leistungssystem für seelisch behinderte Menschen im Landkreis arbeitet auf Seiten der Leistungserbringer sowie der Leistungsgewährung mit Fallmanagement gut und mit Erfolg.

Dennoch gibt es Defizite, aufgrund derer nicht in jedem Fall eine optimale, personenzentrierte und gemeindenahere Lösung gefunden werden kann. Wenn man speziell **im Hinblick auf Versorgungsdefizite** und eine Optimierung des Leistungssystems die Fälle näher analysiert, dann kommt man bei 20 Fällen (entsprechend 15,4 % bei 130 Fällen in 2007) auf folgende Versorgungsdefizite. In der folgenden Übersicht sind die Bedarfe dargestellt und die Lösungen bzw. Verweise auf andere Stellen im Psychiatrieplan. Die Spalte Kommentare macht deutlich, dass bei erfolgreicher Bearbeitung der Maßnahmen und Empfehlungen des Psychiatrieplans fast alle Versorgungsdefizite behoben werden können.

Tabelle 8: Versorgungsdefizite nach den Ergebnissen der HPK 2007

Bedarf	Anzahl Fälle	Kommentar
intensives ABW	7	Dies könnte durch ABW nach Hilfebedarfsgruppen geleistet werden; alternativ durch ABW und/oder persönliches Budget.
Pflegeeinrichtung	6	siehe Empfehlungen beim Wohnen
fehlender WG-Platz	2	siehe Empfehlungen beim Wohnen
stat. Einrichtung für Menschen mit seelischer und geistiger Behinderung	1	Hier handelt es sich jeweils um einen Spezialbedarf mit nur wenigen Fällen, für den eine eigene Einrichtung im Landkreis wirtschaftlich nicht sinnvoll wäre.
geschlossene Unterbringung	1	
„Sozialhotel“	1	Behebung von Obdachlosigkeit ist Aufgabe der Städte und Gemeinden; in diesen Fällen sollte auch eine niederschwellige Betreuung erfolgen.
medizinische Rehabilitation	1	Sie wird im Wohnkolleg angeboten.
ABW in Herkunftsfamilie	1	Hier kann individuelle Hilfebedarf im Rahmen einer personenzentrierten Hilfestellung über ein persönliches Budget und/oder Sachleistungsstunden abgerechnet werden..

6.3. Maßnahmen und Empfehlungen zur HPK

1. Die HPK **soll ihre bewährte Arbeit fortsetzen** und weiterhin regelmäßig dem GPSV und – in längeren Abständen – auch dem JHSSA Bericht erstatten.
2. Durch die HPK soll weiterhin das Prinzip der personenzentrierten Gestaltung von Leistungen gestützt und gefördert werden, so dass Leistungen bereits im Vorfeld der HPK einrichtungsübergreifend geplant und abschließend koordiniert und integriert umgesetzt werden.
3. Nach Auslaufen der Förderung der ABV-Stelle, die auch in die fachliche Koordination der HPK eingeht, Ende 2010 soll die HPK ihre Leitungsstrukturen überprüfen und der GPSV soll eine Finanzierung der Aufgabe der fachlichen Koordination erarbeiten. Dies muss im Zusammenhang mit der Zuordnung und Finanzierung der Aufgaben der ABV-Stelle generell gesehen werden.
4. Die HPK soll in ihrer Arbeit den Aspekt der Bewertung der Versorgung und der **Qualitätssicherung** stärker betonen. Die HPK ist wie kaum eine andere Institution im GPV geeignet, die Qualität der Versorgung der bearbeiteten Fälle zu beurteilen und damit einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung der Arbeit des Leistungssystems zu leisten. Diese Bedeutung der HPK soll weiter gestärkt werden und die dazugehörigen Instrumente sollen weiter entwickelt werden.

7. Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung

Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an einer Tagesstruktur und an Arbeit und Beschäftigung und an einer beruflichen Rehabilitation ganz allgemein kann auf ganz verschiedene Arten erfolgen.

7.1. Berufliche Rehabilitation

Für die arbeits- und berufsfördernden Maßnahmen und Leistungen sowie die entsprechende finanzielle Förderung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben ist in der Regel die **Agentur für Arbeit** zuständig. Die Geschäftsstelle Böblingen der Agentur für Arbeit mit ihrer **Reha-Beratung** kann Orientierung geben, beraten, die Begutachtung durch einen Fachdienst der Agentur für Arbeit veranlassen, einen Reha-Gesamtplan erstellen und übernimmt die Vermittlung und Förderung einer Reha-Maßnahme. Die Reha-Beratung ist für die berufliche Rehabilitation zuständig bis zur dauerhaften beruflichen Eingliederung.

Als Rehabilitationsmaßnahmen kommen in Betracht:

- **Berufsbildungswerke** sind Rehabilitationseinrichtungen zur beruflichen Erstausbildung. Angestrebt wird ein Berufsabschluss im Sinne des Berufsbildungsgesetzes. Sie spielen für die berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen eine untergeordnete Rolle; das nächstgelegene Berufsbildungswerk speziell für psychisch erkrankte junge Erwachsene ist in Neckargemünd. **Berufsförderungswerke** sind außerbetriebliche und überregional aufnehmende Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die der Aus- und Weiterbildung von erwachsenen behinderten Menschen dienen, die in der Regel bereits berufstätig waren und die jeweiligen leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.
- **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)** sind Komplexangebote für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen. Die Betreuung erfolgt durch multiprofessionelle Teams aus typischerweise Fachärzten, Psychologinnen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten. Es wird ein breites Spektrum sowohl Leistungen der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation unter psychosozialer Begleitung erbracht; die Leistungen reichen von der fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung, über Krankenpflege, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Belastungserprobung, Berufsfindung und Arbeitserprobung bis hin zum Bewerbertraining und einer Begleitung am Arbeitsplatz. Die vorrangigen Leistungsträger sind: alle gesetzlichen Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Rentenversicherungsanstalten und die Arbeitsverwaltung. Das nächstgelegene und von Böblingern öfter nachgefragte RPK ist das Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart.
- **Berufsbildungsbereiche** in anerkannten WfbM sind die Rehabilitationsmaßnahme mit der größten Bedeutung für den Personenkreis des Psychiatrieplans. Diese Maßnahme findet in eigenen Bereichen der Werkstätten für behinderte Menschen statt. Der Berufsbildungsbereich qualifiziert für eine anschließende Tätigkeit im Arbeitsbereich einer WfbM – ebenso aber für eine andere Tätigkeit. Die Beteiligten arbeiten in dem Verständnis, nicht von einem Automatismus des Übergangs in den Arbeitsbereich der WfbM auszugehen, sondern entsprechend ihres Auftrages die Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt im Einzelfall

sorgfältig zu prüfen und ggf. einzuleiten. Deswegen sollten Betroffene und ihre Angehörige auch darauf hin gewiesen werden, dass eine Übernahme in den Arbeitsbereich nicht automatisch erfolgt. Dem Berufsbildungsbereich von max. 24 Monaten wird in der Regel ein Eingangsbereich von drei Monaten vorgeschaltet, beide werden von der Agentur für Arbeit finanziert werden.

7.2. Allgemeiner Arbeitsmarkt

Auch psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen haben die Möglichkeit, eine Beschäftigung auf dem **allgemeinen Arbeitsmarkt** anzunehmen. Allerdings sind es gerade die heutigen Arbeitsbedingungen, die auch zu psychischen Beeinträchtigungen und – bei Chronifizierung – zu einer Erwerbsunfähigkeit und einem zumindest befristeten Ausscheiden aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen können. Kann eine Umschulung oder eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich absolviert werden, ist auch eine Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt gut möglich. Je stärker und chronifizierter die Erkrankung ist, desto größer ist allerdings die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsunfähigkeit und einer Berentung. Für viele dieser Personen ist dann eine Beschäftigung in einer WfbM die beste Chance, am Erwerbsleben teilzuhaben, wobei es nur ein sehr kleiner Teil der psychisch erkrankten Menschen ist, der so erkrankt ist, dass er im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung seelisch behindert ist und in einer WfbM arbeitet. Eine entscheidende Frage ist dabei die Erwerbsfähigkeit nach SGB II. Da viele psychisch erkrankte Menschen gerade an der Grenze zur Erwerbsfähigkeit stehen und ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich zudem deutlich verändern können, bewegen sie sich arbeitsmarktbiographisch zwischen der Beschäftigung in Arbeitsgelegenheiten, Reha- und Bildungsmaßnahmen, der WfbM, einer Integrationsfirma und der Nicht-Erwerbstätigkeit.

Mangels Datenquellen sind keine Angaben über die Anzahl psychisch erkrankter Menschen in den Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes im Landkreis Böblingen, in den Maßnahmen der Arbeitsagentur oder in denen des JobCenter möglich, weil Angaben zu psychischen Erkrankungen von diesen Institutionen nicht systematisch erfasst und ausgewertet werden. Es ist aber davon auszugehen, dass durch die Maßnahmen nach SGB II auch einige psychisch erkrankte Menschen Arbeit und Förderung erhalten. Abgesehen vom JobCenter liegen diese Maßnahmen auch außerhalb der Zuständigkeit des Landkreises.

7.3. Integrationsprojekte und weitere Beschäftigungsmöglichkeiten

Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen oder unternehmensinterne Betriebe bzw. Abteilungen zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe ansonsten wegen der Art und Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt. Der Anteil der schwerbehinderten Beschäftigten liegt im Regelfall zwischen 25 und 50 %. Allerdings handelt es sich hierbei um schwerbehinderte Personen im Sinne des SGB IX und nicht um wesentlich behinderte Menschen. Integrationsunternehmen erhalten als Nachteilsausgleich Leistungen wie z.B. investive Förderungen oder betriebswirtschaftliche Beratung durch das Integrationsamt.

Im Landkreis Böblingen gibt es bereits seit 20 Jahren das Integrationsunternehmen **FEMOS gGmbH**. Es hat mit Stand 01.03.2007 179 Beschäftigte, davon 115 mit Schwerbehindertenausweis. Es ist ein Unternehmen der Stiftung Zenit und wie diese in den beiden Landkreisen Calw und Böblingen, hier vor allem in den Regionen Böblingen/Sindelfingen und Herrenberg, und vor allem in den Bereichen Elektrobestückung und -montage, Industriemontage, Anlagenbetreuung, Kältetechnik sowie Beschaffung und Logistik tätig. Was Akquisition und Auftragsvergabe anbelangt, arbeiten beide Unternehmen engst zusammen. Ein wichtiges Angebot von FEMOS sind die CAP-Märkte, Lebensmittelmärkte an gut geeigneten Standorten, in denen auch behinderte Menschen arbeiten. Dieses Konzept hat einen so durchschlagenden Erfolg, dass auf der Basis der CAP-Konzeption von FEMOS mittlerweile bundesweit solche CAP-Märkte entstanden sind. Da wesentlich behinderte Menschen im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung in aller Regel auch schwerbehindert sind, stellt ein Integrationsprojekt eine gute Beschäftigungsmöglichkeit für Menschen dar, die in einer WfbM unterfordert sind. Wechsel sind freilich nur in geringem Umfang möglich: In 2007 wurde 1 Person aus dem Arbeitsbereich der WfbM Sindelfingen zu FEMOS vermittelt.

Anders als die WfbM haben die Integrationsprojekte keine Aufnahmeverpflichtung. Sie sind nur an bestimmte Quoten der Beschäftigung schwerbehinderter Mitarbeiter gebunden, agieren aber ansonsten wie freie Unternehmen. Sie nehmen also schwerbehinderte Beschäftigte nur auf, wenn es in ihrem Interesse liegt, d.h. wenn es im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten liegt. Dementsprechend kann kein Automatismus des Übergangs von einer WfbM in ein Integrationsprojekt bestehen.

In der Region Leonberg hat ganz aktuell in 2008 das Unternehmen Pfiffikus die Anerkennung als Integrationsprojekt erhalten. Pfiffikus e.V., gegründet vom Elternverein der Karl-Georg-Haldenwang-Schule, ist allerdings spezialisiert auf Beschäftigungsangebote für geistig behinderte Menschen. Deswegen sollen, auch angesichts geringer Fördermittel des Integrationsamtes, Bemühungen zur Einrichtung eines Integrationsprojektes für psychisch erkrankte Menschen in Leonberg fortgesetzt werden.

Zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen, die von der Diagnostik her auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen könnten, haben die GWW, das Integrationsamt, die Agentur für Arbeit und der Integrationsfachdienst, der Landkreis Calw und der Landkreis Böblingen ein **Modellprojekt Lohnkostenzuschuss** entwickelt (KTDrs 30/2007). Durch das Projekt ‚Ergänzender Lohnkostenzuschuss für wesentlich behinderte Menschen‘ soll die Integration wesentlich behinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch eine zusätzliche Förderung ermöglicht und erleichtert werden. Besonders leistungsfähigen Beschäftigten in anerkannten Werkstätten und Abgängern der Schulen für Geistigbehinderte soll der Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt durch Gewährung eines Lohnkostenzuschusses ermöglicht und gesichert werden. Mit diesem Zuschuss sollen die besonderen Aufwendungen, Belastungen und Risiken, die für Arbeitgeber mit der Beschäftigung von Menschen mit besonderem Förderbedarf verbunden sind, ausgeglichen werden. Das Kreissozialamt wird nachrangig gegenüber den anderen Sozialleistungsträgern zuständig.

Dieses innovative Modellprojekt ist inzwischen angelaufen, der Landkreis Böblingen trägt mittlerweile die Lohnkostenzuschüsse für zwei Personen. Auch wenn bisher noch keine

seelisch behinderten Menschen im Projekt sind, steht es auch ihnen offen. Deswegen soll dieses Projekt, das die Inklusion behinderter Menschen erfolgreich betreibt, gut beworben und nach einer positiven Evaluation verlängert werden. Die WfbM sind aufgerufen, bei geeigneten Mitarbeitern für dieses Projekt zu werben.

7.4. Integrationsfachdienst (IFD)

Ein wichtiges Angebot zur Beratung und Unterstützung schwerbehinderter Menschen sind die **Integrationsfachdienste**. Der IFD berät, begleitet und unterstützt Behinderte, Schwerbehinderte oder von Behinderung bedrohte Arbeitsuchende im Rahmen des SGB IX. Die Strukturverantwortung liegt beim Integrationsamt des Kommunalverbandes für Jugend- und Soziales Baden-Württemberg. Ziel ist die Ermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben durch:

- Vermittlung in geeignete Arbeits- /Ausbildungsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- Sicherung von Arbeitsverhältnissen

Beide Bereiche sind untrennbar miteinander verbunden, weil:

- Vermittelte Menschen und Arbeitgeber weitergehende Unterstützung in der beruflichen Begleitung brauchen.
- Arbeitgeber Beratung zur Einrichtung behindertengerechter Arbeitsplätze benötigen.
- Es viele andere Stellen gibt, die in Arbeit vermitteln wollen – der IFD ist der Spezialist für den Personenkreis der Schwerbehinderten.
- Arbeitgeber, die ggf. einmal negative Erfahrungen mit schwerbehinderten Mitarbeitern machten, nicht bereit sind einzustellen – der IFD leistet hier bei seinen laufenden Kontakten zu Arbeitgebern vor Ort eine wichtige Beratungsarbeit.
- Berufliche Sicherung nach SGB IX §109 Abs. 2.1 originäre Aufgabe des IFD ist.

Der **IFD für den Landkreis Böblingen** wird vom **Evangelischen Diakonieverband** in Böblingen getragen und hat 6,7 Stellen, von denen 1,5 für zusätzliche Spezialaufgaben zur Verfügung stehen. Zum 30.06.2008 sind beim IFD

- 195 Klienten in Betreuung (regelmäßige Betreuung über einen längeren Zeitraum hinweg mit der Umsetzung von Maßnahmen),
- 205 Klienten in qualifizierter Beratung (oft als Vorstufe zur Betreuung) und
- 363 Klienten in einer Kontaktphase.

Tabelle 9: Zugänge zum IFD

Zugänge zum IFD 2007	in %
Betrieb	23 %
Integrationsamt	16 %
Träger der Arbeitsvermittlung	14 %
Klienten/Umfeld	14 %
Schulen	13 %
Kliniken/Arzt	9 %
WfbM	1 %
andere	10 %

Hauptsächlich kommen die Personen über die Betriebe, das Integrationsamt oder die Träger der Arbeitsvermittlung zum IFD. Im Laufe des Jahres 2007 konnten **198 Fälle der beruflichen Sicherung** abgeschlossen werden. In 77,8 % so erfolgreich, dass der Arbeitsplatz gesichert werden konnte. Im selben Zeitraum wurden **112 Fälle der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt** abgeschlossen, 63,3 % davon mit der Vermittlung in ein befristetes bzw. unbefristetes Arbeitsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Diese Arbeit kann nur bei zahlreichen Kontakten zu

Betrieben erfolgreich sein. Dafür unterhält der IFD aktuell zu 307 Betrieben Beziehungen. Außerdem arbeitet er eng mit anderen Institutionen wie den WfbM, den psychiatrischen Krankenhäusern, Bildungsträgern wie dem Internationalen Bund für Sozialarbeit, der Kreissozialverwaltung u.a. zusammen.

Die Arbeit des IFD richtet sich nach SGB IX an schwerbehinderte Menschen. Der IFD Böblingen hat aber erhoben, dass ca. ein Viertel der insgesamt 401 Klienten in Betreuung oder Beratung eine festgestellte psychische Behinderung hat. Der Großteil davon ist auf depressive Erkrankungen zurückzuführen. Dabei ist festzustellen, dass der Anteil psychisch erkrankter Menschen weiter zunimmt, weil sich gerade im Berufsleben durch Arbeitsverdichtung, zunehmende Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse und Konkurrenzdruck psychische Erkrankungen gerade im Kontext von Beschäftigung häufen.

Die Arbeit des IFD ist ein wichtiger Bestandteil der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.

Finanziert wird er aus Mitteln des Integrationsamtes beim KVJS. Bei seiner künftigen Arbeit für psychisch erkrankte Menschen soll sich der IFD auf die Begleitung von Übergängen aus den WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt konzentrieren.

Aus der Arbeit des IFD, Fallbeispiel:

Frau X. war gerade 35 Jahre geworden, als sie zum ersten Mal zum IFD kam. Sie hatte in ihrem Leben schon vieles erlebt, war mehrfach in der Psychiatrie und zuletzt zur Behandlung in der Tagesklinik Böblingen. Ihr Arbeitsverhältnis war auf Grund der hohen Fehlzeiten extrem gefährdet. Sogar eine Berentung war im Gespräch. Der IFD bot seine Unterstützung an und konnte beim Arbeitgeber erreichen, dass Frau X. nochmals einen Arbeitsversuch machen konnte. Da sie keinen Krankengeldanspruch mehr hatte, wurde die Deutsche Rentenversicherung eingeschaltet. Stufenweise konnte die Arbeit wieder aufgenommen werden. Unter Begleitung des IFD wurden die Arbeitsabläufe der Behinderung entsprechend angepasst. Dies alles liegt nun schon drei Jahre zurück. Einen Klinikaufenthalt hat es nicht mehr gegeben, der Arbeitgeber ist zufrieden – und auch die Rente kann noch warten.

7.5. Tagesstrukturangebote für psychisch erkrankte Menschen

Für einen großen Teil der seelisch wesentlich behinderten Menschen sind die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder die Betreuung in einem Förderbereich die angemessenen Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX. Für behinderte Menschen, für die das Rehabilitationsziel einer Beschäftigung in einer WfbM nicht mehr realistisch ist, kann die Betreuung auch nach dem Leistungstyp Tagesbetreuung erfolgen. Nach dem Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII wird zwischen unterschiedlichen Leistungstypen der Eingliederungshilfe unterschieden. Alle verfolgen das Ziel der Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Diese Leistungstypen stellen die Grundlage dar, auf der die erbrachten Leistungen von den Leistungsträgern vergütet werden.

Anders als im Bereich des Wohnens (s.u.) gibt es für die Leistungen der Tagesstruktur keine Einteilung nach Hilfebedarfsgruppen und damit nach dem mit der Betreuung im Einzelfall verbundenen Aufwand. Statt dessen wurden drei unterschiedliche Leistungstypen gebildet, die auch das Ausmaß des Betreuungs- und Förderbedarfs abbilden. Diese drei Leistungstypen sind folgende:

- Die übliche Beschäftigung im **Arbeitsbereich** einer Werkstatt für behinderte Menschen entspricht dem Leistungstyp I.4.4. Sie richtet sich an erwachsene behinderte Menschen ab 18 Jahren, die wegen Art und/oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können und ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erreichen. Die damit verfolgten Ziele sind z.B. die Teilhabe an der Arbeitswelt, die Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, die Persönlichkeitsentwicklung, die Erzielung eines Arbeitsentgelts. Dafür werden Arbeit und Beschäftigung sowie sogenannte arbeitsbegleitende Maßnahmen angeboten. Diese Leistung wird überwiegend in einer Werkstatt erbracht. Die Werkstattträger können auch Gruppen einrichten, die außerhalb der Werkstatt arbeiten, z.B. „Grün-Gruppen“ zur Grünflächenpflege oder Außenarbeitsgruppen in einem anderen Unternehmen. Außenarbeitsgruppen unterschiedlicher Größe sollen in der Zukunft ein besonderes Gewicht bekommen, weil sie gegenüber der Arbeit in einer Werkstatt Vorteile haben: Sie stellen eine weitergehende Normalisierung dar, sie vermitteln deswegen den Beschäftigten häufig ein Gefühl des Stolzes und sie stellen einen Übergang zu einer unbetreuten Beschäftigung, beispielsweise in einem Integrationsunternehmen dar. Eine noch stärkere Form der Integration sind **Einzelaußenarbeitsplätze**. In diesen Fällen nimmt ein Beschäftigter alleine, ohne Arbeitsgruppe einen Arbeitsplatz in einem Betrieb ein. Einzelaußenarbeitsplätze dienen nicht nur der dauerhaften Beschäftigung, sondern haben auch das Ziel der Integration auf einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz.
- Dem Arbeitsbereich in den WfbM sind ein **Eingangsbereich** und ein **Berufsbildungsbereich** vorgeschaltet. Im Eingangsbereich wird in mehrwöchigen, max. dreimonatigen Maßnahmen getestet, ob eine WfbM überhaupt das richtige Angebot ist. Im Berufsbildungsbereich, für den die Arbeitsverwaltung der zuständige Rehabilitationsträger ist, sollen in in der Regel zweijährigen Maßnahmen der beruflichen Bildung die behinderten

Menschen so gefördert werden, dass sie ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Leistung erbringen.

Personen, die kein „Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit“ erbringen können, besuchen einen Förder- und Betreuungsbereich (Leistungstyp I.4.5 b) oder eine Tagesbetreuung (Leistungstyp I.4.6):

- Der **Förderbereich** ist geeignet für Personen mit schwerer Behinderung, die aufgrund ihres hohen Betreuungsbedarfs oder wegen ihrer besonderen Verhaltensweisen nicht, noch nicht oder nicht mehr in einer WfbM beschäftigt werden können. Ziele sind vor allem die Förderung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Erhalt und Förderung praktischer Kenntnisse und Fertigkeiten sowie das soziale Lernen in kleinen Gruppen. Beschäftigungs- und Arbeitsangebote dienen dem Aufbau eines grundlegenden Arbeitsverhaltens und der eventuellen Vermittlung in die WfbM. Scheinen diese Ziele durch Förderung nicht mehr erreichbar, dann ist die Betreuung in einer Tagesbetreuung möglich.
- Die **Tagesbetreuung** verfolgt weniger das Ziel der Förderung. Hier steht mehr die alltägliche Betreuung und Strukturierung des Tages im Vordergrund. Deswegen sind die Vergütungen etwas geringer als in einem Förderbereich, andererseits wird die Leistung wegen der anderen Zielsetzung auch eher längerfristig bewilligt.

Förderbereiche und Tagesbetreuungen sind in der Regel an stationäre Wohnangebote angeschlossen. Aufgrund geringer Größen finden manche Gruppenangebote für beide Leistungsempfänger gemeinsam statt. Auch wenn sich beide Leistungen in erster Linie an die Bewohner der stationären Wohnangebote richten, sollten im Zuge einer personenzentrierten Hilfeplanung diese Angebote auch für andere offen stehen. Aus therapeutischen Gründen kann es im Einzelfall sinnvoll sein, dass z.B. ein Bewohner des Wohnkollegs, der ins ambulant betreute Wohnen wechselte, auch noch für eine Übergangszeit an dem dortigen ‚Hausprogramm‘ teilnimmt.

7.6. Tagesstrukturangebote für psychisch erkrankte Menschen im Landkreis Böblingen

Im Landkreis Böblingen gibt es ein vielfältiges und breit gestreutes Angebot an Tagesstrukturangeboten in WfbM, in Tagesbetreuungsangeboten und in Tagesstätten. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Versorgung mit Werkstattplätzen im Landkreis Böblingen. In Klammern ist jeweils angegeben, wie viele Menschen mit seelischen Behinderungen im Arbeitsbereich oder im Berufsbildungsbereich an dem jeweiligen Standort beschäftigt sind.

Tabelle 10: Angebote in Werkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen im Landkreis Böblingen

WfbM (Arbeitsbereich und Berufsbildungsbereich)	Standort	Platzzahl (Arbeitsb./BBB)	Träger
Region Leonberg			
WfbM Pfad (seel. Beh.)	Röntgenstr. 9 71229 Leonberg-Höfingen	30, davon 6 im BBB (9/11)	WfB Leonberg gGmbH
Region Böblingen/Sindelfingen			
WfbM	Waldenbacher Straße 34-36 71065 Sindelfingen	200 (24/2)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Teilwerkstatt Magstadt der WfbM Sindelfingen (seel. Beh.)	Robert-Bosch-Str. 1 71106 Magstadt	110 (52/34)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Zweigwerkstatt Holzgerlingen der WfbM Sindelfingen	Max-Eyth-Str. 30 71088 Holzgerlingen	60 (Belegung bei and. Standorten angegeben)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Außenarbeitsgruppen	versch. Standorte in Böblingen	40 (9/0)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Region Herrenberg			
WfbM Herrenberg	Adlerstraße 3 71083 Herrenberg	160 (0/0)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Teilwerkstatt der WfbM Herrenberg (seel. Beh.)	Raisting Str. 41 71083 Herrenberg	40 (15/-)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Teilwerkstatt Gültstein	Hertzstr. 4 71083 Herrenberg-Gültstein	40 (30/22)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Außenarbeitsgruppen	zwei Standorte in Herrenberg	15 (5/0)	Gemeinnützige Werkstätten und Wohnstätten GmbH
Gesamt		635 (144/69)	

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

Anmerkung: Die Gesamtzahl von 635 ist nur bedingt aussagekräftig, da sie die Platzzahl angibt, auf denen seelisch behinderte Menschen beschäftigt werden könnten. Sie resultiert daraus, dass die GWW in allen Standorten auch seelisch behinderte Menschen einsetzt, die WfB Leonberg aber nicht. Mit deren WfB in Leonberg-Ramtel und der WfbM der Dorfgemeinschaft Tennental, in der nur geistig behinderte Menschen arbeiten, wäre dies eine komplette Aufstellung der WfbM-Plätze im Landkreis Böblingen.

In der **Region Leonberg**, die auch die Gemeinden Ditzingen, Gerlingen, Hemmingen und Korntal-Münchingen aus dem Landkreis Ludwigsburg mit versorgt, ist die **WfB Leonberg**

gGmbH der Träger von Werkstatt-Angeboten, die in der Werkstatt Pfad¹² in Leonberg-Höfingen vorgehalten werden. Die WfbM wächst rasant, hat zum 01.07.2008 bereits 25 Beschäftigte und rechnet bis zum Jahresende 2008 mit einer Vollbelegung.

In der **Region Sindelfingen/Böblingen** ist die GWW der alleinige Träger von WfbM-Plätzen. Anders als die WfB Leonberg verfolgt die GWW keine strikte Trennung der geistig und der seelisch behinderten Menschen in ihren Werkstätten, hat aber doch ‚Schwerpunktwerkstätten‘. Die Stamm-Werkstatt in Sindelfingen ist gut ausgelastet; geplant war die WfbM für 200 Beschäftigte, heute arbeiten dort knapp 250 Personen, 26 davon seelisch behindert. In der WfbM Magstadt arbeiten dagegen 86 seelisch behinderte Menschen. Ferner hat die GWW in Böblingen drei Außenarbeitsgruppen und betreibt auch eine Kfz-Schilderstelle bei der Kfz-Zulassung beim Landratsamt. Seit 2007 ist der Region in Holzgerlingen ein neuer Standort speziell für die Fertigung von Festzeltgarnituren eingerichtet, an dem seelisch und geistig behinderte Menschen, FEMOS-Mitarbeiter und Arbeitnehmer in SGB II-Maßnahmen beschäftigt werden.

In der **Region Herrenberg** ist ebenfalls die GWW mit drei WfbM-Standorten in Herrenberg und Teilorten aktiv. Seelisch behinderte Menschen sind hier aber nur an den Standorten Raistingener Straße und Gültstein beschäftigt. Vor allem der Standort Raistingener Straße 4 ist für die Bewohner der Wohnangebote in der Marienstraße in Herrenberg gut zu erreichen.

7.7. Die Nutzung der Tagesstrukturangebote im Landkreis Böblingen

In Tabelle 11 sind die Wohnorte der WfbM-Beschäftigten dargestellt. Die Beschäftigten der Werkstätten orientieren sich nur bedingt an den Einzugsbereichen. Die WfbM Pfad in Leonberg-Höfingen wird nur von Personen aus Ditzingen, Korntal-Münchingen, Leonberg, Renningen und Weil der Stadt, also nur von Personen aus ihrem Einzugsbereich, besucht. Die Werkstätten der GWW haben aber weitere Einzugsbereiche. Dies liegt auch daran, dass die GWW-Werkstätten schon länger in Betrieb sind und das größte Arbeitsplatzangebot für psychisch erkrankte Menschen in Magstadt vorgehalten wird. Magstadt liegt wiederum relativ näher an Weil der Stadt und Renningen als Leonberg-Höfingen. Von daher ist es nicht erstaunlich, dass die GWW-Werkstätten *de facto* den ganzen Landkreis als Einzugsbereich haben.

¹² „Pfad“ weil die Werkstatt am Rande des Industriegebietes „Pfad“ liegt.

Tabelle 11: Wohnorte der Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen

Planungsraum Leonberg		Planungsraum Böblingen/ Sindelfingen		Planungsraum Herrenberg	
Gemeinden	WfbM- Beschäftigte	Gemeinden	Einwohner	Gemeinden	Einwohner
aus LK BB		aus LK BB		aus LK BB	
Leonberg	17	Böblingen	31	Herrenberg	32
Renningen	6	Holzgerlingen	1	Altdorf	4
Rutesheim	1	Sindelfingen	53	Bondorf	1
Weil der Stadt	4	Waldenbuch	1	Deckenpfronn	1
Weissach	0	Aidlingen	2	Gärtringen	10
außerhalb LK BB		Ehningen	4	Gäufelden	4
Ditzingen	2	Grafenau	3	Hildrizhausen	0
Gerlingen	0	Magstadt	6	Jettingen	2
Hemmingen	0	Schönaich	6	Mötzingen	1
Korntal- Münchingen	1	Steinenbronn	1	Nufringen	4
		Weil im Sch.	6	Gesamt	59
Gesamt	31	Gesamt	114		

weiter: Calw: 5, Heimsheim: 1; Stuttgart: 2

Gesamter Einzugsbereich 213 Beschäftigte

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

Deswegen ist die **Quote des Werkstattbesuchs** in den drei Versorgungsregionen recht unterschiedlich. In Leonberg beträgt die Quote $31/168.855=0,18$ pro T Ew., in Böblingen/Sindelfingen $114/186.751=0,61$ pro T Ew. und in Herrenberg $59/85.413=0,69$ pro T Ew. Dies könnte darin liegen, dass einerseits die Werkstatt Pfad in Leonberg-Höfingen erst seit wenigen Jahren in Betrieb ist und bis dahin viele Menschen aus dem Einzugsbereich andere WfbM, v.a. die in Magstadt, besuchen. Zudem gibt es in Böblingen/Sindelfingen und Herrenberg mehr Wohnangebote als in Leonberg, was auch einen stärkeren Werkstattbesuch in diesen Regionen bedeuten müsste¹³. Und schließlich kann unterstellt werden, dass bisher einige potenzielle Werkstattbesucher aus der Region Leonberg mangels Angebote vor Ort und aufgrund größerer Entfernungen zu anderen Standorten bisher keine Werkstatt besucht haben. Dies würde auch das schnelle Wachstum der Werkstatt Pfad erklären.

In der folgenden Tabelle 12 sind wichtige Merkmale aus der Erhebung der Träger dargestellt. Um Hinweise auf die aktuelle und künftige Entwicklung des Personenkreises der WfbM-

¹³ Aber selbst wenn man für die Nachfrage nach WfbM-Plätzen durch das Wohnkolleg in Sindelfingen und die Martinshöhe in Böblingen zusammen 20 Plätze im Raum Böblingen/Sindelfingen von den 114 abzöge, bliebe dort die WfbM-Nachfrage überproportional größer als in Leonberg.

Beschäftigten und der Nachfrage nach WfbM-Plätzen zu gewinnen, sind zwei Personengruppen gegenübergestellt:

- die 213 Personen, die am 31.12.2007 in den WfbM beschäftigt waren („Beschäftigte“) und
- die 52 Abgänger, die 2006 oder 2007 die WfbM verließen („Abgänger“).

Aus einem Vergleich der beiden Personengruppen können Rückschlüsse auf die Belegschaft und ihre Veränderungen in den WfbM gezogen werden.

Die Beschäftigten sind vom **Alter** her relativ jung, ca. 60 % sind 45 Jahre und jünger, nur 17 Personen sind 55 Jahre und älter. Die Abgänger sind interessanterweise im Durchschnitt jünger als die Beschäftigten, Abgänge aus Altersgründen dürften also tatsächlich keine große Rolle spielen. Bei den Gründen für die Beendigung wird dies bestätigt.

Die **Leistungsträger** bestätigen ebenfalls diesen Eindruck. Bei 27 % der Abgänger, aber nur 15 % der Beschäftigten ist die Agentur für Arbeit der zuständige Leistungsträger. Da diese für den Berufsbildungsbereich zuständig ist, verlässt also ein relativ hoher Anteil noch aus dem Berufsbildungsbereich heraus die WfbM. Dementsprechend höher sind die Anteile der Eingliederungshilfe-Leistungsträger bei den Beschäftigten. Bei den Leistungsträgern wird auch deutlich, dass mit 14 von 213 Beschäftigten nur ein geringer Anteil der Beschäftigten aus angrenzenden Kreisen kommt. Die WfbM im Landkreis Böblingen versorgen also tatsächlich fast ausschließlich den Landkreis Böblingen.

Das **Datum der Aufnahme** bestätigt einen relativ hohen Anteil an nur kurz in der WfbM verweilenden Beschäftigten. Von 48 Zugängen in 2006 und 37 in 2007 hatten 17 bzw. 7 die WfbM in den Jahren 2006 oder 2007 bereits wieder verlassen. Fast die Hälfte der Abgänger der Jahre 2006 und 2007 ($24/52=46,2\%$) war erst in diesen Jahren in die WfbM eingetreten. Aber auch obwohl nahezu zwei Drittel die WfbM bald wieder verlassen, bleibt doch ein positiver Zugangssaldo, der bis auf Weiteres eine Zunahme des Bedarfs an WfbM-Plätzen bedeutet.

Tabelle 12: Daten der Werkstattbesucher

		Beschäftigte am 31.12.2007		Abgänger 2006/2007	
		Anzahl Per- sonen	in %	Anzahl Per- sonen	in %
Geburtsjahr	vor 1932	0	0,0	0	0,0
	1933 – 1942	1	0,5	0	0,0
	1943 – 1952	16	7,5	2	3,8
	1953 – 1962	66	31,0	12	23,1
	1963 – 1982	125	58,7	35	67,3
	nach 1982	5	2,3	3	5,8
	Gesamt	213	100,0	52	100,0
Geschlecht	weiblich	71	33,3	20	38,5
	männlich	142	66,7	32	61,5
	Gesamt	213	100,0	52	100,0
Leistungs- träger	Agentur für Arbeit	31	14,6	14	26,9
	Rentenversicherung	37	17,4	13	25,0
	LK BB	131	61,5	24	46,2
	LK CW	6	2,8	0	0,0
	Stadt S	4	1,9	0	0,0
	LK LB	3	1,4	0	0,0
	Enzkreis	1	0,5	0	0,0
	Gesamt	213	100,0	52	100,0
Aufnahme erfolgte	2007	30	14,1	7	13,5
	2006	31	14,5	17	32,7
	2005	18	8,5	9	17,3
	2004	28	13,1	13	25,0
	2003	14	6,6	0	0,0
	2002 und früher	92	43,2	6	11,5
	Gesamt	213	100,0	52	100,0

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

Über zwei Drittel der WFbM-Beschäftigten leben privat in einer unbetreuten **Wohnform**, das kann bedeuten: alleine wohnend, mit dem Lebenspartner, in der Familie oder in einer anderen Wohnform wie einer unbetreuten Wohngemeinschaft. Jeweils ca. 14 % werden ambulant oder stationär betreut¹⁴. Unter den Gründen für die Beendigung spielen der Wohnortwechsel und die

¹⁴ Inwieweit eine Anbindung an den SpDi vorliegt, wurde nicht abgefragt, da dies den WfbM auch nicht verlässlich bekannt ist.

Vermittlung in den allgemeinen Arbeitsmarkt eine gewisse Rolle, die große Bedeutung der Kategorie ‚Sonstiges‘ belegt aber die offensichtlich große Individualität der Berufsverläufe psychisch erkrankter Menschen, die sich nicht in einfachen Kategorien fassen lassen.

Tabelle 13: Weitere Daten der Werkstattbesucher

		Beschäftigte am 31.12.2007		Abgänge 2006/2007	
		Anzahl Personen	in %	Anzahl Personen	in %
Wohnsituation	stationär	29	13,6	-	-
	ambulant	30	14,1	-	-
	betreutes Wohnen in Fam.	1	0,5	-	-
	privat/Sonstiges	153	71,8	-	-
	Gesamt	213	100,0	-	-
Gründe für die Beendigung	Vermittlung in den allg. Am.	-	-	6	11,5
	Vermittlung in FuB	-	-	1	1,9
	Vermittlung in Werkstatt	-	-	2	3,8
	Berentung	-	-	0	0,0
	Wohnortwechsel	-	-	7	13,5
	Tod	-	-	1	1,9
	Sonstiges	-	-	35	67,3
	Gesamt	-	-	52	100,0

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

Anmerkung: ‚Abgänge‘ haben die Werkstatt zwischen dem 01.01.2006 und dem 31.12.2007 verlassen. Die Einheit bei den Beschäftigten am 31.12.2007 sind Personen, die Einheit bei den Abgängen sind Beendigungen von Werkstattepisoden. Deswegen ist es nicht auszuschließen, dass einzelne Personen in den Jahren 2006 und 2007 mehrere Episoden haben und deswegen in der Tabelle mehrmals auftauchen. Diese Fälle ließen sich aufgrund der Anonymisierung der Daten nicht identifizieren.

Diese Daten beziehen sich auf die Werkstattbeschäftigten im Landkreis Böblingen. Aus der **Perspektive des Leistungsträgers** ist zu ergänzen, dass der Landkreis Böblingen auch für einige WfbM-Beschäftigte Kostenträger ist, die WfbM außerhalb des Landkreises besuchen. Hier ist zu unterscheiden zwischen denjenigen, die eine Werkstatt im Rahmen eines stationären Settings, zusammen mit einem Wohnangebot, besuchen oder die dies als teilstationäres Angebot wahrnehmen.

Es gibt einige Personen, die im Zuge der Wahlfreiheit eine WfbM in einem angrenzenden Kreis besuchen und im Landkreis Böblingen wohnen. Interessant ist für einige Böblingen vor allem die Werkstatt des Rudolf-Sophiens-Stiftes. Sie ist an dem Standort Stuttgart-Vaihingen vergleichsweise gut zu erreichen und hat seltene, aber attraktive Tätigkeitsfelder wie z.B. eine Buchbinderei. Ein WfbM-Besuch in einem stationären Setting außerhalb des Landkreises ist in der Regel die Folge der Heimunterbringung an dem anderen Standort, die wiederum aufgrund des ganz speziellen Heimangebotes oder anderer Gründe entspringt, die meistens ihre Ursache in dem Wunsch- und Wahlrecht der Klientin und einer ganz speziellen Aus-

richtung des Angebotes, z.B. in weltanschaulicher Hinsicht hat. Einrichtungen, die besonders nachgefragt sind z.B. das Haus Grezenbühl in Alpirsbach.

Insgesamt wird deutlich, dass wesentlich mehr Böblinger WfbM außerhalb besuchen, als Auswärtige in den Landkreis Böblingen kommen. Der Landkreis Böblingen leistet Eingliederungshilfe für 198 Personen im Arbeitsbereich einer WfbM (Tabelle 15; Stand 31.03.2008). Aber nur 131 Personen waren am 31.12.2007 in der Leistungsträgerschaft des LK BB in den WfbM im Landkreis beschäftigt (Tabelle 12 auf S. 64). Zieht man von der Differenz 67 (= 198-131) 16 Fälle in den WfbM aus Stadt S, LK CW, LK LB und dem Enzkreis ab (ebenfalls Tabelle 12), bleibt ein „Netto-Export“ von 51 WfbM-Plätzen. Dies wäre unter Umständen eine planungsrelevante Größe. Im Folgenden wird beschrieben, wie sich der Bedarf insgesamt entwickeln wird.

7.8. Entwicklung des Bedarfs an Tagesstruktur-Plätzen im Landkreis Böblingen

Die Entwicklung des Bedarfs an Plätzen in WfbM ist sehr schwierig, weil es eine Vielzahl unbekannter Faktoren gibt, die diese Nachfrage beeinflussen werden. Gleichwohl können Annäherungen an wahrscheinliche Bedarfsentwicklungen vorgenommen werden auf der Basis der bisher vorgestellten Ergebnisse.

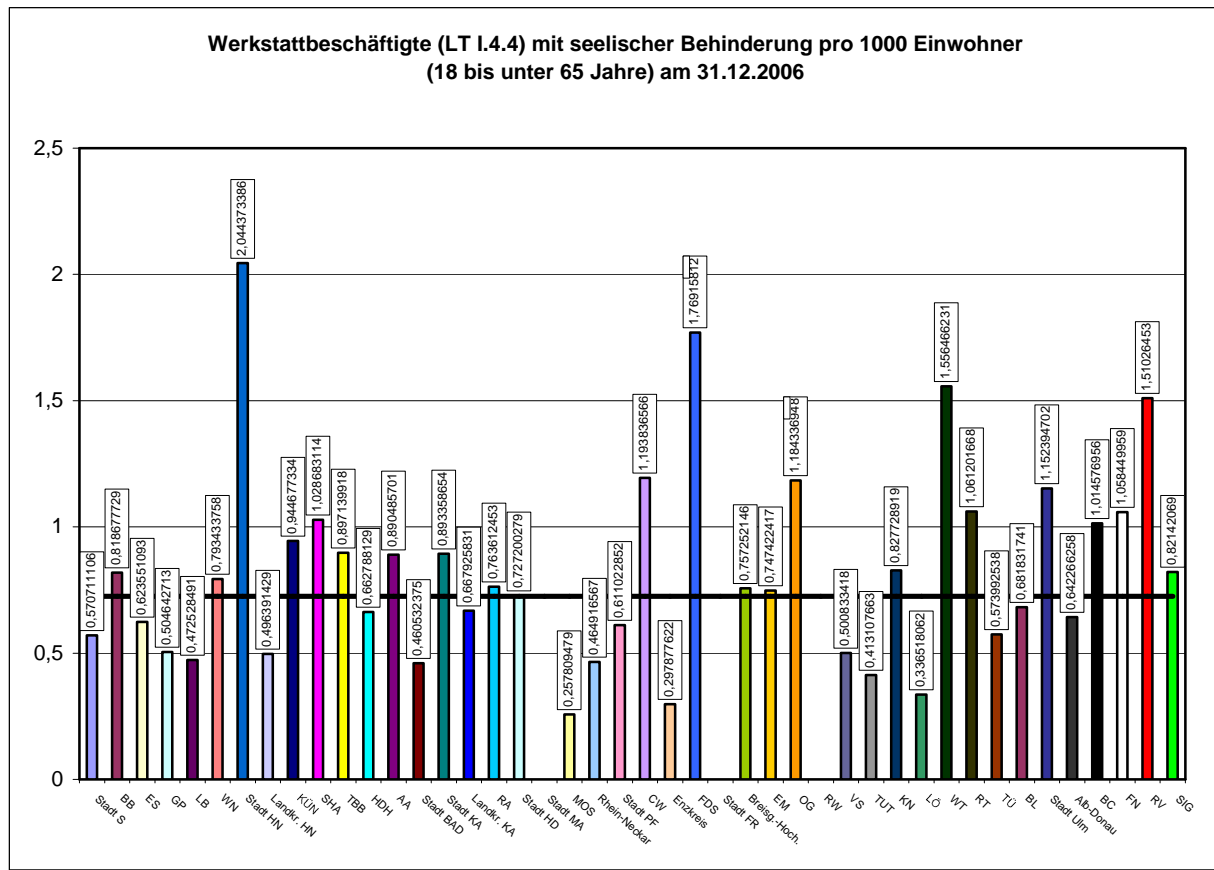
Interessant ist hier der **interkommunale Vergleich** mit anderen Stadt- und Landkreisen. Ein solcher Vergleich kann allerdings nicht für die Werkstattplätze¹⁵, sondern nur für die Leistungsempfänger eines Kreises vorgenommen werden. Dabei geht es nicht um die Plätze in einem Kreis sondern um die Zahl der Leistungsempfänger eines Kreises, unabhängig davon wo die Leistungsempfänger betreut werden¹⁶. Dabei zeigt sich zunächst eine relativ hohe Inanspruchnahme von Werkstattbetreuung, die auf eine bereits relativ hohe Erschließung des Personenkreises für die Betreuung hinweist¹⁷. Der Anteil der Leistungsempfänger beträgt hier 0,82 Werkstattbeschäftigte (Leistungstyp I.4.4) pro 1.000 Ew. von 18 bis unter 65 Jahren, in der Stadt Stuttgart: 0,57, in den Landkreisen Esslingen (0,62), Göppingen (0,50) und dem Rems-Murr-Kreis (0,79) liegen die Werte unter dem für den Landkreis Böblingen. Diese Zahlen sprechen für eine bisher schon gute Erschließung von WfbM-Leistungen für den in Frage kommenden Personenkreis und damit für einer eher relativ geringere Zunahme als in anderen Kreisen.

¹⁵ Ein interkommunaler Vergleich der Werkstattplätze ist nicht möglich, da einige Werkstattträger, wie im Landkreis Böblingen z.B. die GWW, Werkstätten mit geistig, körperlich und seelisch behinderten Menschen belegen, und keine Platzzahlen für die Personengruppen mit den einzelnen Behinderungsarten vorliegen.

¹⁶ Weil auch Leistungsempfänger einbezogen sind, die außerhalb des Leistungsträger-Kreises versorgt werden, sind die Leistungserbringer im Kreis, in Böblingen die GWW und die WfB Leonberg, nur eingeschränkt dafür zuständig.

¹⁷ Der Wert errechnet sich aus der Zahl der Leistungsempfänger in der Trägerschaft des Kreises im Verhältnis zu den Einwohnern. Das bedeutet, dass die WfbM-Beschäftigten aus Ditzingen, Gerlingen, Hemmingen und Korntal-Münchingen wie auch die Einwohner dieser Gemeinden dem Landkreis Ludwigsburg zugeordnet sind.

Abbildung 6: Werkstattbeschäftigte im interkommunalen Vergleich



Quelle: KVJS, 2008.

Weitere Anhaltspunkte können aus der Trägerbefragung und insbesondere aus zu den **Zu- und Abgängen der Jahre 2006 und 2007** gewonnen werden. In Tabelle 14 wird deutlich, dass in den Jahren 2006 und 2007 mit abnehmender Tendenz insgesamt 85 Personen neu in die WfbM im Kreis eingetreten sind, von denen 52 die Werkstatt aus ganz unterschiedlichen Gründen wieder verließen (siehe Tabelle 13). Von 213 Beschäftigten am 31.12.2007 ist also über ein Drittel erst in den letzten zwei Jahren dazu gekommen. Parallel dazu haben 52 der 180 Beschäftigten am 31.12.2005 die WfbM in den folgenden zwei Jahren verlassen. In zwei Jahren ist also die Zahl der WfbM-Beschäftigten netto um 33 Personen gestiegen, ca. 16 Personen pro Jahr. Von diesen war allerdings nur ein geringer Teil in der Leistungsträgerschaft des Landkreises Böblingen, der überwiegende Teil in der Leistungsträgerschaft der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit.

Tabelle 14: Abgänge und Zugänge in den Jahren 2006 und 2007 und deren Leistungsträger nach Art des Verbleibs

Zugänge		2006		2007		Gesamt	
		abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Leistungsträger	Agentur für Arbeit	14	29,2	14	37,8	28	32,9
	Rentenversicherung	18	37,5	18	48,6	36	42,4
	LK BB	15	31,3	5	13,5	20	23,5
	LK GP	1	2,0	0	0,0	1	1,2
	Gesamt	48	100,0	37	100,0	85	100,0
Abgänge		2006		2007		Gesamt	
		abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Leistungsträger	Agentur für Arbeit	8	30,8	6	23,1	14	26,9
	Rentenversicherung	8	30,8	5	19,2	13	25,0
	LK BB	10	38,5	14	53,8	24	46,2
	LK GP	-		1	3,8	1	0,9
	Gesamt	26	100,0	26	100,0	52	100,0

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

Anmerkung: ‚Abgänge‘ haben die Werkstatt zwischen dem 01.01.2006 und dem 31.12.2007 verlassen, ‚Gesamt‘ umfasst die Abgänge und diejenigen, die noch am 31.12.2007 in der Werkstatt sind (Arbeitsbereich oder BBB).

Die Einheit sind in dieser Übersicht einzelne Werkstattepisoden. Es ist nicht auszuschließen, dass einzelne Personen mehrere Episoden haben und deswegen in der Tabelle mehrmals auftauchen. Diese Fälle ließen sich aufgrund der Anonymisierung der Daten nicht identifizieren.

Dies spricht für eine erstaunlich hohe Fluktuation in den WfbM. Diese wird noch bestätigt durch die Analyse der Verweildauern. 50 % derjenigen WfbM-Besucher, die 2006 oder 2007 die WfbM verließen, waren nur maximal einviertel Jahre dort (genau 15,0 Monate, der Durchschnitt liegt bei 23,9 Monaten), die kürzeste Beschäftigung dauerte gerade einen halben Monat, das längste Beschäftigungsverhältnis aber immerhin zehn Jahre und acht Monate. Ganz anders sieht das Bild aber für diejenigen aus, die am 31.12.2007 noch in Betreuung waren. Von diesen waren 50 % gut vier Jahre und länger in der Werkstatt (genau 48,7 Monate; der Durchschnitt beträgt 77,9 Monate), der längste Werkstattbesuch währte bereits 37 Jahre. Aus den Zahlen werden folgende Punkte deutlich:

1. Es gibt eine Zunahme der Zahl der Werkstattbesucher, bei einer allerdings sehr hohen Fluktuation. Innerhalb von nur zwei Jahren hat sich der Kreis der WfbM-Beschäftigten um knapp ein Drittel erneuert. Dies führt dazu, dass sich die Belegschaft in eine Stammebelegschaft und in eine sich häufig erneuernde Randbelegschaft teilen.
2. Die Zunahme beträgt aktuell ca. 16 Plätze pro Jahr, allerdings mit sinkender Tendenz. Von diesen Neuzugängen bleibt ein gewisser Anteil allerdings nur sehr kurz in der Werkstatt und verlässt sie wieder während oder kurz nach Beendigung des Eingangs- bzw. Berufsbildungsbereichs. Da allerdings Abgangsprozesse und nicht Personen erfasst wurden, ist bei der starken Fluktuation sehr wahrscheinlich, dass einige Mehrfachzählungen enthalten

sind, es ist realistisch, aus diesen Daten von weniger, **ca. 10 Personen Zunahme pro Jahr** auszugehen.

3. Im Hinblick auf die Leistungsträgerschaft sind von dieser sehr hohen Fluktuation vor allem **vorrangige Leistungsträger** betroffen. Unter den Abgängern ist die Zahl der Leistungsberechtigten des Landkreises doppelt so hoch wie unter den Zugängen (46,2 zu 23,5 %). Dennoch nimmt die Zahl der Leistungsempfänger des Landkreises Böblingen zu, weil etliche der Personen, die am 31.12.2007 in der WfbM waren, von der Leistungsträgerschaft der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherung in die Eingliederungshilfe wechselten, die bei dauerhafter Werkstattbedürftigkeit und bei Auslaufen vorrangiger Leistungsansprüche als Leistungsträger zuständig wird.

Weitere Anhaltspunkte für eine Bedarfsentwicklung und eine Kostenentwicklung ergeben sich aus der **Eingliederungshilfestatistik**. In Tabelle 15 sind die Fallzahlen der Eingliederungshilfe dargestellt. Die Gesamtzahl der psychisch erkrankten Menschen mit Eingliederungshilfebedarf stieg in den zwei Jahren von 316 auf 340 (um ca. 7,6 %) und die Zahl derjenigen im Arbeitsbereich um 10 und 2 Personen von 186 auf 198 (6,5 %). Dies entspricht einer jährlichen Steigerung von 3,2 % bzw. von sechs Plätzen jährlich. Die Plätze im Berufsbildungsbereich sind darin nicht enthalten. Die Entwicklung im Förderbereich und in der Tagesbetreuung wird im Zusammenhang mit Wohnen besprochen.

Tabelle 15: Leistungen an seelisch behinderte Menschen durch den Landkreis Böblingen in den Jahren 2006/2007/2008

	Wohnen			
Tagesstruktur	privat	ambulant	stationär	Gesamt
Arbeitsbereich	104/107/109	40/46/46	42/43/43	186/196/198
Förderbereich	1/1/1	1/0/0	10/14/21	12/15/22
Tagesbetreuung	1/0/0	0/2/4	37/37/32	28/39/36
Sonstiges	0/0/0	63/56/59	27/17/25	90/73/84
Gesamt	106/108/110	104/104/109	116/111/121	316/323/340

Quelle: Kreissozialamt, Stand jeweils zum 31.03. des Jahres.
Daten zu früheren Jahren liegen nicht vor bzw. sind nicht vergleichbar.

7.8.1. Bewertung der Bedarfsentwicklung

Aus diesen unterschiedlichen Quellen ist eine Bedarfsentwicklung für den Arbeitsbereich in WfbM herzuleiten. Da die Zugänge in die WfbM alle Altersklassen betreffen, ist eine Bedarfsvorausschätzung, die von der demografischen Entwicklung der Bevölkerung ausgeht, schwierig. Deswegen muss nach anderen Kriterien vorgegangen werden.

1. Zunächst ist insgesamt von einer **Zunahme psychischer Störungen** auszugehen, die aber kontrovers diskutiert wird¹⁸. Zwar gibt es einige Hinweise aus der WHO Global Burden of Disease-Studie und aus Berichten von Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit, die auf die Bedeutung und eine Zunahme psychischer Erkrankungen, v.a. der Depression hinweisen. Was relativ sicher konstatiert werden kann, ist ein erhöhtes Erkrankungsrisiko in jüngeren Geburtskohorten und eine stärkere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Andererseits kommen epidemiologische Untersuchungen zu keiner nennenswerten Zunahme psychischer Störungen. Außerdem sollte der Fehler vermieden werden, die aktuellen gesellschaftlichen Auslöser für psychische Erkrankungen als historisch vergleichsweise stärker und besorgniserregender anzusehen. Was als Tatbestand bleibt, ist die **jährliche Zunahme der Fälle im Klinikum Nordschwarzwald von ca. 1 %**.
2. Die Steigerungen der in den WfbM betreuten Personen waren in den letzten zwei Jahren relativ groß, schließen allerdings mögliche Mehrfachnennungen ein, ohne diese wären es **ca. 10 Personen pro Jahr**. Für eine längerfristige Bedarfsentwicklung dürften letztendlich die Zahlen der Eingliederungshilfe maßgebend sein, da die meisten der WfbM-Beschäftigten nach spätestens 27 Monaten in die Leistungsträgerschaft des Eingliederungshilfeträgers übergehen; hier betrug der **Zuwachs ca. 6 Personen pro Jahr** mit abnehmender Tendenz.
3. Angesichts der geringeren Zuwächse aus der Klinik scheint diese Zahl allerdings noch hoch. Nimmt man ferner an, dass durch einen Ausbau der Beschäftigungsförderungsmöglichkeiten und durch die weit verbreitete Teilzeitbeschäftigung in den WfbM der Bedarf an WfbM-Betreuung etwas sinken könnte, dann könnte eine Schätzung von einem **jährlichen Bedarfszuwachs von 6 Plätzen im Berufsbildungsbereich und im Arbeitsbereich** angemessen sein. Dieser Bedarf fällt aufgrund der Verzahnung von Wohnen und Arbeit freilich nur dann vollständig im Landkreis Böblingen an, wenn es gelingt, z.B. durch eine konzeptionelle Erweiterung des ABW, Personen, die bisher im Landkreis kein geeignetes Angebot fanden, künftig im Landkreis zu halten (siehe hierzu das Kapitel 8.5 auf Seite 87).
4. Dies würde einen moderaten Ausbau der bestehenden Kapazitäten bedeuten. Wenn es eine Unterversorgung an WfbM für psychisch erkrankte Menschen gibt, dann liegt diese im **Raum Leonberg** vor. Hier ist tatsächlich die Einrichtung weiterer WfbM-Plätze ernsthaft zu prüfen.

7.9. Maßnahmen und Empfehlungen zur Tagesstruktur

1. Die **Beschäftigungsmöglichkeiten** von WfbM-Beschäftigten jenseits der klassischen WfbM sollen weiter entwickelt werden. Hierzu sollen weitere Außenarbeitsgruppen unterschiedlicher Größe und – unter gut definierten Bedingungen – Einzelaußenarbeitsplätze eingerichtet werden. Übergänge von Einzelaußenarbeitsplätzen hin zu sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen sollen durch die enge Zusammenarbeit von WfbM und IFD ermöglicht werden. Der Landkreis, die Städte und Gemeinden sollen – so

¹⁸ Aktuell: Hermann Spießl und Frank Jacobi (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Debatte: Pro & Kontra. Psychiatrische Praxis 2008, 35: 318-320.

wie im Bereich der geistig behinderten Menschen – mit guten Beispiel bei der Schaffung von Arbeitsplätzen für seelisch behinderte und psychisch erkrankte Menschen voran gehen.

2. Eine weitere Alternative zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Behinderungen ist die **Etablierung von Integrationsprojekten** auch in der Region Leonberg, die auch speziell seelisch behinderten Beschäftigten eine Alternative zur WfbM bieten könnten. Integrationsprojekte setzen eine wirtschaftlich vertretbare Auftragslage voraus. Eine Förderung durch das Integrationsamt ist anzustreben.
3. Um den Übergang von der WfbM in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern, sind aber auch konzeptionelle Weiterentwicklungen nötig. Das **Modellprojekt „Ergänzender Lohnkostenzuschuss“**, das gemeinsam von der GWW, FEMOS, dem IFD, der Agentur für Arbeit und den beiden Landkreisen Calw und Böblingen entwickelt wurde, sieht vor, Arbeitgebern und Integrationsprojekten, die WfbM-Abgänger fest anstellen, aus Mitteln der Eingliederungshilfe einen gewissen Nachteilsausgleich für die Minderleistung, anschließend an und hinausgehend über die normalen Leistungen der Agentur für Arbeit (Lohnkostenzuschüsse etc.), zu leisten. Dieses Modellprojekt, das inzwischen an den Start gegangen ist, soll von allen Beteiligten offensiv umgesetzt werden.
4. Die **Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen** muss gewährleistet sein. Die Werkstätten sollen der gesetzlich bestimmten Aufgabe der Vorbereitung auf Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nachkommen, der IFD in der Akquise zeitnah für Vermittlungsmöglichkeiten sorgen. Enge fallübergreifende Abstimmungen zwischen IFD, WfbM und Integrationsprojekten sind die Basis des Erfolges. In der Vergangenheit haben Klärungen der Zuständigkeiten den Boden für diesen Weg bereitet. Als Grundlage der Arbeit dienen auch bei den Hilfen für psychisch erkrankte Menschen die ‚Gemeinsamen Grundlagen zur Förderung von Übergängen für wesentlich behinderte Menschen zum allgemeinen Arbeitsmarkt‘ des Teilhabeausschusses Baden-Württemberg vom 16.06.2008 sowie als Gremium die Netzwerkkonferenz.
5. In einer Arbeitsgruppe sollen systematisch aufbauend auf den Erkenntnissen eines Fachgesprächs am 30.09.2008 im Landratsamt **neue Wege der Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen** konzeptionell erarbeitet werden. Insbesondere geht es um eine Nutzung der **Instrumente der Arbeitsförderung**, v.a. des Beschäftigungszuschusses für Langzeitarbeitslose mit besonderen Vermittlungshemmnissen nach § 16a SGB II, und um eine bessere Verzahnung der unterschiedlichen Angebote. Auf der strukturellen Ebene soll ggf. eine **Vernetzung der relevanten Akteure**, unbedingt unter **Beteiligung des JobCenters** und der **Agentur für Arbeit**, angestrebt werden.
6. Angesichts des in den letzten Jahren **gestiegenen Bedarfs an WfbM-Plätzen** wird ein Ausbau entsprechender Angebote in den nächsten Jahren nötig werden. Dabei hat insbesondere der Bedarf an beruflicher Bildung zugenommen. Es ist sinnvoll, von einer jährli-

chen Steigerung von **ca. zehn Personen, die Bedarf an beruflicher Bildung oder einem WfbM-Arbeitsplatz haben**, in den nächsten Jahren auszugehen. Dieser zusätzliche Bedarf soll auf drei Weisen versorgt werden:

- a) Zum einen soll das **Angebot an weiteren Beschäftigungsmöglichkeiten** konsequent genutzt werden. Neben den Integrationsfirmen sollen vor allem die Instrumente der Arbeitsförderung eingesetzt werden (siehe 5.).
 - b) Ein Großteil des zusätzlichen Bedarfs an Werkstattplätzen entsteht in den **Berufsbildungsbereichen**. Aktuell ist bereits fast ein Drittel der WfbM-Beschäftigten in einem Berufsbildungsbereich, und dieser Anteil wird weiter steigen.
 - c) Dennoch ist ein Ausbau des WfbM-Platzangebotes auch im **Arbeitsbereich** wichtig. Für den BBB und den Arbeitsbereich zusammen kann von einer **jährlichen Steigerung von ca. 6 Plätzen** ausgegangen werden.
7. Bei einer **Erweiterung des WfbM-Angebotes** ist in erster Linie an die **Region Leonberg** zu denken. Die Wfb Pfad ist inzwischen voll belegt. Die Ausstattung ist in dieser Region noch unterdurchschnittlich. Es wäre denkbar, bis zum Ende des Planungshorizontes in der Region Leonberg die WfbM-Kapazität für seelisch behinderte Menschen auszubauen.
8. In den **Regionen Böblingen/Sindelfingen** und **Herrenberg** besteht kein Bedarf an einem weiteren Ausbau. Dadurch, dass die Angebote an diesen Standorten für Menschen aller wesentlichen Behinderungsarten vorgehalten werden, ist die GWW als Träger flexibler in der Schaffung und Belegung von Arbeitsplätzen für seelisch behinderte Menschen. Deswegen müssen auch Werkstattplanungen in diesen Regionen immer im Zusammenhang mit den Planungen für geistig behinderte Menschen gesehen werden. Dann ist mit der Zweigwerkstatt in Holzgerlingen ein weiterer Standort mit weiteren Flächen hinzugekommen, der eine gewisse Überbelegung der bisherigen Standorte ermöglicht. Und schließlich ist gerade hier FEMOS als Integrationsprojekt sehr aktiv und ermöglicht es, vielleicht mit Unterstützung von Projekten, die von der Stiftung Zenit gefördert werden könnten, einen noch häufigeren Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt.

8. Wohnen für psychisch erkrankte Menschen

Psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen wohnen in ganz verschiedenen Zusammenhängen, betreut und nicht betreut, alleine oder mit anderen zusammen, meistens in einer Familie, aber auch in Wohngemeinschaften.

Leistungen zum selbstbestimmten Leben in fachlich betreuten Wohnformen zählen zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Ziel ist es, Menschen mit Behinderung ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen zu ermöglichen. Dem Hilfebedarf entsprechend stehen verschiedene ambulante und stationäre Wohnformen zur Verfügung.

8.1. Fachlich betreute Wohnformen für Menschen mit Behinderungen

Ähnlich wie bei den Angeboten der Tagesstruktur kann auch bei den Angeboten des Wohnens zwischen verschiedenen Formen unterschieden werden, die sich an unterschiedliche Zielgruppen richten.

- **Stationäre Wohnangebote** für seelisch behinderte Menschen werden entsprechend dem Leistungstyp I.2.3 nach dem Landesrahmenvertrag nach § 79 I SGB XII erbracht. Diese Wohnangebote bieten eine umfassende Leistung, von der individuellen Basisversorgung, hauswirtschaftlicher Versorgung und Haushaltsführung bis hin zur Freizeitgestaltung. Diese Leistungen werden in verschiedenen Wohnformen erbracht, in Wohnheimen, in kleineren Heimen oder in Außenwohngruppen. Der Umfang der Leistungen ist gestaffelt nach dem Hilfebedarf des jeweiligen behinderten Leistungsberechtigten. Hierfür wird dieser in eine von fünf Hilfebedarfsgruppen eingeordnet, die vom Medizinisch Pädagogischen Dienst des KVJS festgestellt wird.

Daneben gibt es ambulante Wohnformen, die in der Regel für Menschen mit einem etwas niedrigeren Hilfebedarf geeignet sind, das ambulant betreute Wohnen und das Betreute Wohnen in Familien. Beide Leistungen werden nicht über den Rahmenvertrag, sondern über Richtlinien des früheren Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern geregelt, die der Landkreis Böblingen übernommen hat.

- Beim **ambulant betreuten Wohnen** leben die behinderten Menschen in der Regel in **Wohngemeinschaften** oder alleine oder mit dem Partner im **Betreuten Einzel- und Paarwohnen**, dann in der Regel auch in ihrem eigenen Wohnraum. Angestrebt wird, dass die Vermietung und die Betreuung getrennt voneinander erfolgen, die Person also einen eigenen Mietvertrag hat. Dann braucht eine Person nach dem Ende der Betreuung nicht die Wohnung wechseln. Der Betreuungsschlüssel ermöglicht es, dass ca. ein bis zweimal pro Woche eine Fachkraft den Betreuten besucht. Eine umfassende Hilfe wie beim stationären Wohnen wird durch den Träger nicht wahrgenommen, auch muss die alltägliche Lebensführung selbstständig erfolgen.
- Bei dem **Betreuten Wohnen in Familien** lebt der behinderte Mensch in einer Familie mit den anderen Familienmitgliedern zusammen, idealerweise genau so wie eines der anderen Familienmitglieder. Die Gastfamilie erhält angemessene finanzielle Leistungen

durch ein Betreuungsentgelt und fachliche Begleitung und Unterstützung durch einen Fachdienst.

Als weitere Wohnform, die zwar nicht im Landkreis angeboten wird, aber auch für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen große Bedeutung hat, ist die Versorgung in einem Pflegeheim mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI. **Fachpflegeheime**, Pflegeheime die fachlich auf eine spezielle Zielgruppe wie psychisch erkrankte oder geistig behinderte Menschen ausgerichtet sind, leisten eine Betreuung, die für manche Menschen dann das richtige sein kann, wenn sie z.B. mit den Angeboten in Wohnheimen der Eingliederungshilfe und den dortigen Anforderungen nicht gewachsen sind, und wenn sie pflegebedürftig werden.

8.2. Fachlich betreute Wohnformen im Landkreis Böblingen

Im **Landkreis Böblingen** gibt es ein umfassendes und differenziertes Angebot an Wohnen mit Betreuung für seelisch behinderte Menschen. Naturgemäß konzentriert sich das Angebot dort, wo der Bedarf besonders groß ist, wo viele Menschen wohnen, also in den Großen Kreisstädten und in der Nähe der Werkstätten. In Tabelle 16 sind die Wohnheime (stationäre Angebote) und die Wohngemeinschaften und das Betreute Wohnen in Familien (ambulante Angebote) dargestellt. Darüber hinaus kann jede Unterstützung eines Menschen mit Behinderung, die in einer betreuten Wohnform als Sachleistung gewährt wird, auch als Persönliches Budget ausgestaltet werden. Durch seine sehr individuelle Bemessung und Ausgestaltung ermöglicht das persönliche Budget eine größere Vielfalt an Betreuungsintensitäten.

In der **Region Leonberg** gibt es bisher kein stationäres Wohnangebot. Auch Plätze in anderen gemeinschaftlichen Wohnformen sind rar, in zwei WG der Offenen Herberge und von Fortis e.V. stehen je fünf Plätze zur Verfügung. Die WG der Offenen Herberge e.V., seit 2002 in Betrieb, geht aus einer Initiative von Psychiatrie-Erfahrenen hervor und integriert in die Betreuung sowohl ehrenamtliche Unterstützung als auch die Mitarbeit Psychiatrie-Erfahrener und stellt insofern eine Besonderheit im Landkreis Böblingen dar. Die WG von Fortis e.V. liegt in einem ruhigen Wohngebiet am Stadtrand, das Büro für die Mitarbeiterin ist im GPZ Leonberg. Für das Frühjahr 2009 ist die Inbetriebnahme einer weiteren WG durch Fortis e.V. mit fünf Plätzen geplant.

Tabelle 16: Stationäre und ambulante Wohnangebote für seelisch behinderte Menschen im Landkreis Böblingen

Wohnangebot	Standort	Platzzahl bzw. betreute Personen (Auswärtige ¹)	Träger
Region Leonberg			
Wohngemeinschaft	Bei der Stadtkirche 71229 Leonberg	5	Offene Herberge e.V.
WG Leonberg	Wiesensteiger Straße 71229 Leonberg	5	Fortis e.V.
Region Böblingen/Sindelfingen			
Wohnkolleg Sindelfingen mit AWG (stationär)	Hinterweiler Straße 22 71063 Sindelfingen AWG: Turmgasse 19 71063 Sindelfingen	25 (11)	Fortis e.V.
WG Mahdentalstraße	Mahdentalstraße 71063 Sindelfingen	4	Fortis e.V.
WG Wurmbergstraße	Wurmbergstraße 71063 Sindelfingen	4	Fortis e.V.
WG Essegger Straße	Essegger Straße 71067 Sindelfingen	3	Fortis e.V.
Martinshöhe (stationär)	Diezenhaldenweg 6 71032 Böblingen	23 (4)	Fortis e.V.
WG Ludwig-Richter-Straße	Ludwig-Richter-Straße 71032 Böblingen	3	Fortis e.V.
WG Böblingen	Baiersbronner Straße 71034 Böblingen	8	Fortis e.V.
WG Schönaich	Drosselweg 71101 Schönaich	8	Fortis e.V.
Region Herrenberg			
Wohnheim Herrenberg (stationär)	Marienstraße 21/2 71083 Herrenberg	17 (6)	Fortis e.V.
Apartement-WG	Marienstraße 71083 Herrenberg	8	Fortis e.V.
WG Herrenberg	Marienstraße 71083 Herrenberg	6	Fortis e.V.
Kreisweite Angebote			
Betreutes Einzel- und Paarwohnen	kreisweit	60	Fortis e.V.
Betreutes Wohnen in Familien	verschiedene Familien kreisweit	10	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
Betreutes Einzel- und Paarwohnen	kreisweit	2 (in Einzelfällen)	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
Gesamt			
65 stationäre Wohnplätze (44 aus LK BB)			
54 ambulante Wohnplätze in WG (42 aus LK BB)			
2+60 Betreutes Einzel- und Paarwohnen (davon 52 aus LK BB)			
10 Betreutes Wohnen in Familien (davon 6 aus LK BB)			

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

¹ In Klammern ist bei den stationären Einrichtungen die Belegung durch Auswärtige angegeben. Auswärtig bedeutet in dem Fall, dass der Leistungsträger nicht der Landkreis Böblingen ist. Trotzdem kann der Klient aus dem Landkreis Böblingen kommen, z.B. wenn er Selbstzahler ist oder wenn er in einer Gemeinde des Landkreises lebt, aufgrund des Herkunftsprinzips aber ein anderer Leistungsträger zuständig ist.

In der Region **Böblingen/Sindelfingen** gibt es ein breit gefächertes Wohnangebot für psychisch erkrankte Menschen, die alle von Fortis e.V. getragen werden. Das Sindelfinger **Wohnkolleg** bietet ein stationäres Angebot mit 20 Plätzen, fünf weitere Plätze werden in der zentral in Sindelfingen gelegenen Außenwohngruppe angeboten. Das Leben in der Außenwohngruppe stellt höhere Anforderungen an die Selbstständigkeit der Bewohner und bietet insofern die Chance, sich auf eine selbstständigere Wohnform vorzubereiten. Im Wohnkolleg findet auch das ‚Hausprogramm‘ statt, ein Tagesstrukturangebot speziell für die Bewohner, die nicht oder noch nicht in einer WfbM oder auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein können. Zusammen mit dem Hausprogramm zielt die Arbeit des Wohnkollegs konzeptionell eher auf Rehabilitation im Sinne von Wiederherstellung der Gesundheit und der Kompetenzen zu einer selbstständigen Lebensführung. Fortis e.V. hat einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassenverbänden und bietet im Wohnkolleg **medizinische Rehabilitation** an. Danach können und sollen – weil es sich dabei um die Leistung eines der Eingliederungshilfe vorrangigen Leistungsträgers handelt – Leistungen der medizinischen Rehabilitation in den Räumen des Wohnkollegs angeboten werden. Bisher hat noch kein Klient eine Kostenzusage dafür erhalten.

Daneben gibt es in Sindelfingen drei weitere, mit 3 bzw. 4 Plätzen eher kleinere Wohngemeinschaften, die über das Stadtgebiet verteilt sind. In Böblingen gibt es als stationäres Wohnheim die Martinshöhe mit 23 Plätzen, die aber kein klassisches Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen ist, sondern eine sog. CMA-Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke, für Personen, bei denen eine Suchterkrankung zu so starken kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen führt, dass eine stationäre Betreuung erforderlich ist. Dieser Personenkreis kann nur eingeschränkt eine WfbM besuchen, der Großteil der Bewohner nutzt die Tagesbetreuung vor Ort. In Böblingen gibt es zwei weitere WG von Fortis e.V. sowie eine in Schönaich.

Die aktuell bestehenden Wohnangebote in der **Region Herrenberg** werden ebenfalls von Fortis e.V. getragen. Die Angebote befinden sich fast alle im Bereich des alten Krankenhausgebäudes, in dem auch das GPZ untergebracht ist. Es gibt das **Wohnheim Herrenberg** mit 17 Plätzen, von denen drei Außenplätze in einem Anbau sind. Das Wohnheim Herrenberg wurde konzeptionell eher als Dauerwohnheim eingerichtet mit einem weniger rehabilitativen Charakter als das Wohnkolleg in Sindelfingen, auch wenn diese Unterschiede zunehmend verwischen. Es bietet ein Tagesstrukturprogramm an, falls jemand eine fördernde Tagesstruktur benötigt und eine WfbM noch nicht das passende Angebot ist. In diesen Komplex gibt es auch eine Wohngemeinschaft mit sechs Plätzen, und eine weitere wurde aufgrund des hohen Bedarfs 2006 im Nachbarhaus, dem ehemaligen Schwesternwohnheim, als Apartment-WG mit acht Plätzen eingerichtet. In Herrenberg gibt es also, wie auch in Sindelfingen, ganz unterschiedliche Wohnformen für unterschiedliche Betreuungsbedarfe und individuelle Kompetenzen. Die Angebote in Herrenberg liegen alle sehr kompakt beieinander und ermöglichen dadurch sehr kurze Wege von der Wohnung in die Tagesstätte und auch die Werkstätten in Herrenberg sind fußläufig gut zu erreichen.

Neben den Wohnheimen und den Wohngemeinschaften gibt es als weitere Wohnformen das Betreute Einzel- und Paarwohnen und das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Ersteres wird im Landkreis Böblingen von Fortis e.V. und der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V.

durchgeführt. Im **Betreuten Einzel- und Paarwohnen** werden Personen in der Regel in ihrer eigenen Wohnung betreut, in Ausnahmen mietet der Träger eine Wohnung an und vermietet diese dann an den zu betreuenden Klienten unter. Im **Betreuten Wohnen in Familien** der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V. werden Personen betreut, die in einer Familie/Lebensgemeinschaft leben und dort gegen eine Vergütungsleistung der Eingliederungshilfe betreut werden. Die Familien werden dabei vom Fachdienst der Evangelischen Gesellschaft begleitet. Die Spannweite der möglichen Lebensformen hinsichtlich Dichte der Betreuung, Verbindlichkeit einerseits sowie Freiheit und Selbstständigkeit andererseits kann hier recht groß sein. Weil hier der Klient fast, aber in der Regel nicht ganz wie ein Familienmitglied lebt, muss man gut ‚zusammen passen‘. Deswegen ist das BWF nicht für jedermann die richtige Wohnform und erfordert viel Vorbereitung in der Suche, Anbahnung und der Begleitung geeigneter Betreuungsverhältnisse.

8.3. Die Nutzung der Wohnangebote im Landkreis Böblingen

In der folgenden Tabelle 17 sind **Daten der Nutzer der Wohnangebote im Landkreis Böblingen** dargestellt. Die Angaben zu den ‚Nutzern am 31.12.2007‘ beziehen sich auf alle 190 Personen, die im Landkreis am 31.12.2007 ein Wohnangebot nutzten, in Klammern sind Angaben zu den Auswärtigen, die nicht in der Leistungsträgerschaft des Landkreises Böblingen sind, gemacht. Die ‚Abgänge‘ beziehen sich auf alle Abgänge aus Angeboten, hier kann es zu Mehrfachnennungen kommen, wenn Personen ein Angebot in diesem Zeitraum mehrmals nutzten.

Zunächst zu den Auswärtigen: Der Anteil der Auswärtigen beträgt 22,1 %, liegt aber im stationären Bereich (erkenntlich an den Hilfebedarfsgruppen), etwas höher, bei 32,3 %. Und zwar lebt von den 42 auswärtigen Personen, die nicht in der Trägerschaft des LK BB sind, je die Hälfte im ambulanten und im stationären Bereich. Beim Alter zeigt sich der Effekt, der auch schon in der Tagesstruktur deutlich wurde: Die Abgänger sind im Durchschnitt etwas jünger als die Personen, die am 31.12.2007 in den Angeboten lebten. Dies zeugt von einer **hohen Fluktuation** in den Wohnangeboten. Bestätigt wird dies dadurch, dass es bei ca. 190 Plätzen in den letzten zwei Jahren insgesamt 75 Abgänge gab, d.h. ein Drittel des Angebotes wurde neu besetzt. Besonders groß scheint sie im stationären Bereich zu sein. Von den 65 Plätzen wurden 44 in 2006 und 2007 frei – und wieder besetzt.

Personen mit höherem Hilfebedarf, HBG 4 oder 5, gibt es kaum. Es gibt zwar auch kaum Fälle in Hilfebedarfsgruppe 1 aber doch einige in HBG 2 – ließe sich hier, zumindest mit einem nach Hilfebedarf differenziertem ambulant betreutem Wohnen eine **weitere Ambulantisierung** erreichen? Der Großteil der Klienten nutzt schließlich als Tagesstruktur eine WfbM, v.a. wenn sie von außerhalb kommen. Mit knapp 20 Prozent ist aber schon ‚Sonstiges‘ mit dem Ersten Arbeitsmarkt, FEMOS und anderen Angeboten die zweithäufigste Nennung.

Tabelle 17: Daten der Nutzer von Wohnangeboten (Stand: 31.12.2007)

		Nutzer am 31.12.2007		Abgänge 2006/2007	
		Anzahl Personen	in %	Anzahl Abgänge	in %
Geburtsjahr	vor 1932	0 (0)	0,0	1 (1)	1,3
	1933 – 1942	4 (0)	2,1	2 (0)	2,7
	1943 – 1952	23 (6)	12,1	6 (1)	8,0
	1953 – 1962	59 (13)	31,1	22 (6)	29,3
	1963 – 1982	93 (21)	48,9	38 (10)	50,7
	nach 1982	11 (2)	5,8	6 (1)	8,0
	Gesamt	190 (42)	100,0	75 (19)	100,0
Geschlecht	weiblich	64 (14)	33,7	19 (7)	26,0
	männlich	126 (28)	66,3	54 (12)	74,0
Hilfebedarfsgruppe (nur stationär)	1	1 (0)	1,6	2 (1)	4,5
	2	21 (5)	33,3	25 (6)	56,8
	3	38 (14)	62,3	16 (9)	36,4
	4	3 (2)	4,8	1 (0)	2,3
	5	0 (0)	0,0	0 (0)	0,0
	k.A.	2 (0)	-	0 (0)	-
	Gesamt	65 (21)	100,0	44 (16)	100,0
Tagesstruktur	BBB	13 (5)	6,9	-	-
	Arbeitsbereich	78 (23)	41,5	-	-
	FuB	10 (3)	5,3	-	-
	Tagesbetreuung	29 (5)	15,4	-	-
	sonstige (FEMOS, 1. AM, IB)	37 (2)	19,7	-	-
	keine TS	21 (4)	11,2	-	-
	Gesamt	188 (42)	100,0	-	-
Leistungsträger	LK Böblingen	144	75,8	56	74,7
	Stuttgart	2	1,1	0	0,0
	LK Göppingen	1	0,5	0	0,0
	Selbstzahler	1	0,5	0	0,0
	andere (Fortis e.V.)	42	22,1	19	25,3

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

Anmerkung: In Klammern sind die Angaben zu den Auswärtigen, die nicht in der Leistungsträgerschaft des Landkreis Böblingen sind. ‚Abgänge‘ haben das Wohnangebot zwischen dem 01.01.2006 und dem 31.12.2007 verlassen. Die Einheit bei den Nutzern am 31.12.2007 sind Personen, die Einheit bei den Abgängen sind Beendigungen von Wohnepisoden. Deswegen ist es nicht auszuschließen, dass einzelne Personen in den Jahren 2006 und 2007 mehrere Episoden haben und deswegen in der Tabelle mehrmals auftauchen. Diese Fälle ließen sich aufgrund der Anonymisierung der Daten nicht identifizieren.

Aus der folgenden Tabelle 18, die allerdings nur Daten der Klienten in Böblinger Leistungsträgerschaft enthält, lassen sich die Belegungsprozesse etwas besser nachvollziehen. Von denjenigen, die am 31.12.2007 wohnten, war ca. ein Fünftel erst im Jahr 2007 in das Angebot gekommen, andererseits lebten 28,4 % schon mindestens acht Jahre dort. Für die Abgänge der Jahre 2006 und 2007 ergibt sich eine **durchschnittliche Nutzungsdauer** des Angebotes von 3,5 Jahren, interessanterweise liegt sie für die ambulanten Angebote mit 4,2 Jahren signifikant über der für die stationären Angebote (2,6 Jahre). Diejenigen, die am 31.12.2007 betreut wurden, wurden dies durchschnittlich schon seit 3,6 Jahren, insofern ist also damit zu rechnen, dass sich die Zahl der Abgänge tendenziell nicht reduzieren wird. Diese Annahmen wird noch dadurch gestützt, dass sich auch die Dauer der Aufenthalte deutlich zu reduzieren scheint, und kürzere Verweildauern auch zu mehr Abgängen führen müssten. Die im Jahr 2006 Abgegangen verließen die Angebote nach einer durchschnittlichen Verweildauer von 4,2 Jahren; nur 2,6 Jahre waren aber durchschnittlich diejenigen in Betreuung, die im Jahr 2007 ausschieden. Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Wohnangebote einer erheblichen Dynamik unterliegen. Da Mehrfachnennungen enthalten sein können, könnte sich hier ein Drehtüreffekt abzeichnen. Dies lässt sich aber aufgrund der Anonymisierung der Daten nicht ermitteln. Diese hohe Dynamik der Belegung und die kurze Verweildauern wirken sich reduzierend auf den Bedarf aus, weil einmal belegte Plätze schnell wieder frei werden. Die Erwartung an besonders hohe Fallzahlsteigerungen bei seelisch behinderten Menschen beruhte zum Teil auch darauf, dass die Abgänge häufig ausgeblendet wurden.

Die **Gründe für die Beendigung** und der neue Wohnort geben etwas Aufschluss über diese Dynamik. Erfreulicherweise rührt ein Teil von einer erfolgreichen Ambulantisierung. 25 Abgänge führten ins ABW oder in das selbstständige, unbetreute Wohnen; die in Klammern genannten 13 und 2 Fälle beziehen sich auf Abgänge aus dem stationären Bereich. Bei 44 von Böblingern belegten Plätzen führte die Betreuung also in ca. einem Drittel der Plätze zu einer Ambulantisierung; diese 15 Ambulantisierungen entsprechen 60 % der Abgänge aus dem stationären Bereich in diesem Zeitraum; auch wenn Vergleichszahlen fehlen, so deutet das auf eine erfolgreiche Arbeit auch im Hinblick auf eine Verselbstständigung der Bewohner in den stationären Wohnangeboten hin.

Die große Individualität der Biographien wird auch hier an der vergleichsweise häufigen Angabe ‚Sonstiges‘ deutlich; hierunter sind auch zwei Beendigungen wg. des erhöhten Vermögenseinsatzes für das ABW ab 2005.

Tabelle 18: Daten der Nutzer von Wohnangeboten (Stand: 31.12.2007; nur Böblinger)

		Nutzer am 31.12.2007		Abgänge 2006/2007	
		Anzahl Personen	in %	Anzahl Abgänge	in %
Jahr der Aufnahme	2007	31	20,9	5	9,1
	2006	28	18,9	9	16,4
	2005	10	6,8	8	14,5
	2004	17	11,5	10	18,2
	2003	9	6,1	3	5,5
	2002	6	4,1	4	7,3
	2001	5	3,4	5	9,1
	2000 und früher	42	28,4	11	20,0
	Gesamt	148	100,0	55	100,0
Gründe für die Beendigung	Umzug ins ABW	-	-	17 (13)*	32,1
	Umzug wg. Pflegebed.	-	-	4	7,5
	Umzug ins stationäre W.	-	-	8	15,1
	Umzug ins selbstst. W.	-	-	8 (2)*	15,1
	Tod	-	-	4	7,5
	Sonstiges	-	-	12	22,6
	Gesamt	-	-	53	100,0
Wohnort nach Beendigung	Landkreis BB	-	-	36	67,9
	außerhalb	-	-	17	32,1
	Gesamt	-	-	53	100,0

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007

*: Davon 13 bzw. 2 Abgänge aus dem stationären Wohnen.

Anmerkung: ‚Abgänge‘ haben das Wohnangebot zwischen dem 01.01.2006 und dem 31.12.2007 verlassen. Die Einheit bei den Nutzern am 31.12.2007 sind Personen, die Einheit bei den Abgängen sind Beendigungen von Wohnepisoden. Deswegen ist es nicht auszuschließen, dass einzelne Personen in den Jahren 2006 und 2007 mehrere Episoden haben und deswegen in der Tabelle mehrmals auftauchen. Diese Fälle ließen sich aufgrund der Anonymisierung der Daten nicht identifizieren.

8.4. Entwicklung des Bedarfs an Wohnangeboten im Landkreis Böblingen

Für eine Bedarfsermittlung kann die Analyse der Fluktuation, der Zu- und Abgänge, im Landkreis ein erster Anhaltspunkt sein. Aus der Tabelle 18 ist zu sehen, dass es in den Jahren 2006 und 2007 73 Neuzugänge in die Wohnangebote gab, von denen 59 am 31.12.2007 noch das Angebot nutzten und 14 bis dahin ausgezogen waren. Dazu kommen noch weitere 41 Abgänge von Personen, die bereits vor 2006 eingezogen waren. Im **Saldo** macht das in zwei Jahren einen Zugang von $73 - 56 = 17$. Und da das stationäre Angebot in dieser Zeit nicht ausgebaut wurde, erfolgte diese Angebotsausweitung im ambulanten Bereich (siehe Tabelle 19)¹⁹.

¹⁹ Angebote für Auswärtige sind darin nicht berücksichtigt, weil von Fortis e.V. aus Datenschutzgründen keine Angaben zum Jahr der Aufnahme für die Auswärtigen gemacht wurden.

Schriebe man diese Entwicklung fort, würde das eine jährliche Angebotsausweitung von knapp 8 Plätzen ABW pro Jahr bedeuten.

Tabelle 19: Abgänge und Zugänge zu den Wohnangeboten in den Jahren 2006 und 2007

Wohnform	Zugänge mit Verbleib	Zugänge mit Abgang	Zugänge gesamt	Abgänge 2006 und 2007 gesamt	Saldo
stationär	22	7	29	28	1
ambulant	37	7	44	28	16
Gesamt	59	14	73	56*	17

Quelle: Trägerbefragung Landkreis Böblingen, Stand 31.12.2007.

*: Zu einem Fall liegt kein Jahr der Aufnahme vor, daher sind in Tabelle 18 55 Abgänge ausgewiesen.

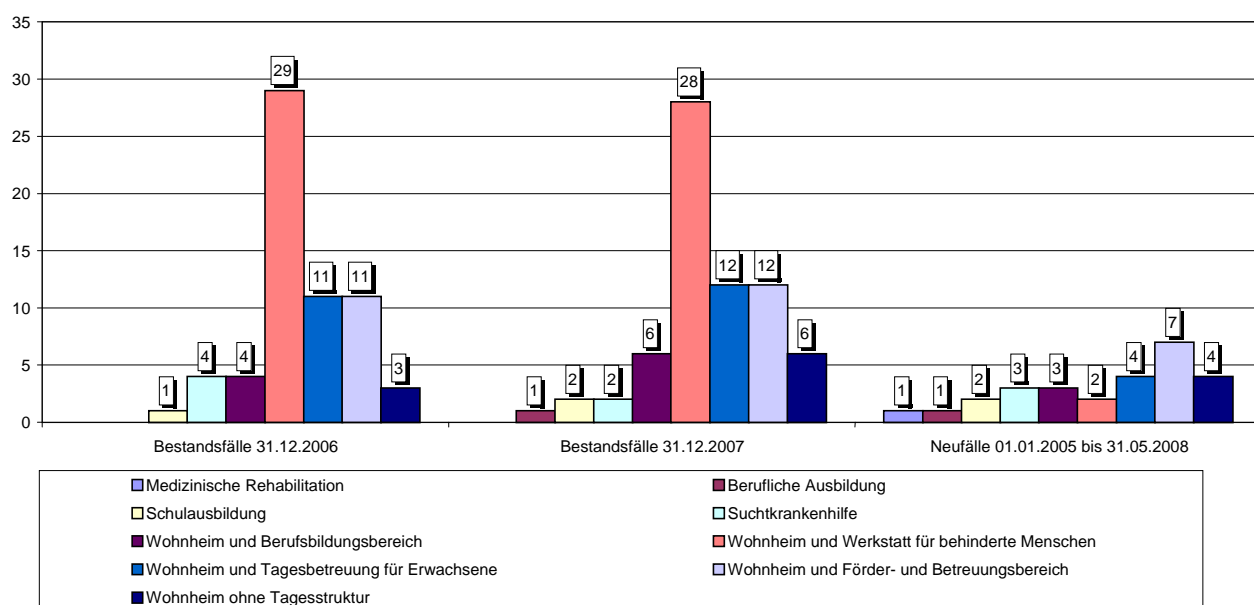
Anmerkung: ‚Abgänge‘ haben das Wohnangebot zwischen dem 1.1.2006 und dem 31.12.2007 verlassen, ‚Gesamt‘ umfasst die Abgänge und diejenigen, die noch am 31.12.2007 in der Werkstatt sind (Arbeitsbereich oder BBB). Die Einheit bei ‚Zugänge mit Abgang‘ und den ‚Gesamt Abgänge 2006 und 2007‘ sind einzelne Wohnepisoden. Es ist nicht auszuschließen, dass einzelne Personen mehrere Episoden haben und deswegen in der Tabelle mehrmals auftauchen. Diese Fälle ließen sich aufgrund der Anonymisierung der Daten nicht identifizieren.

8.4.1. Versorgung außerhalb des Landkreises

Ein zweiter Hinweis auf den künftigen Bedarf kann eine **Auswertung der auswärtigen Versorgung psychisch erkrankter Menschen** geben. Wie viele Menschen, die in der Leistungsträgerschaft des Landkreises Böblingen sind, wurden außerhalb des Landkreises und in welchen Einrichtungen versorgt? Hierzu wurde eine Analyse der Statistik der Leistungsbezieher nach SGB XII (Eingliederungshilfe) und nach SGB XI (Hilfe zur Pflege) durchgeführt.

Zunächst zeigt die folgende Abbildung 7 die Verteilung der Maßnahmen der auswärtig versorgten psychisch erkrankten Menschen mit einer seelischen Behinderung. Insgesamt wurden am 31.12.2006 63 und am 31.12.2007 69 Personen mit einer der dargestellten Maßnahmen außerhalb des Landkreises Böblingen versorgt. Vom 01.01.2005, der Übernahme der Eingliederungshilfe vom LWV W-H, bis zum 31.05.2008 wurden 27 Neufälle in Einrichtungen außerhalb des Landkreises untergebracht, abgezogen die Fälle in Ausbildung und in Suchtkrankenhilfe, bleiben 21 Fälle, das entspricht bei 51 Neufällen in diesen Leistungstypen insgesamt einem **Anteil von 41,2 % auswärtiger Unterbringung der Neufälle seit 01.01.2005**. Belegt wurden am häufigsten das Haus Grezenbühl in Alpirsbach (5 Fälle) und in allen anderen Fällen mit nur je einem Fall pro Einrichtung z.B. das Wohnheim des Rudolf-Sophien-Stiftes in Stuttgart, der Rabenhof in Ellwangen oder CMA-Einrichtungen wie die Krone in Wernau.

Abbildung 7: Maßnahmen der auswärtig versorgten seelisch behinderten Menschen



Quelle: Kreissozialamt Landkreis Böblingen

Dabei sind es gar nicht unbedingt die Fälle mit besonders großem Hilfebedarf, die auswärtig versorgt werden, eher trifft das Gegenteil zu. Machen von den Neufällen die Hilfebedarfsgruppen 3 und 4 bei den auswärtig versorgten 30,0 % aus, so sind es bei den im Landkreis versorgten 45,8 %. Dies spricht dafür, dass es weniger ein spezieller Hilfebedarf als vielmehr überhaupt ein freier Platz war, der zur auswärtigen Belegung führte.

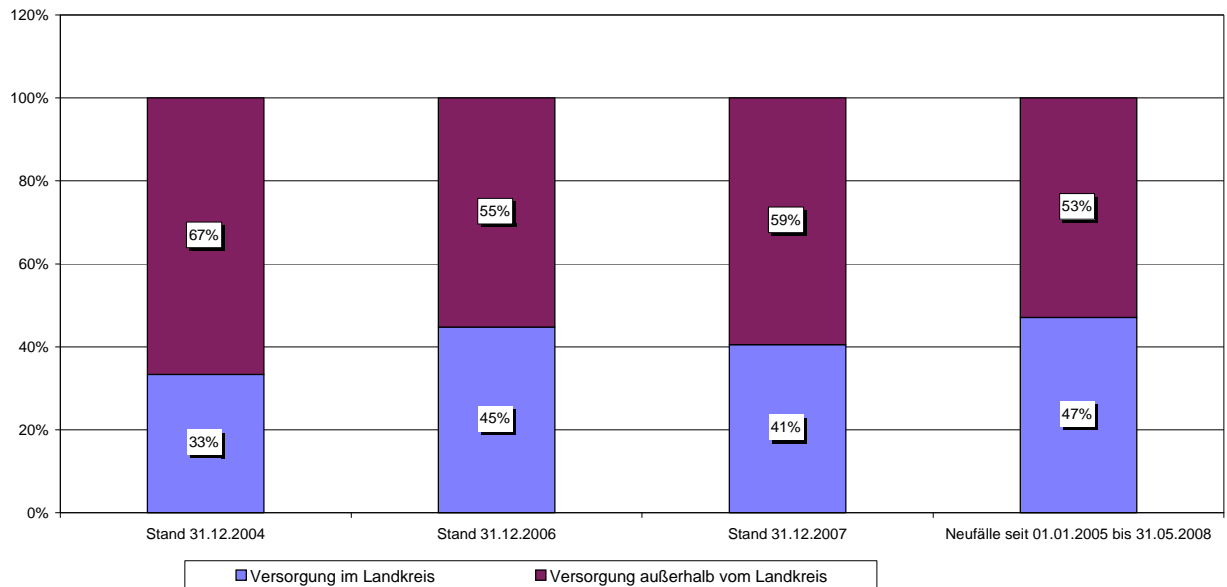
Tabelle 20: Stationäre seelisch behinderte Neufälle nach Hilfebedarfsgruppe

Hilfebedarfsgruppe	im Landkreis Böblingen	in %	außerhalb Landkreis Böblingen	in %
HBG 1	4	16,7	1	5,0
HBG 2	9	37,5	13	65,0
HBG 3	11	45,8	4	20,0
HBG 4	0	0,0	2	10,0
HBG 5	0	0,0	0	00,0
nicht zuordenbar	0	-	7	-
Gesamt	24	100,0	27	100,0

Quelle: Kreissozialamt Landkreis Böblingen

Aus Abbildung 8 wiederum zeigt sich, dass die Entwicklung positiv verläuft. Zwar gibt es von 2006 auf 2007 einen Zuwachs des Anteils derjenigen, die außerhalb des Landkreises versorgt sind, die Quote ist aber deutlich niedriger als in 2004, was auch im Zusammenhang mit der Eröffnung der Martinshöhe zu tun haben dürfte. Die Quote bei den Neufällen zeigt aber, dass der Landkreis in einer guten Entwicklung ist.

Abbildung 8: Entwicklung der stationären Versorgung seelisch behinderter Menschen



Quelle: Kreissozialamt Landkreis Böblingen.

Aber wie sieht es mit der **Versorgung psychisch erkrankter Menschen aus dem Landkreis Böblingen in Pflegeheimen** aus? Nicht selten wurden und werden psychisch erkrankte Menschen, für die kein geeigneter Platz mit psychiatrisch qualifizierter Pflege in einer gemeindenahe Einrichtung vor Ort vorhanden ist²⁰, in ein Fachpflegeheim verlegt. Im Landkreis Böblingen selber gibt es keine solche Einrichtung, etliche aber im Schwarzwald, die Plätze über den regionalen Bedarf hinaus anbieten und sich zum Teil inzwischen auch auf bestimmte Zielgruppen, v.a. psychisch erkrankte Menschen spezialisiert haben. Pflegeheim muss also keineswegs bedeuten, dass psychisch erkrankte Menschen zusammen mit dementen und anderen pflegebedürftigen alten Menschen gemeinsam ohne psychiatrische Kompetenz betreut werden, sondern meint in der Regel eine fachlich qualifizierte Betreuung in einer Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI.

Tabelle 21 zeigt die Belegung von Fachpflegeheimen im Jahr 2008. Aufgeführt sind alle Fälle, die in der Leistungsträgerschaft des Kreissozialamtes sind, die am Stichtag maximal 65 Jahre alt waren und die in Fachpflegeheimen leben²¹. Leider kann nicht ausgewiesen werden,

²⁰ Zwar zeichnet sich der Landkreis Böblingen durch eine sehr gute dezentrale und wohnortnahe Versorgung mit Pflegeheimen aus, mit Erfüllung der Kreispflegeplanung wird es in 23 der 26 Städte und Gemeinden jeweils mindestens ein Pflegeheim geben; qualifizierte psychiatrische Pflege für jüngere Pflegebedürftige unter 65 Jahren wird aber nicht angeboten.

²¹ Da bei der Hilfe zur Pflege weder psychische Erkrankungen noch Behinderungen erfasst werden, da diese für die Leistungsgewährung irrelevant sind, mussten wir den Umweg über die Einrichtungen gehen und unterstellen dass die Bewohner der Pflegeheime für psychisch kranke Menschen psychisch krank sind und zur Zielgruppe der Psychiatrieplanung gehören. Es wurden die Heime ausgewählt, die im ‚Wegweiser Psychiatrie‘ des baden-württembergischen Sozialministeriums als Pflegeheime ausgewiesen wurden. Damit kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne psychisch kranke Menschen in anderen Pflegeheimen leben und hier nicht erfasst werden.

wie lange die Personen dort schon leben, man kann einzig die Neufälle, die seit 2007 dazu kamen herausfiltern.

Tabelle 21: Leistungsempfänger des Landkreises Böblingen in Fachpflegeheimen für psychisch erkrankte Menschen (Stand: 01.06.2008)

Einrichtung	Landkreis	Anzahl der Leistungsbe-rechtigten	Pfleigestufen und Alter					
			0	Alter (von 0)	I	Alter (von I)	II	III
Heim Hochmühle, Strau-benhardt	Enzkreis	12	-	-	7	50;51;51;52 58;58; 58	4	1
Geronto-Psych. Pflege, Engelsbrand	Enzkreis	13	2 (0/G)	50 58	1 0	47;48;48;55 56;57 59;63 64;65	1	-
Haus am Rödelsberg, Schopfloch	Freudenstadt	14	6	32;49 57;57 61;64	7	41;48;49 54;56;59;63	1	
Johanneshaus, Bad Wildbad	Calw	9	2 (0/G) (0/K)	55 59	5	47;56;56;56 56	2	-
Haus am Dorfplatz, Rot-tenburg-Bieringen	Tübingen	4	3 (0/G)	42 56 58	1	51	-	-
Aaron Haus der Ge-meinschaft, Karlsruhe	Karlsruhe	3	1 (0/K)	47	2	55 59	-	-
Cura Senioritas, Todtmoos	Waldshut	3	1 (0+)	36	2	43 57	-	-
St. Vinzenz, Filderstadt	Esslingen	2	-	-	2	60 63	-	-
Pflegeheim St. Georg, Nordrach	Ortenaukreis	2	2 (0/K)	45 56	-	-	-	-
Haus am Sonnenberg, Igersheim	Main-Tauber-Kreis	1	1 (0/G)	25	-	-	-	-
Haus Tanneck, Schöm-berg	Calw	1	-	-	1	48	-	-
„Maria Hirzel“, Murrhardt	Rems-Murr-Kreis	1	1 (0/K)	49		-	-	-
Münsterklinik Zwiefalten	Reutlingen	1	-	-	1	55	-	-
Sanatorium Waldrieden, Murrhardt	Rems-Murr-Kreis	1	-	-	1	43	-	-
Sozialpsy. Haus Wal-deck, Nagold	Calw	1	-	-	1	51	-	-
Vinzenz von Paul Hospi-tal, Rottweil	Rottweil	1	1 (0/G)	48	-	-	-	
Gesamt	-	69	20	-	4 0	-	8	1

Quelle: Kreissozialamt Landkreis Böblingen, Stand 01.06.2008

Insgesamt werden vom Sachgebiet Soziale Hilfen im Kreissozialamt 69 Fälle von Personen unter 65 Jahren in psychiatrischen Fachpflegeheimen außerhalb des Landkreises bearbeitet. Dabei haben die Personen folgende Pflegestufen: 20-mal die Pflegestufe 0 (0/G oder 0/K), 40-mal Pflegestufe 1, 8-mal Pflegestufe 2 und einmal die Pflegestufe 3.

In der Pflegestufe 0 sind 3 Personen von 30 b.u. 40 Jahren, 6 Personen von 40 b.u. 50 Jahren, 9 Personen von 50 b.u. 60 Jahren und 2 Personen von 60 b.u. 65 Jahren alt. Die jüngste Person ist 32 Jahre alt. Am stärksten belegt sind das Heim Hochmühle in Straubenhardt, Enzkreis (12 Personen), das Heim der Ev. Heimstiftung Gerontopsychiatrische Pflege in Engelsbrand, Enzkreis, (13 Personen), das Haus am Rödelsberg in Schopfloch, Landkreis Freudenstadt (14 Personen) und das Johanneshaus Bad Wildbad, Landkreis Calw (9 Personen).

Der hohe Anteil der Personen in Pflegestufe I und höher belegt, dass in der weit überwiegen- den Zahl der Fälle nicht nur eine Erkrankung, sondern tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vor- liegt. Zudem waren bis auf eine alle diese Personen mindestens 50 Jahre alt. Deswegen kann von einer systematischen Fehlplatzierung in diesen Einrichtungen keine Rede sein. Von diesen insgesamt 69 Personen kamen 11 seit dem Januar 2007 in das Pflegeheim. Eine Recherche unter diesen Fällen ergab, dass tatsächlich in den eineinhalb Jahren **acht Fälle zur Zielgruppe der Planung gehören**, von denen die meisten auch in die Hilfeplankonferenz eingebracht wor- den sind und von denen drei eine geschlossene Unterbringung benötigen²². Will man künftig solche Verlegungen in Heime außerhalb des Landkreises vermeiden, müsste ein entsprechen- des Angebot im Landkreis geschaffen werden.

Ein **interkommunaler Vergleich** zeigt, dass tatsächlich die Ausstattung mit Heimplätzen im Landkreis Böblingen unterdurchschnittlich ist. Die Vergleichbarkeit ist allerdings eingeschränkt dadurch, dass einige mitgezählte Einrichtungen hinsichtlich der Zielgruppe nicht ganz trenn- scharf sind und auch Pflegebedürftige ohne psychische Erkrankung aufnehmen. 4 der 6 Land- kreise haben Pflegeheime, die psychisch kranke Menschen versorgen und damit einen wesent- lichen Beitrag zum Hilfesystem leisten. Schließt man Pflegeheime aus (Spalte Eingl. pro 1.000 Ew.), dann liegt der Landkreis Böblingen im Mittelfeld der Vergleichskreise.

Tabelle 22: Heimplatzversorgung für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Men- schen im interkommunalen Vergleich

Landkreis	Plätze in Ein- gliederungs- hilfe (incl. CMA)	Plätze in Pflegeein- richtungen	Ge- samt	Einwoh- ner am 31.12.2007	Gesamt pro 1.000 Ew.	Eingl. pro 1.000 Ew,
Böblingen	65	0	65	372.755	0,17	0,17
Esslingen	90	39	129	514.503	0,25	0,17
Tübingen	51	0	51	217.482	0,23	0,23
Rems-Murr-Kreis ¹	67	88	155	417.131	0,37	0,16
Ludwigsburg	31	72	103	515.146	0,20	0,06
Calw ²	104	213	317	159.644	1,99	0,65

Quelle: Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg, März 2008; Statistisches Landesamt

¹ ohne Eulenhöfle in Murrhardt, das überwiegend für ältere Pflegebedürftige ist.

² ohne GWW-Wohnheim in Calw, das überwiegend Menschen mit einer geistigen Behinderung aufnimmt.

²² Bei den anderen Fällen lag auch Pflegebedürftigkeit ohne psychische Erkrankung vor.

8.4.2. Bewertung und Folgerungen der Bedarfsentwicklung

Aus diesen unterschiedlichen Quellen ist eine Bedarfsentwicklung für Wohnangebote herzuleiten:

- a) Wie bei der WfbM-Bedarfsvorausschätzung ist die **Zunahme der Fälle im Klinikum Nordschwarzwald von jährlich ca. 1 %** ein wichtiger Indikator, da ein bestimmter, wenn auch nur sehr geringer Anteil der Patienten auch ein Wohnangebot benötigen wird. Es wird von einem langsamen Rückgang des Zuwachses an Eingliederungshilfebedarf für seelisch behinderte Menschen ausgegangen.
- b) Der **SpDi** soll personell nach dieser Psychiatrieplanung personell ausgebaut werden. Personen, die vom SpDi aus Kapazitätsgründen nicht betreut werden konnten und in fachlich betreute Wohnformen wechselten, werden künftig wieder vom SpDi betreut werden können. Dadurch könnte der Bedarf relativ sinken.
- c) Nach der **Trägerbefragung** gab es eine Zunahme von ca. acht Fällen pro Jahr, allerdings sind darin auch Mehrfachnennungen enthalten, so dass es realistisch wäre, von 5 bis 6 betreuten Personen auszugehen.
- d) Zwischen den Werten der Klinik und der Trägerbefragung liegen die Werte der **Eingliederungshilfestatistik**. Danach gab es in den knapp dreieinhalb Jahren vom 01.01.2005 bis 31.05.2008 einen Zuwachs von 21 stationären Fällen aus der Zielgruppe der Planung, ca. 6 Fälle pro Jahr. Da die Eingliederungshilfestatistik aber keine Abgänge erfasst und angesichts der geringen Nutzungsdauer der Angebote von unter vier Jahren muss man sich an der Veränderung der Bestandszahlen orientieren. Daraus ergibt sich ein Zuwachs von je fünf Fällen **im stationären und im ambulanten Bereich** in zwei Jahren (siehe Tabelle 15 auf Seite 69), entsprechend einem jährlichen Zuwachs von je 2,5 Fällen, ca. 2,1 % pro Jahr. Angesichts der wesentlich geringeren Bedarfsanzeige der Klinik und des Ausbaus des SpDi sollte der Wert eher zurückgehen, um aber einen bestimmten Anteil für Selbstzahler und – in berechtigten Fällen – Auswärtige anzunehmen, kann realistischweise von zusammen **max. 4 bis 5 Plätzen in fachlich betreuten Wohnformen pro Jahr Zunahme**, entsprechend ca. 2,2 % jährlich, ausgegangen werden.
- e) Unterschiedliche Signale schließlich geben die Leistungserbringer. Auf der einen Seite wird von einem stetig zunehmenden ungedeckten Bedarf berichtet, auf der anderen Seite sind Angebote wie das Betreute Wohnen in Familien nicht ausgelastet. Diese Divergenz in der Bedarfsbeurteilung sollte zu Vorsicht bei dem Ausbau der Angebote Anlass geben.

Insgesamt ergibt sich für den Landkreis Böblingen zweifelsohne ein **zusätzlicher Bedarf an neuen Wohnangeboten**. Eine erste Erweiterung findet bereits durch die geplante WG von Fortis e.V. in Leonberg statt. Für weitere Ergänzungen des Angebotes stellt sich die Frage, ob dabei auch ein stationäres Heim, der Pflege nach SGB XI oder der Eingliederungshilfe nach SGB XII, dabei sein sollte. Eine Maxime für weitere Planung ist, dass nach der in vielen Fällen erfolgten Beheimatung psychisch erkrankter Menschen in der Einrichtung und in der Region eine systematische Rückführung in den Landkreis Böblingen nicht in Frage kommt. Insofern muss man sich an den Neufällen orientieren. Von den Neufällen, die seit dem 01.01.2005 au-

ßerhalb des Landkreises untergebracht wurden, sind nach Tabelle 20 auf Seite 82 sind nahezu zwei Drittel in Hilfebedarfsgruppe 2. Sie haben damit einen Hilfebedarf, der sich teilweise in einem ambulanten Setting befriedigen lassen dürfte (siehe hierzu den nächsten Abschnitt). Deswegen erscheint ein weiteres stationäres Wohnheim der Eingliederungshilfe für den Landkreis nicht notwendig, wohl aber sollten flexible und personenzentrierte Angebote für die Bedarfe an intensiverer Betreuung geschaffen werden.

Eher Anlass zu Überlegungen hinsichtlich einer stationären Versorgung bietet die **Pflegeheimversorgung**. Hier handelt es sich um Personen, die überwiegend tatsächlich eine Pflegestufe haben und folglich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Nach den Auswertungen der Hilfe zur Pflege-Statistik und der Hilfeplankonferenz kann man von ca. 6 Personen ausgehen, die pro Jahr einen Platz in einem Fachpflegeheim benötigen, einige davon auch in einer geschlossenen Unterbringung. Angaben zur Verweildauer in Pflegeheimen liegen leider nicht vor, deswegen kann hier noch keine Kapazitätsberechnung vorgenommen werden. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 3 Jahren **würde eine Kapazität von ca. 18 Plätzen psychiatrischer Pflege** benötigt. Eine Versorgung in den Pflegeheimen im Landkreis Böblingen kommt noch nicht in Frage, weil die Pflegeheime dafür noch nicht entsprechend spezialisiert und qualifiziert sind, um auch jüngere Pflegebedürftige mit einer psychischen Erkrankung angemessen betreuen zu können.

Für eine Konkretisierung stellt sich die Frage, wie Fachpflegeheimplätze im Landkreis Böblingen umgesetzt werden können. Dies sollte konkretisiert werden und muss in die für 2010 anstehende Fortschreibung des Kreispflegeplans eingebracht werden. Ein eigenes Pflegeheim in dieser Größe scheidet aus, da es nicht wirtschaftlich geführt werden kann. Hier böten sich Kooperationen mit bestehenden Pflegeheimen an, als Standort käme am ehesten der Raum Leonberg in Frage, an dem es überhaupt noch kein stationäres Angebot für psychisch kranke Menschen gibt.

8.5. Flexibilisierung der Wohnangebote

Ein wichtiges Ziel der weiteren Entwicklung des Leistungssystems ist es, die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu befördern, den gesetzlich verankerten Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ umzusetzen und deswegen die ambulante Versorgung auszubauen und so zu gestalten, dass mehr Personen als bisher das ambulant betreute Wohnen (ABW) nutzen können. Dass die Träger die Ambulantisierung bisher schon aktiv betreiben, wurde oben in Tabelle 18 auf S. 80 deutlich. Die weitere Entwicklung des Leistungssystems in diese Richtung wird bereits durch mehrere Maßnahmen unterstützt:

- Das **persönliche Budget**, das im Rahmen eines Kreismodellprojektes von Ende 2005 bis Dezember 2007 erprobt wurde (siehe KTDrs 121/2005; Abschlussbericht Kreismodellprojekt 1/2008), kann durch eine Festlegung in einer individuellen Höhe zusätzliche, über die Betreuung im ABW hinausgehende Leistungen finanzieren. Das persönliche Budget kann ergänzend zu einer Leistung des ABW oder als eigenständige Leistung gewährt werden. Mit dem Leistungsberechtigten werden in Zielvereinbarungen die Vorgehensweise, die Art und der Umfang der Leistungen sowie die angestrebten Ziele vereinbart.

- **Fallmanagement** ist ein wichtiges weiteres Element einer Flexibilisierung der Eingliederungshilfe auf Seiten der Sozialverwaltung. Dieses soll durch einen genauen Hilfezuschnitt und eine engmaschige Steuerung und Koordination der Leistungen bei komplexem Hilfebedarf eine qualitätsvolle, wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung erreichen. Durch die Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes, bürgerschaftlichen Engagements und anderer Leistungen kann für ambulant betreut lebende Menschen in manchen Fällen ein dichteres Netz an Verantwortung und Zuständigkeit aufgebaut werden, als es nur mit der ambulanten Betreuung der Fall wäre.
- Und schließlich können durch einen **Leistungsmix** verschiedener Leistungsarten mit teilweise unterschiedlichen Finanzierungen auch komplexere und höhere Hilfebedarfe befriedigt werden. Leistungsmix und Fallmanagement korrespondieren eng miteinander. Ein Hilfefmix wird in der Praxis in vielen Fällen schon organisiert, dies kann aber noch ausgebaut werden. Solche Leistungen können z.B. die Nachbarschaftshilfe für hauswirtschaftliche Aufgaben oder die Tagesstätten in den GPZ sein.
- Ein wichtiger Baustein eines Hilfemixes könnten **Pflegeleistungen nach SGB XI** sein. Zahlen liegen nicht vor, aber ein Teil der Bewohner des ABW könnte durchaus auch pflegebedürftig sein. Durch Kooperationen ließen sich für diese Fälle Arrangements konstruieren, bei denen entsprechend qualifizierte Mitarbeiter des ABW Leistungen der ambulanten Pflege nach SGB XI erbringen könnten. Die Leistungserbringer im Landkreis sollen nach Feststellung der Zielgruppe entsprechende Kooperationen anstreben.
- **Ambulant betreutes Wohnen nach Hilfebedarfsgruppen** sieht vor, dass je nach Hilfebedarf, der durch die Einordnung in eine Hilfebedarfsgruppe festgestellt wird, eine differenzierte Betreuungspauschale geleistet wird. Für den Bereich der geistig und körperlich behinderten Menschen hat der Landkreis Böblingen auf der Grundlage einer Leistungsbeschreibung der Vertragskommission nach SGB XII zwei Vereinbarungen geschlossen, für den Bereich der seelisch behinderten Menschen werden die Vergütungen der Leistungsbeschreibung der Kommunalverbände vom 04.08.2006²³ von den Leistungserbringern nicht akzeptiert. Hier sollen die aktuellen Verhandlungen auf Landesebene abgewartet werden.

8.6. Maßnahmen und Empfehlungen

1. Das **betreute Wohnen** soll bedarfsgerecht ausgebaut werden, um den in Zukunft zu erwartenden Bedarf an betreuten Wohnangeboten abdecken zu können. Hierfür sollen ggf. neue Wohnformen entwickelt werden. Es ist realistischerweise von einer jährlichen Zunahme bei ambulanten und stationären Wohnen zusammen von **ca. 4 bis 5 Plätzen in fachlich betreuten Wohnformen** auszugehen.
2. Der Ausbau soll möglichst **weitgehend im Landkreis im ambulanten Bereich** umgesetzt werden. Angebote sollen v.a. in der bisher unterversorgten Region Leonberg entstehen. Ein weiteres stationäres Wohnheim der Eingliederungshilfe ist im Landkreis bis auf Weiteres

²³ Diese Leistungsbeschreibung sieht eine Vergütung von 323 € in Hilfebedarfsgruppe 1, von 485 € in 2 und von 809 € in 3 vor.

nicht erforderlich, wohl aber sollten flexible und personenzentrierte Angebote für die Bedarfe an intensiverer Betreuung geschaffen werden.

3. Das **Betreute Wohnen in Familien**, das ganz differenzierte Betreuungssituationen und -intensitäten ermöglicht, soll stärker genutzt werden. Es kann auch für Klienten mit einem etwas größeren Hilfebedarf, die jetzt noch stationär versorgt werden, die richtige Wohnform sein.
4. Zur Erleichterung der Ambulantisierung soll das **persönliche Budget** sukzessive ausgebaut und auch für Fälle mit höherem Hilfebedarf, der den des bisherigen ambulant betreuten Wohnens übersteigt, gewährt werden.
5. Für das ambulant betreute Wohnen soll auch für Menschen mit seelischer Behinderung eine **nach dem Hilfebedarf differenzierte Vergütung** eingeführt werden. Da der Landkreis Böblingen keine singuläre Lösung nur für den Landkreis anstrebt, sollen die Verhandlungen auf Landesebene abgewartet werden, ggf. soll der Kreis mit den Leistungserbringern eine eigene Lösung erarbeiten.
6. Dass die **Leistungen vorrangiger Leistungsträger** konsequent erschlossen werden sollen, betrifft auch psychisch erkrankte Menschen vor der Verrentung. Hierfür sollen konsequent Leistungen vor allem nach SGB V und SGB XI erschlossen und mit Pflegediensten zusammen gearbeitet werden.
7. Die **medizinische Rehabilitation**, die im Wohnkolleg Sindelfingen angeboten wird, soll genutzt und ausgebaut werden.
8. Es besteht ein Bedarf an **stationären Pflegeplätzen** für psychisch kranke Pflegebedürftige. Wie dieser umgesetzt wird, ist inhaltlich im GPSV zu beraten. Da eine eigene Einrichtung speziell für diese Zielgruppe aus wirtschaftlichen Gründen nicht in Betracht kommt, sollen die Möglichkeiten zu Kooperationen mit bestehenden Angeboten geprüft werden. Um noch verlässlichere Zahlen als Anhaltspunkte für den Bedarf zu erhalten, sollen bis zur Fortschreibung des Kreispflegeplans die im Sachgebiet Soziale Hilfen eingehenden Neufälle systematisch ausgewertet werden.
9. Die bestehenden Angebote des betreuten Wohnens sollen bei Bedarf **zielgruppenspezifische Schwerpunkte** setzen. Aktuell gibt es Signale für einen Bedarf an einem frauenspezifischen Wohnangebot. Außerdem gilt es, stärker die Belange von psychisch kranken jungen Erwachsenen, die häufig spezifische Krankheitsmerkmale aufweisen und teilweise Erfahrungen mit der Jugendhilfe haben, zu berücksichtigen.

9. Die Vertretung psychisch erkrankter Menschen im Landkreis Böblingen, Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement

Für die Vertretung der Interessen und Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen im Landkreis Böblingen gibt es im Wesentlichen drei Institutionen, den Patientenfürsprecher, die Initiative Psychiatrie-Erfahrener im Landkreis Böblingen und den Verband der Angehörigen psychisch kranker Menschen Baden-Württemberg, Landkreis Böblingen.

9.1. Der Patientenfürsprecher

Der **Patientenfürsprecher** wurde im Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie vom 03.07.1995 als **Interessenvertreter psychisch erkrankter Menschen** gesetzlich verankert.

Der Landesarbeitskreis Psychiatrie hat eine Konzeption für seine Tätigkeit erarbeitet, die im Psychiatrieplan des Sozialministeriums (Sozialministerium 2000, S. 95-98) dargestellt wird. Demnach umfasst die Tätigkeit des „Patientenfürsprechers auf kreiskommunaler Ebene“ folgendes:

- Anregungen und Beschwerden von psychisch Kranken und Angehörigen entgegennehmen, überprüfen und in Zusammenarbeit mit den Betroffenen gegenüber Dritten vertreten im Sinne von Schlichtung, Vermittlung und Problemlösung
- Hinweis auf weitere Beschwerde- oder Rechtsmöglichkeiten, wenn eine stützende Vermittlung und Schlichtung nicht realisierbar ist oder gewünscht wird
- Festhalten von sich wiederholenden Beschwerden und Problemen, die für eine Institution typisch zu sein scheinen und Weiterleitung an die entsprechenden verantwortlichen Stellen, wenn nach einem Klärungsversuch mit der Institution keine Änderung eintritt oder zu erwarten ist
- Einbringung von Anregungen als beratendes Mitglied im Arbeitskreis für Psychiatrie auf Kreisebene

Der Patientenfürsprecher ist ehrenamtlich tätig und ist Vollmitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund des Landkreises Böblingen. Der ihm entstehende Aufwand wird gemäß der vom Psychiatrie-Arbeitskreis beschlossenen Arbeitsrichtlinie durch den Landkreis Böblingen entsprechend der „Satzung über die Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit“ des Landkreises Böblingen ersetzt. Dadurch entstehen dem Landkreis Kosten von ca. 4.000 € pro Jahr.

Aus der Arbeit des Patientenfürsprechers, Fallbeispiel 1:

Frau C. ist 40 Jahre alt und kam wegen Essstörungen und Alkoholproblemen Anfang Februar ins Klinikum Nordschwarzwald. Sie arbeitet seit ca. 8 Jahren bei einer Firma in der Auftragsannahme und in der Registratur. Nachdem sie in der Zeitung eine Stellenausschreibung für ihre Stelle gelesen hatte, war sie in großer Aufregung und Sorge, dass sie ihren Arbeitsplatz verlieren könnte. Sie war nicht in der Lage, bei ihrem Arbeitgeber anzurufen und bat mich, etwas zu unternehmen. Ich rief dann bei der Personalleitung der Firma an. Mir wurde versichert, dass ihr Arbeitsplatz nicht gefährdet sei, sondern dass eine zusätzliche Person für diesen Bereich gesucht werde. Die Erleichterung von Frau C. war natürlich sehr groß.

Aus der Arbeit des Patientenfürsprechers, Fallbeispiel 2:

Frau A. ist 25 Jahre alt und kam wegen einer Stresssituation in das Klinikum Nordschwarzwald und war dort ca. sechs Wochen. In meiner Sprechstunde hat sich Frau A. massiv über ihre Behandlung im Klinikum beschwert. Sie sprach ausführlich über mehrere Fixierungen, über Isoliermaßnahmen, über das arrogante Pflegepersonal und über einen genehmigten Tagesurlaub, der dann doch annulliert wurde. Sie forderte ein Gespräch mit der behandelnden Ärztin, Einsicht in das Protokoll der Fixierung und Begründungen in allen Punkten. Eine ausführliche Erörterung über die Vorwürfe fand statt, und die Ärztin schilderte die Situation aus ihrer Sichtweise. Aus den Protokollen war zu entnehmen, dass die Wahrnehmung von Frau A. zeitweise sehr beeinträchtigt war und ihre Zeitangaben nicht stimmten. Aus meiner Sicht war es ein konstruktives Gespräch, in dem auch Fehler von beiden Seiten eingestanden wurden. Frau A. will sich hinsichtlich des Vorwurfs über das Pflegepersonal trotzdem weitere Schritte überlegen.

Von Anfang 2000 bis zum 31.12.2007 wurde das Amt von Hans Dietz aus Weil der Stadt, seit Januar 2008 von Gerd Doll aus Leonberg wahrgenommen. Der Patientenfürsprecher legt dem GPSV jährlich einen Tätigkeitsbericht vor und berichtet auch dem Sozialausschuss regelmäßig über seine Tätigkeit.

Für den vorliegenden Bericht wurden die **Tätigkeitsberichte der Jahre 2005 und 2006/2007** ausgewertet. Der Patientenfürsprecher hatte

- 2005: 91 Kontakte bzgl. 35 Personen,
- 2006: 84 Kontakte bzgl. 40 Personen und
- 2007: 68 Kontakte bzgl. 41 Personen
- 1. Halbjahr 2008: 32 Personen

Die meisten Kontakte, ca. zwei Drittel, finden während der Sprechzeiten im Klinikum Nordschwarzwald statt, viel weniger Kontakte gibt es während der Sprechzeiten im Gesundheitsamt in Böblingen oder in der Außenstelle in Leonberg. Vereinzelt trifft er sich auch zu Beredungen in einem Café oder besucht die Rat suchende Person in ihrer Wohnung. Sprechstunden in Einrichtungen wie den Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen fanden bisher nicht statt.

Der Patientenfürsprecher arbeitet personenzentriert und vertritt als oberste Leitlinie das Ziel der Selbstständigkeit. Dementsprechend wünscht er sich eine weitere Verbreitung des persönlichen Budgets und kommt in seinem Jahresbericht 2005 zu folgender grundlegender Einschätzung, vermutlich wohl wissend, dass es sich dabei um eine Utopie, aber eine erstrebenswerte handelt: „Eigentlich müssten die psychiatrischen Einrichtungen auf das Ziel hinarbeiten, sich überflüssig zu machen“ (Jahresbericht 2005, S. 2).

Generell zeigt sich, dass der Patientenfürsprecher vor allem im Zusammenhang mit einem Aufenthalt im Klinikum Nordschwarzwald konsultiert wird und dies vor allem bei Zwangsmaßnahmen im Klinikum. In diesen Fällen führt häufig schon ein Gespräch zur Entspannung der Situation, entweder indem durch organisatorische Änderungen die Maßnahme oder der Anlass der Beschwerde eingestellt wird oder allein dadurch, dass im Gespräch der Patient zu einer stärkeren compliance, einer Einsicht in die Krankheit und die Behandlungsnotwendigkeit, gelangt. Oft ist es aber auch so, dass allein ein Gespräch und die reine Möglichkeit, sich mitzuteilen, zu einer Beruhigung und Entspannung führen.

Folgende Empfehlungen und Hinweise gab der Patientenfürsprecher in diesen Jahresberichten:

1. Im Bereich des ambulant betreuten Wohnens seien Hilfebedarfsgruppen hilfreich, damit Klienten genau ihrem Bedarf entsprechend betreut werden könnten.
2. Im Landkreis sollten Plätze für ein Fachpflegeheim und bzw. oder alt gewordene psychisch erkrankte Menschen eingerichtet werden.
3. Im Landkreis sollte ein Angebot für eine stationäre psychiatrische Therapie, ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder eine Fachabteilung eingerichtet werden.
4. Der ambulante Bereich sollte weiter gestärkt werden durch einen Ausbau des SpDi und der Tagesstätten. Ebenso sei ein höherer Vermögensfreibetrag nach § 90 SGB XII wünschenswert.

Diese Vorschläge und Empfehlungen wurden und werden an anderer Stelle, auch in diesem Psychatrieplan, diskutiert. Zu 1. wird der Abschluss von Rahmenverträgen nach § 79 SGB XII abgewartet, der pflegerische Bedarf (ad 2.) wird weiter oben diskutiert, die Planung eines Klinikstandortes übersteigt die Kompetenzen des Landkreises, allerdings wird sich der Landkreis Böblingen für diese Forderung 3. stark machen. Und bezüglich des 4. Punktes ist anzumerken, dass sich der Landkreis Böblingen hier in der Praxis der Leistungsgewährung an den Sozialhilferichtlinien Baden-Württemberg orientiert und mit der Anerkennung eines Vermögensfreibetrages von 2.600 € wie fast alle anderen Kreise in Baden-Württemberg verfährt.

Insgesamt ist der Patientenfürsprecher ein **wichtiger Baustein der Qualitätssicherung und der Interessenvertretung psychisch erkrankter Menschen** im Landkreis Böblingen. Die Tätigkeit des Patientenfürsprechers soll so fortgesetzt werden. Allerdings wird sowohl in der Arbeitsrichtlinie als auch in der Landes-Konzeption das gesamte Spektrum des (sozial-)psychiatrischen Kernbereichs als Tätigkeitsfeld genannt, einschließlich betreuter Wohnformen, Beratungsdienste und Werkstätten für behinderte Menschen. In diesem Sinne sollte der Patientenfürsprecher seine Tätigkeit so ausbauen, und darauf weist Herr Doll in seinem Halbjahresbericht 2008 auch hin, dass er auch in diesen Feldern als Institution der Qualitätssicherung und Vermittlung wahrgenommen und in Anspruch genommen wird. Als unabhängige Instanz trägt er auch in den Bereichen Wohnen und Tagesstruktur in Einzelfällen dazu bei, Konflikte und Differenzen zwischen Institutionen und Klienten zu klären und zu guten Lösungen zu bringen.

9.2. Die Initiative Psychiatrie-Erfahrener

Die Initiative Psychiatrie-Erfahrener (IPE) ist ein Zusammenschluss von Menschen mit Erfahrung mit dem Leistungssystem für psychisch erkrankte Menschen, es sind Menschen, die einmal erkrankt waren und sich dann entschlossen, aktiv zu werden. Auch wenn Selbsthilfe und gegenseitiger Erfahrungsaustausch und Unterstützung wichtige Themen sind, so will die IPE doch auch psychiatriepolitisch aktiv werden und die Interessen psychisch erkrankter Menschen vertreten. Die IPE Böblingen ist formal eine Gruppe des Landesverbandes Baden-Württemberg der Psychiatrie-Erfahrenen e.V.

Die IPE Böblingen trifft sich jeden ersten Montag im Monat im Evangelischen Gemeindehaus in Sindelfingen-Goldberg. In den Gruppensitzungen findet zuerst ein gemeinsamer Er-

fahrungsaustausch zu einem speziellen Thema statt, anschließend werden organisatorische Fragen und Gremienarbeit beraten. Insbesondere für neue Teilnehmer gilt der Grundsatz, dass niemand verpflichtet ist, etwas zu sagen oder zu leisten – jeder darf einfach nur dabei sein und muss lediglich Verantwortung für sich selbst übernehmen. Gelegentlich organisiert die IPE Freizeitaktivitäten, vorwiegend an Wochenenden.

Leider ist die Beteiligung an den Gruppentreffen gering, im Schnitt nehmen nur drei Personen pro Treffen teil. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass die Hemmschwellen Betroffener, sich auf etwas Neues einzulassen, nicht überwunden werden. Hier hat die IPE den Wunsch an Professionelle, ihre Klienten zu der Teilnahme stärker zu motivieren. Aus ihren Erfahrungen wirft die IPE die grundsätzliche Frage auf, ob die Anbieter psychosozialer Leistungen überhaupt wollen, dass ihre Klienten selbstständiger werden – oder anders ausgedrückt: Begünstigt das System die Beibehaltung der Chronizität der Klienten?

9.3. Die Angehörigengruppe

Die **Angehörigengruppe** ist – wie die anderen Angehörigengruppen in Baden-Württemberg auch – eine **Gruppe des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.** Die Böblinger Gruppe entstand 1987 mit Unterstützung des SpDi. Die Gruppe mit insgesamt 25 Mitgliedern hält an jedem ersten Donnerstag im Monat im GPZ Sindelfingen ein Treffen ab. Dazu kommen jedes Mal 10 bis 12 Mitglieder, um sich über Aktuelles auszutauschen, von persönlichen Erfahrungen zu berichten und sich einfach im Alltag gegenseitig eine Stütze zu sein. Die Finanzierung erfolgt durch Spenden und durch eine Förderung als Selbsthilfegruppe durch die Krankenkassen. Die Aktivitäten bestehen aus den Gruppentreffen und gemeinsamen Unternehmungen. Für viele Teilnehmer sind die Gruppentreffen die erste Gelegenheit, um über die Erkrankung des Angehörigen und die damit verbundenen Folgen zu sprechen. Die Gruppe kann somit auch eine wichtige Quelle der Informationen über das Leistungssystem sein.

Da die Gruppe vollständig ehrenamtlich arbeitet, ist sie sehr von dem Engagement einzelner Personen abhängig. Diesen fehlt leider häufig die Zeit, sich noch stärker im GPV zu engagieren. Eine Mitwirkung im GPLV und eine Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern wäre sicherlich sinnvoll und bereichernd.

9.4. Runder Tisch für Psychiatrie- und Psychose-Erfahrene

Als weitere ehrenamtliche Gruppe gibt es den Runden Tisch für Psychiatrie- und Psychose-Erfahrene, Angehörige, Helfer und Helferinnen und Interessierte im Kreis Böblingen. Der Runde Tisch veranstaltet den **Psychose-Treff**, der regelmäßig einmal im Monat, an einem Mittwochabend, eine thematische Veranstaltung zu dem Themenkreis psychische Erkrankungen durchführt und allen Bürgerinnen und Bürgern offen steht. Der Psychose-Treff arbeitet im Grunde teilweise auch als Selbsthilfeinitiative, da er einen Erfahrungsaustausch unter Betroffenen und Angehörigen leistet und eine gemeinsame Freizeitgestaltung ermöglichen soll. Der Runde Tisch für Psychiatrie- und Psychose-Erfahrene ist mit der IPE personell verflochten,

allerdings ist es keine reine Selbsthilfe-Initiative, weil sich auch Nicht-Betroffene dabei engagieren.

Der Runde Tisch bietet neben den Treffen auch **Psychose-Seminare** an. Diese finden alle 2 Jahre als eineinhalbtägiges Seminar für Betroffene, Angehörige, Helfer und Interessierte statt. Ziele sind Erfahrungsaustausch unter Betroffenen, Bewegung, Entspannung und Wissensvermittlung. Es soll zu einer differenzierten Betrachtungsweise von psychiatrischen Erkrankungen und Psychosen angeregt werden. Durch die Öffnung für die allgemeine Bevölkerung leistet der Runde Tisch einen Beitrag zur Entstigmatisierung in der Psychiatrie.

9.5. Bürgerschaftliches Engagement (BE)

Bürgerschaftliches Engagement ist ein wichtiger Baustein der sozialen Hilfen allgemein, aber insbesondere der Leistungen für psychisch erkrankte Menschen. Ihre Lebenswelten sind häufig von Einsamkeit und zu wenigen Begegnungsmöglichkeiten mit nicht-erkrankten Personen geprägt. Da stellt BE, vor allem wenn es als direkte Begleitung und Betreuung erfolgt, eine ausgezeichnete Gelegenheit zu Kontakten zwischen psychisch Erkrankten und psychisch Nicht-Erkrankten dar, in einer Beschaffenheit, die professionelle soziale Arbeit nicht leisten kann. Dies schmälert keineswegs die Bedeutung professioneller sozialer Arbeit, aber gerade das nicht-professionelle Element, die Zuwendung zu einem kranken Menschen, die nicht aus einer beruflichen Position heraus erfolgt, hat eine ganz besondere und wichtige Qualität. Dadurch kann die Inklusion psychisch erkrankter Menschen entscheidend voran gebracht bzw. bereits im Vorfeld die Exklusion vermieden werden. Daneben ist es auch legitim zu sagen, dass BE durchaus professionelle soziale Arbeit entlasten und in Einzelfällen eine dichtere Betreuung ermöglichen kann. Eine Verdrängung professioneller durch ehrenamtliche Arbeit ist ausgeschlossen, weil BE auch professionelle Begleitung und Schulung benötigt.

In den Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ist aus unterschiedlichen Gründen bürgerschaftliches Engagement nicht so weit verbreitet wie bei den Angeboten für Menschen mit Behinderungen (siehe hierzu und auch teilweise zu den Maßnahmen den Teilhabeplan). In der Gemeindepsychiatrie ist BE noch stärker an persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gebunden, wie z.B. bei der IPE und der Angehörigengruppe.

Dennoch gibt es zwei Tätigkeitsfelder, in denen BE ganz stark ist, das sind die **Kontaktgruppen**, die vom SpDi betreut werden und die **Tagesstätten** bzw. GPZ. Die neun Kontaktgruppen im Landkreis Böblingen werden von Mitarbeitern des SpDi betreut und sind über den gesamten Landkreis vertreten. In den Tagesstätten arbeiten Ehrenamtliche in den verschiedenen Bereichen mit, sie helfen bei der Essenszubereitung am Mittagstisch, sie gestalten die Freizeit und machen bei Ausflügen mit. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag, um andere Lebenswirklichkeiten und Lebenswelten in die Tagesstätten hineinzubringen.

Zwei Tätigkeitsfelder des BE gibt es, die in anderen Leistungssystemen etabliert sind, und vielleicht auch für psychisch erkrankte Menschen erbracht werden könnten, das sind Besuchsdienste und Patenschaften. **Besuchsdienste** sind ein fester Bestandteil der offenen Altenarbeit und helfen vielen Menschen, die nicht mehr die Wohnung verlassen können oder wollen und die wenig Kontakte zur Außenwelt haben. Regelmäßige Besuche könnten hier eine große Entlastung und eine Verbesserung der Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit der

besuchten Klienten darstellen. Besuchsdienste für psychisch erkrankte Menschen könnten entweder aus den Besuchsdiensten der Altenhilfe heraus oder aus den Kontaktgruppen heraus entstehen. Im Landkreis Böblingen gibt es ein sehr erfolgreiches **Patenschaftsmodell**, nach dem junge Menschen über einen Zeitraum von zwei Jahren im letzten Schuljahr der Hauptschule und dem Einstieg in den Beruf oder die Ausbildung begleitet werden. Für eine gelingende Patenschaft ist es am Erfolg versprechendsten, wenn sie befristet ist und einen Menschen über einen bestimmten Zeitraum, über ein ‚kritisches Lebensereignis‘ hinweg begleitet. Da auch in den Biographien psychisch erkrankter Menschen einige solcher Übergänge vorkommen, könnten Patenschaften ein gutes Instrument sein, um ihnen über einen bestimmten Zeitraum zur Seite zu stehen.

Im Teilhabeplan für geistig und mehrfachbehinderte Menschen, S. 111f., sind verschiedene Aspekte beschrieben, die bei dem Einsatz von Ehrenamtlichen zu berücksichtigen sind, wie Schulung, Organisation des Ehrenamtes etc. Dies soll hier nicht wiederholt werden. Zur Information über das Ehrenamt und mögliche Einsatzgebiete erarbeitete die Sozialplanung des Landratsamtes in 2008 einen **Wegweiser Ehrenamt** mit genauen Angaben zum Angebot und zu Ansprechpartnern bei den Städten und Gemeinden und bei den einzelnen Trägern, die bürgerschaftliche Unterstützung für ihre Arbeit gewinnen wollen.

Ehrenamt und Bürgerschaftliches Engagement sind Aufgaben, die in erster Linie in den Städten und Gemeinden des Landkreises wahrgenommen werden. Bei dem Aufbau von BE, aber auch bei der Ambulantisierung und der Gestaltung von Teilhabechancen generell spielen die Kommunen eine zentrale Rolle. Zwar ist der Landkreis der Leistungsträger der Sozialhilfe, aber das Leben der Menschen und auch der Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen spielt sich in den Städten und Gemeinden ab. Wie oben bei den Wohnorten der Werkstattbeschäftigten in Tabelle 11 auf Seite 62, deutlich wurde, lebt in jeder Stadt und Gemeinde des Landkreises eine mehr oder weniger große Zahl an seelisch behinderten Menschen. Menschen, die in ihrer Arbeitszeit und in ihrer Freizeit die Institutionen ihres Gemeinwesens in Anspruch nehmen wollen und die ganz selbstverständlich in die Vereine, das öffentliche Leben der Gemeinde, der Quartiere und der Nachbarschaften inkludiert sein sollen.

Neben dem Einsatz für Bürgerschaftliches Engagement können die Städte und Gemeinden noch einiges weitere leisten, um die Inklusion zu unterstützen, sie können Öffentlichkeitsarbeit leisten, sie können z.B. Aufträge an WfbM vergeben und Leistungserbringer bei der Suche nach Wohnraum unterstützen. Im Folgenden sind auch Maßnahmen dazu aufgezählt.

9.6. Maßnahmen und Empfehlungen

1. Die Tätigkeit des **Patientenfürsprechers** ist wichtig und ein unverzichtbarer Bestandteil eines Versorgungssystems, das den Patienten ernst nimmt. Sie wurde und wird sehr verantwortungsvoll ausgefüllt und soll so fortgesetzt werden. Sie bezieht sich bisher stark auf Patienten des Klinikums Nordschwarzwald. Der Patientenfürsprecher soll daher der Landeskonzeption stärker als bisher auch bei den Belangen von Klienten vermitteln, die sich

auf andere Angebote des sozialpsychiatrischen Leistungssystems, wie z.B. den SpDi oder Wohnangebote beziehen. Beispielsweise durch Informationen über das Amt in den Einrichtungen und Diensten soll sicher gestellt werden, dass diese Tätigkeit bekannt ist und ggf. genutzt wird. Es wäre wünschenswert, dass die Sprechstunden, die außerhalb des Klinikums angeboten werden, an den drei GPZ stattfinden.

2. Auch die **Initiative Psychiatrie-Erfahrener, die Angehörigengruppe und der Runde Tisch für Psychiatrie-Erfahrene** sollen ihre Aktivitäten verstärken und stärker als bisher mit den Leistungserbringern zusammenarbeiten. Dies könnte z.B. durch eine Mitarbeit in dem GPLV oder bei konzeptionellen Entwicklungen erfolgen. Der Landkreis Böblingen ist bereit, die drei Gruppen in ihren Aktivitäten zu unterstützen, z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen o.ä.
3. Die Leistungserbringer sollen gemeinsam mit der Sozialverwaltung einen **Fachtag zum Bürgerschaftlichen Engagement** für psychisch erkrankte Menschen durchführen, um BE noch stärker bei den Leistungserbringern und in den Gemeinden zu verankern und um Konzepte ehrenamtlicher Arbeit weiter zu entwickeln. Mögliche weitere Tätigkeiten könnten z.B. Besuchsdienste oder Patenschaften, ähnlich der Patenschaftsaktion zur Begleitung des Übergangs von der Schule in den Beruf, sein.
4. Speziell das **Bürgerschaftliche Engagement in den Tagesstätten**, v.a. in Leonberg und Sindelfingen, soll gestärkt werden.
5. Auf kommunaler Ebene sollte das **Ehrenamt** gestärkt werden. Dies geschieht am besten durch die Einrichtung einer kommunalen Stelle, die viel zur Förderung des Ehrenamtes leisten könnte: Öffentlichkeitsarbeit, Beratung und evtl. Schulung von Ehrenamtlichen, Vernetzung von Diensten, Vermittlung von Ehrenamtlichen etc. Die Stadt Böblingen hat eine Fachstelle für bürgerschaftliches Engagement eingerichtet, in Leonberg gibt es eine Anlaufstelle für Bürgerschaftliches Engagement und im Gäu arbeitet seit dem Frühjahr 2007 die Gäu-Agentur zur Vermittlung ehrenamtlicher Arbeit an gemeinnützige Institutionen. Wichtig ist, dass vor Ort kein ‚Kampf ums Ehrenamt‘ stattfindet und Anbieter der Behindertenhilfe miteinander um Ehrenamtliche konkurrieren. Wichtig ist zudem in kleineren Gemeinden, dass das Ehrenamt von der Verwaltungsspitze initiiert und damit die Bedeutung des Themas hervorgehoben wird; deswegen sind hier insbesondere die **Städte und Gemeinden** gefragt.
6. Auf örtlicher Ebene können **örtliche Arbeitskreise** gegründet werden, die sich speziell Themen der Teilhabe und der psychischen Erkrankungen annehmen. Solche Arbeitskreise gibt es schon in Leonberg (Arbeitskreis Leben mit Behinderungen) und in Böblingen (AG Behinderte), in denen auch psychisch erkrankte Menschen vertreten sind.
7. Diese Arbeitskreise sind in der Regel an einer kommunalen Stelle angesiedelt, die sich speziell mit Fragen der Behindertenhilfe befasst. Solche Stellen zur **Behindertenhilfe-**

koordination und -planung sind bei der städtischen Sozialplanung in Böblingen und als Stelle Koordinatorin Behindertenarbeit in Leonberg eingerichtet. Diese Stellen betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit, in Leonberg wird z.B. regelmäßig ein Newsletter herausgegeben. Vereine, behinderte Menschen, Angehörige, Leistungserbringer u.a. haben einen festen Ansprechpartner, der sie weiter vermitteln kann oder mit dem sie gemeinsam Aktionen auf den Weg bringen können.

8. Ein Problem für die ambulante Betreuung ist es, genügend geeigneten und finanzierbaren **Wohnraum** zu finden. Hier können die Städte und Gemeinden die Träger bei der Suche nach geeigneten Immobilien in zentraler, verkehrsgünstiger Lage unterstützen oder ggf. eigene Immobilien vermieten.
9. Städte, Gemeinden und der Landkreis sollen, wenn möglich, **Aufträge an Werkstätten für behinderte Menschen** vergeben. Eine besonders gute Gelegenheit hierfür ist die Pflege der Grünbereiche, Bürotätigkeiten und Postversandaktionen.
10. Städte, Gemeinden und der Landkreis sollen psychisch erkrankten Menschen, die von einer WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln wollen, Gelegenheiten für **Praktika** geben. Außerdem können evtl. Außenarbeitsgruppen und Einzelaußenarbeitsplätze eingerichtet werden. Darüber hinaus sollen verstärkt sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung in den Gemeinden und gemeindeeigenen Einrichtungen geschaffen werden.
11. **Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit** sind ebenfalls wichtige Instrumente, um das Thema psychische Behinderung breiter in der Öffentlichkeit zu verankern. Hier ist schon Einiges erreicht. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Selbsthilfetag in Böblingen, der alle Selbsthilfegruppen des Landkreises einbezieht und immer sehr viel Öffentlichkeit erreicht. Er wird veranstaltet von mehr als 30 Selbsthilfegruppen, dem Gesundheitsamt, der vhs Böblingen-Sindelfingen, der AOK Stuttgart-Böblingen und der Stadt Böblingen. Viel Öffentlichkeit wird erreicht, wenn es gelingt, verschiedene Aktionen unter einem Motto zu bündeln.
12. Dabei sollen auch die **Leistungserbringer auf die Städte und Gemeinden** zugehen und dort von sich aus die Kooperation suchen. Die Aktivitäten z.B., die die Behindertenhilfe Leonberg zusammen mit der Lebenshilfe Leonberg im Rahmen des Modellprojektes ‚Vom Ort zum Leben zum Leben im Ort‘ durchführt, sind ein gutes Beispiel aus der Behindertenhilfe hierfür.

Quellen und Literatur

Deutscher Bundestag. 15. Wahlperiode. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe.

Gemeindepsychiatrischer Verbund im Landkreis Böblingen (GPV): Kooperationsvereinbarung vom 13. April 2006, Böblingen 2006.

Kommunalverband für Jugend und Soziales: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nachdem SGB XII für 2007. Erstellt für die Teilnehmer am Projekt „Datenerfassung in der Eingliederungshilfe“. Stuttgart, 2008.

Kooperationsvereinbarung zwischen dem Evangelischen Diakonieverband im Landkreis Böblingen, dem Sozialer Arbeitskreis im Landkreis Böblingen e.V. und dem Klinikum Nordschwarzwald

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (2004): Statistik der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen für das Jahr 2003. Stuttgart.

Landkreis Böblingen (2002): Gesamtbericht Kreispflegeplanung. Böblingen, Landratsamt Böblingen.

Landkreis Böblingen (2007): Teilhabeplan für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen im Landkreis Böblingen. Böblingen, Landratsamt Böblingen.

Landtag von Baden-Württemberg: Drucksache 14 / 2580, 14. Wahlperiode, 04.04.2008

Landkreis Böblingen, Kreistagsdrucksachen 89/2004, 169/2004, 121/2005, 31/2006, 32/2006, 118/2006, 30/2007, 91/2007, 1/2008

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (2008): Jahresbericht 2007. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart. Zum Download unter www.liga-bw.de.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg. Teil 1 - Rahmenplanung -. Stuttgart.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg - Rahmenplanung - Teil 2: Planrelevante Krankenhäuser. Stuttgart.

Spießl, Hermann und Frank Jacobi: Nehmen psychische Störungen zu? Do Mental Disorders Really Increase? Debatte: Pro & Kontra. Pro: Hermann Spießl, Kontra: Frank Jacobi. Psychiatrische Praxis 2008; 35: 318-320, 2008.

Anhang

„Eckpunkte der kommunalen Verbände und der Verbände der Leistungserbringer in Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“, beschlossen von der Vertragskommission nach SGB XII am 20.09.2006.

**Gemeinsame Eckpunkte der
kommunalen Verbände und der
Verbände der Leistungserbringer
in Baden-Württemberg zur
Weiterentwicklung der
Eingliederungshilfe
für Menschen mit Behinderung**



**LIGA DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE
IN BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.**

Augustenstraße 63 70178 Stuttgart
Telefon 0711 / 61967-0 Telefax 0711 / 61967-67



Gemeinsame Eckpunkte der kommunalen Verbände und der Verbände der Leistungserbringer in Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Kommunalisierung – Orientierung am Individuum – Selbsthilfe Bürgerschaftliches Engagement – Neue Netzwerke der Unter- stützung – Integration / Inklusion – Neue Wege

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung steht vor großen fachlichen und politischen Herausforderungen. Einerseits wird eine Dezentralisierung und Gemeindeorientierung der Hilfen immer stärker von den Betroffenen gewünscht und von der Fachwelt gefordert. Andererseits führt die demografische Entwicklung dazu, dass auch in den nächsten Jahren die Zahl der Hilfeempfänger weiterhin erheblich ansteigen wird. Um sowohl die erforderliche bedarfsgerechte Leistungserbringung für Menschen mit Behinderungen als auch den von den Betroffenen geforderten Paradigmenwechsel von der Versorgung zur Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz der schwierigen Finanzsituation der kommunalen Leistungsträger der Eingliederungshilfe umsetzen zu können, stimmen die Verbände der Leistungsträger und der Leistungserbringer überein, dass die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung weiter entwickelt werden muss. Elemente des angestrebten Wandels sind:

Kommunalisierung

In der aktuellen Diskussion taucht „Kommunalisierung“ immer wieder auch als negativ bewerteter Begriff auf, im Sinn eines Verlustes der Einheitlichkeit öffentlichen Handelns und einer Verabschiedung des Landes aus der Verantwortung. In unserem Zusammenhang wird „Kommunalisierung“ aber im inhaltlichen Sinne positiv gemeint: als Ausdruck einer Verantwortung der Gemeinde für ihre Bürgerinnen und Bürger, auch für diejenigen mit Unterstützungsbedarf. Es handelt sich

um eine Verantwortung der Menschen füreinander, aber natürlich auch um eine Verantwortung kommunaler Gremien und Verwaltung für die notwendigen Angebote.

Die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe geht über die inzwischen vollzogene Übertragung der Zuständigkeit auf die Stadt- und Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe hinaus. Inhaltlich umfasst sie – ausgehend von der Betrachtung von Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger der Gemeinden – eine konsequente gemeindeintegrierte Organisation aller notwendiger Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung (z.B. beim Wohnen und Arbeiten). Dabei ist immer zu prüfen, wie die allgemeinen in der Gemeinde zur Verfügung stehenden Angebote und Ressourcen so gestaltet werden können, dass sie auch Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen (Barrierefreiheit in jeder Hinsicht). Wo dies nicht ausreichend ist, sind Hilfesysteme zur Abdeckung spezifischer Hilfebedarfe vor Ort zu entwickeln. Dabei besteht das gemeinsame Ziel in der Erreichung vergleichbarer Lebensverhältnisse für Menschen mit Behinderung.

Orientierung am Individuum

Bislang ist unser Hilfesystem klassischerweise gegliedert in ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen. Diese teilweise sehr starren Strukturen sind durchlässiger zu gestalten. Zukünftig soll eine individuelle Hilfeplanung umgesetzt werden, die zu ganz persönlichen Hilfearrangements führen kann. Diese Hilfeplanung stellt die Vorstellungen des Menschen mit Behinderung von seinem Leben in den Vordergrund und folgt dem Leitbild eines autonomen, also selbstbestimmten und möglichst selbstständigen Lebens. Zukünftige Vergütungen für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung sollen demnach Differenzierungen zulassen, um sie besser am individuellen Hilfebedarf ausrichten zu können. Bei der neuen Leistungsform des Persönlichen Budgets sollte dieser Grundsatz von vorneherein umgesetzt werden. Im Bereich der Sachleistung (Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern) ist das bisherige System von Kategorisierungen in Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen für Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Hilfebedarf dahingehend weiterzuentwickeln, dass es dieser Neuorientierung besser entsprechen kann. Es ist anzustreben, auch im Bereich

der Sachleistungen schrittweise zu Vereinbarungen zu kommen, die eine individuellere Ausgestaltung der Hilfeleistung ermöglichen. Auf diese Weise sollen möglichst flexible neue Hilfeformen entstehen können. Individuelle Hilfeplanung soll dazu führen, dass die zur Verfügung stehenden Mittel für die Eingliederungshilfe möglichst effektiv eingesetzt werden. Sie kann in der Gesamtbetrachtung zur Kostensenkung führen, allerdings nicht in jedem Einzelfall. Hilfebedarf ist dabei immer als eine dynamische Kategorie zu betrachten, d.h. er kann sich verändern, weshalb individuelle Hilfeplanung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen ist.

Es besteht Einigkeit darüber, dass das persönliche Budget für einige Menschen mit Behinderung eine gute Leistungsform darstellt, um eine personenorientierte und selbst bestimmte Hilfe zu ermöglichen. Daher sind mit der praktischen Anwendung Persönlicher Budgets vor Einführung des Rechtsanspruchs am 01.01.2008 möglichst umfangreiche Erfahrungen zu sammeln.

Selbsthilfe / Orientierung an den eigenen Ressourcen von Menschen mit Behinderung und ihren Familien

Damit Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe gelingen kann, sind private Ressourcen (persönliche Fähigkeiten des Menschen mit Behinderung, Ressourcen aus dem privaten Umfeld) zu stärken und zu nutzen. Es gilt der Grundsatz Selbsthilfe vor Fremdhilfe (das jeweils kleinere System greift vor dem nächst größeren). Dieses kommt z.B. in der katholischen Soziallehre, aber auch im Nachrangprinzip des SGB XII, zum Ausdruck.

Zur Stärkung der persönlichen Ressourcen von Menschen mit Behinderung sind Angebote zur Förderung der Selbstständigkeit, die möglichst früh einsetzen sollten, weiter zu entwickeln und entsprechend auszustatten (z.B. Wohntraining). Zum Erhalt der Selbsthilfekräfte der Familien spielen Familienunterstützende Dienste eine zentrale Rolle. Ihre Finanzierung muss verlässlich und auskömmlich gestaltet werden. Die Selbsthilfeorientierung darf aber nicht dazu führen, dass die Angehörigen in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung (wieder) allein gelassen werden. Erwachsene Menschen mit Behinderung müssen eine gleichberechtigte Chance auf eine Ablösung vom Elternhaus haben.

Bürgerschaftliches Engagement

Die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe kann und soll dazu führen, dass mittelfristig auch mehr Ressourcen durch nachbarschaftliche und aus bürgerschaftlichem Engagement erwachsene zwischenmenschliche Unterstützung genutzt werden können (Verantwortung der Menschen in der Gemeinde füreinander). Menschen mit Behinderung sind dabei nicht nur als Empfänger von Hilfen zu betrachten, es ist auch ihr Potential an Engagement für das Gemeinwesen zu erschließen.

Bürgerschaftliches Engagement „fällt nicht vom Himmel“. Es muss angeregt, gefördert und begleitet werden. Die für die gewünschte Vernetzung erforderliche Gemeinwesenarbeit ist Bestandteil der notwendigen Unterstützungsleistungen, für die Fachkräfte in den einschlägigen Ausbildungsgängen noch besser als bisher qualifiziert werden müssen.

Neue Netzwerke der Unterstützung („Hilfemix“)

Ausgehend von der individuellen Hilfeplanung werden professionelle Hilfe, private Netzwerke, Bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe so vernetzt, dass für den Menschen mit Behinderung bei effizientem Mitteleinsatz ein weitgehend „normales“ Leben ermöglicht wird.

Integration / Inklusion

Nicht zuletzt, um ein selbstverständlicheres und von gegenseitiger Unterstützung geprägtes Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung zu fördern, sind alle Möglichkeiten einer gemeinsamen Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung auszunutzen und auszubauen. Die bisherige Prioritätensetzung (Besuch der Sondereinrichtung als „Regelfall“ für das behinderte Kind) sollte zukünftig umgekehrt werden (Besuch der allgemeinen Bildungseinrichtung als „Regelfall“ für alle Kinder).

Integration bzw. Inklusion sorgt nicht nur dafür, dass frühzeitig für Menschen mit Behinderung „Weichen anders gestellt werden“, nämlich im Sinne eines Lebens so normal wie möglich und einer Inanspruchnahme der allgemeinen Angebote und Strukturen in der Gemeinde, sie führt vor allem auch zu einem Bewusstseinswandel in der Bevölkerung

und kann somit unsere gesellschaftliche Entwicklung insgesamt positiv beeinflussen.

Neue Wege – vor allem für neue Generationen

Insgesamt muss es das Ziel sein, im Sinne der in diesem Papier zum Ausdruck kommenden Orientierung zukünftig dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ für Menschen mit Behinderung zum Durchbruch zu verhelfen. Dies soll vor allem dadurch geschehen, dass bei Menschen, welche erstmalig bzw. zusätzlich Unterstützung benötigen, diese vorrangig in ambulanten Formen erbracht wird. Es ist nicht daran gedacht, Menschen, die vielleicht schon vor vielen Jahren ihre Heimat in einer stationären Einrichtung gefunden haben, nun gegen ihren Willen dazu zu zwingen, diese zu verlassen. Aus heutiger Sicht werden wir auch zukünftig auf stationäre Angebote für Menschen mit Behinderung als einen Bestandteil des Hilfesystems nicht verzichten können.

Verabschiedet von der Vertragskommission SGB XII anlässlich Ihrer Sitzung am 20.09.2006.

Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund im Landkreis Böblingen schließt sich diesem Eckpunktepapier per Beschluss vom 12.11.2008 einvernehmlich an.