

Psychiatrieplan 2018 bis 2027

Teilhabeplanungen

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Allgemeine Psychiatrie
Gerontopsychiatrie



Impressum

Herausgeber

Landratsamt Esslingen
Pulverwiesen 11
73726 Esslingen
www.landkreis-esslingen.de

Bearbeitung und Ansprechpartner

Michael Köber
Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung
Telefon 0711 3902-42634
koeber.michael@LRA-ES.de

Oktober 2018

Layout

Amt für besondere Hilfen

Nachweis Titelbild

links: Kunstprojekt im Zentrum für Arbeit und Kommunikation Esslingen
(Tagesstätte des VSP – Verein für Sozialpsychiatrie e.V.).
rechts: Bild eines Patienten der medius KLINIKEN
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Kirchheim).

© Landratsamt Esslingen: Nachdruck oder Vervielfältigung,
auch auszugsweise, sind ohne Zustimmung nicht gestattet.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige
Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen i.d.R. verzichtet.
Es gelten sämtliche Bezeichnungen für beide Geschlechter.

Vorwort

Mit dem vorliegenden Psychiatrieplan gehen wir neue Wege: Erstmals werden alle Altersgruppen und Leistungsbereiche einbezogen. Er knüpft an den letzten Psychiatrieplan aus dem Jahr 2010 an, weitet dabei den Blick unter Berücksichtigung aktueller gesetzlicher Grundlagen und eingetretener Veränderungen. Der neue Plan zeigt die Dimensionen der psychiatrischen Versorgung mit der damit verbundenen Komplexität auf und gibt uns Orientierungen bzw. Handlungsempfehlungen für die kommenden Jahre.

Seit Februar 2017 sind alle psychiatrischen Betten am Standort Kirchheim innerhalb der medius KLINIKEN – der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – zusammengeführt. Mit einem Klinikneubau und einer Ausweitung auf 220 stationäre psychiatrische Betten konnte die klinische Versorgung ausgebaut werden. Wir wollen gemeinsam mit den Partnern zusätzliche Schritte in den tagesklinischen Bereichen, bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sogenannten stationsäquivalenten Behandlung gehen, um sektorenübergreifend die psychiatrische Behandlung in der Akutversorgung zu erweitern und damit zu verbessern.

Als Landkreis und Träger der Eingliederungshilfe sind wir durch das Bundesteilhabegesetz für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen gefordert, die individuellen Bedarfe teilhabeorientiert umzusetzen. Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation stehen neben den Leistungen der sozialen Teilhabe und müssen Leistungsträger übergreifend definiert werden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste einschließlich dem Sozialpsychiatrischen Dienst für alte Menschen (SOFA) und die Arbeits- sowie Wohnangebote gilt es sachgerecht weiterzuentwickeln. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sind Beteiligte und Experten in eigener Sache.

Die Planungsfortschreibung konstatiert für die nächsten zehn Jahre zwei zentrale Handlungsfelder. An der Schnittstelle zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der allgemeinen Psychiatrie (Erwachsene) werden Übergänge in der Behandlung, Therapie und Rehabilitation benötigt, um Abbrüche und Chronizität zu vermeiden. Diesem in erster Linie präventiv geprägten Ansatz für junge Erwachsene ist Vorrang einzuräumen. Das zweite Handlungsfeld ist durch die demografische Entwicklung und die Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen bestimmt.

Als handlungsleitende Grundlagen sind ausreichend Fachpersonal, eine Verbesserung der Wohnraumversorgung, Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und eine enge Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu berücksichtigen.

Mein herzlicher Dank gilt allen, die unter Federführung unserer Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung an der Erstellung des Psychiatrieplanes mitgewirkt haben.

Heinz Eininger
Landrat

Einführung

Mit der Teilhabepanung (Kinder- und Jugendpsychiatrie, allgemeine Psychiatrie und Gerontopsychiatrie) schreibt der Landkreis Esslingen seine Psychiatriepanung interdisziplinär fort. Wie schon der vor wenigen Wochen publizierte Landespsychiatriepan, stellt sich der Landkreis mit dieser Fortschreibung den Herausforderungen im Kontext der generationenübergreifenden psychiatrischen Versorgung.

Im Kapitel 1 werden die wesentlichen Grundlagen dargestellt. Dazu gehören beispielsweise die demografische Entwicklung, die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen psychiatrischen Angebote. Ein Rückblick und eine Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen des Vorgängerpanes runden das Kapitel ab. Im Kapitel 2 werden der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Kapitel 3 die allgemeine Psychiatrie und im Kapitel 4 die Gerontopsychiatrie ausgeführt.

Dem Grunde nach erfolgt die Abgrenzung nach dem Lebensalter. Wesentliche Grundlagen und Besonderheiten sind jeweils zu Beginn eines Kapitels vorangestellt. In jedem Kapitel sind auch die unterschiedlichen Leistungs- und Lebensbereiche thematisiert (u.a. Behandlung, Beratung, Wohnen, Arbeit, Pflege). Themen wie beispielsweise Sucht oder Suizidalität finden sich in jedem Lebensalter und sind somit im jeweiligen Kontext in mehreren Kapiteln berücksichtigt. Das Kapitel 5 widmet sich besonderen Zielgruppen sowie den fachlichen Übergängen. Im Kapitel 6 sind steuerungsrelevante Themen beschrieben.

Insgesamt ist die Panung durch zahlreiche Erhebungen und Auswertungen belegt. Die Handlungsempfehlungen sind den einzelnen Abschnitten zugeordnet. Eine Priorisierung wurde bewusst nicht vorgenommen. Diese obliegt der sozialplanerischen Fachkompetenz und der fachlichen Diskussion in den Arbeitsgremien. Deren Expertise mündet sukzessive in die landkreisweite Sozialberichterstattung. Dies ermöglicht fundierte sachgerechte und wirkungsvolle politische Weichenstellungen für eine gesicherte zukunftsorientierte Psychiatriepanung.

Die Panungsfortschreibung wurde bis zur Fertigstellung im Oktober 2018 durch den Psychiatrie-Arbeitskreis, den Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie begleitet. Sie ist durch Beiträge und Stellungnahmen einzelner Fachkollegen/innen und Fachbereiche, sowohl innerhalb der Verwaltung als auch durch unterschiedliche Leistungserbringer und Träger, qualifiziert. Sogenannte „Psychiatrie-Erfahrene“, deren Angehörige und die Beauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderung waren ebenfalls beteiligt und gaben wertvolle Anregungen, die berücksichtigt wurden. Der vorliegende Psychiatriepan ist eine fundierte Grundlage zur fachlichen Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Esslingen.

Katharina Kiewel
Dezernentin Soziales

Christine Fischer
Amt für besondere Hilfen
Amtsleiterin

Michael Köber
Behindertenhilfe-/
Psychiatriepanung

Inhalt

Impressum	2
Vorwort	3
Einführung	4
Inhalt	5
1 Grundlagen	10
1.1 Vorbemerkung.....	10
1.2 Kommunalisierung und Planungsaufgaben	11
1.3 Basisdaten und demographische Bedingungen.....	12
1.4 Psychiatrische Hilfen im Landkreis Esslingen	16
1.5 Gesetzliche Grundlagen	18
1.6 Prävention	22
1.7 Krisen- und Notfallversorgung.....	22
1.8 Rückblick und Bewertung.....	23
2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	26
2.1 Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter	26
2.2 Adoleszenzpsychiatrie und Übergänge (Transition)	27
2.3 Behandlung, Therapie, Beratung und Betreuung.....	28
2.3.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen	28
2.3.2 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.....	28
2.3.3 Psychologische Beratung und weitere Beratungsangebote.....	29
2.3.4 Suizidalität und Krisenintervention.....	31
2.3.5 Sucht.....	32
2.3.6 Jugendhilfe und Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII	32
2.3.7 Unbegleitete minderjährige Ausländer	34
2.3.8 Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche.....	35
2.3.9 Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Esslingen.....	36
2.3.10 Andere Kliniken und Zentren.....	38
2.3.11 Handlungsempfehlungen	39
2.4 Familie und Umfeld	40
2.4.1 Familie und psychische Erkrankung	40
2.4.2 Betreutes Wohnen in Familien	41
2.4.3 Kinder psychisch kranker Eltern	41
2.4.4 Kinder aus suchtbelasteten Familien	42

2.4.5	Handlungsempfehlungen	43
2.5	Schule, Ausbildung und Rehabilitation	44
2.5.1	Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum	44
2.5.2	Schule und Jugendhilfe	44
2.5.3	Ausbildung und Rehabilitation	46
2.5.4	Handlungsempfehlungen	47
2.6	Wohnen.....	47
2.6.1	Jugend- und Eingliederungshilfe	47
2.6.2	Handlungsempfehlungen	50
2.7	Vernetzung	50
2.7.1	Kooperationsvereinbarung	50
2.7.2	Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	50
2.7.3	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund	51
2.7.4	Handlungsempfehlung	51
3	Allgemeine Psychiatrie	51
3.1	Ambulante Strukturen und Angebote	51
3.1.1	Psychiatrische Institutsambulanzen	51
3.1.2	Versorgung mit Ärzten und Psychotherapeuten.....	53
3.1.3	Sozialpsychiatrische Dienste	54
3.1.4	Soziotherapie	56
3.1.5	Ambulante psychiatrische Pflege	57
3.1.6	Sucht und Prävention	59
3.1.7	Beratungsstellen	61
3.1.8	Handlungsempfehlungen	61
3.2	Teilstationäre Strukturen und Angebote	62
3.2.1	Allgemeine Tageskliniken	62
3.2.2	Handlungsempfehlung	64
3.3	Klinische Strukturen und Angebote	64
3.3.1	medius KLINIK – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kirchheim	64
3.3.2	Andere klinische Angebote	69
3.3.3	Stationsäquivalente Behandlung.....	70
3.3.4	Handlungsempfehlungen	71
3.4	Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur.....	72
3.4.1	Tagesstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung.....	72
3.5	Werkstätten für seelisch behinderte Menschen und andere Leistungsanbieter.....	73
3.5.1	Budget für Arbeit und Förderprogramm Arbeit inklusiv	76
3.5.2	Inklusionsbetriebe.....	76
3.5.3	Integrationsfachdienst.....	77
3.5.4	Rehabilitation für psychisch Kranke.....	78
3.5.5	Handlungsempfehlungen	80

3.6	Wohnen.....	80
3.6.1	Ambulant betreutes Wohnen	81
3.6.2	Stationäres Wohnen.....	84
3.6.3	Eingliederungshilfeleistungen außerhalb des Landkreises.....	87
3.6.4	Prognose im Wohnen.....	88
3.6.5	Handlungsempfehlungen	89
3.7	Partizipation und Selbsthilfe	89
3.7.1	Psychiatrie-Erfahrene	89
3.7.2	Angehörige.....	90
3.7.3	Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle	90
3.7.4	Freizeit- und Kontaktbereiche und ehrenamtliches Engagement	91
3.8	Gemeindepsychiatrische Verbünde	91
3.8.1	Aufbau und Struktur der Verbünde	92
3.8.2	Sozialraum und Quartier.....	92
3.8.3	Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ).....	93
3.8.4	Hilfeplanung, Teilhabe- und Gesamtplanverfahren	93
3.9	Gremienstrukturen.....	95
3.9.1	Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie.....	95
3.9.2	Clearingstelle	96
3.9.3	Kreisangehörigenbeirat	96
3.9.4	Handlungsempfehlungen	97
4	Gerontopsychiatrie	97
4.1	Vorbemerkung.....	97
4.2	Grundlagen.....	98
4.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	98
4.2.2	Krankheitsbilder	100
4.2.3	Alterstruktur im Landkreis.....	103
4.2.4	Kreispflegeplanung.....	104
4.2.5	Regionale Aspekte, Vernetzung und Erreichbarkeit.....	105
4.2.6	Geriatric und Gerontopsychiatrie	105
4.2.7	Gerontopsychiatrisches Zentrum	106
4.2.8	Handlungsempfehlungen	106
4.3	Wohnen.....	106
4.3.1	Zu Hause.....	106
4.3.2	Betreutes Wohnen oder Seniorenwohnen.....	108
4.3.3	Wohnen in Wohngemeinschaften	108
4.3.4	Pflegeheime	109
4.3.5	Handlungsempfehlungen	114
4.4	Unterstützungs- und Entlastungsangebote.....	114
4.5	Tagesstruktur.....	115

4.5.1	Inklusion über Quartierskonzepte	115
4.5.2	Bürgerhäuser	116
4.5.3	Tagesstätten.....	117
4.5.4	Handlungsempfehlungen	117
4.6	Pflege	118
4.6.1	Einführung zu Pflege	118
4.6.2	Teilstationäre Pflege	118
4.6.3	Psychiatrische Pflege	120
4.6.4	Häusliche Verhinderungspflege	121
4.6.5	Entlass-Management und Überleitpflege.....	122
4.6.6	Kurzzeitpflege.....	123
4.6.7	Handlungsempfehlungen	123
4.7	Beratung, Begleitung und Betreuung.....	124
4.7.1	SOFA	124
4.7.2	Alzheimer Sprechstunden	126
4.7.3	Angehörigenberatung/ Angehörigengruppen	126
4.7.4	Pflegestützpunkte	127
4.7.5	Demenzkampagnen	127
4.7.6	Bürgerschaftliches Engagement	128
4.7.7	Unterstützte Selbsthilfe für Menschen mit Demenz.....	128
4.7.8	Suchtprophylaxe und Suchtberatung.....	129
4.7.9	Handlungsempfehlungen	131
4.8	Medizinisch-therapeutische Behandlung und Rehabilitation	131
4.8.1	Ambulante Behandlung.....	131
4.8.2	Behandlung und Pflege zu Hause	133
4.8.3	Rolle der PIA in der gerontopsychiatrischen Versorgung.....	133
4.8.4	Gedächtnissprechstunden / Memorykliniken	134
4.8.5	Ambulante und stationäre Rehabilitation	135
4.8.6	Gerontopsychiatrische Patienten im Allgemeinkrankenhaus.....	135
4.8.7	Psychotherapie und Soziotherapie	136
4.8.8	Palliativversorgung	137
4.8.9	Geriatrische Rehabilitation	138
4.8.10	Ergotherapie.....	139
4.8.11	Belegung Psychiatrie und Psychiatrische Institutsambulanz	140
4.8.12	Handlungsempfehlungen	143
5	Besondere Zielgruppen und Übergänge	143
5.1	Menschen mit Doppeldiagnosen und Suchthilfe.....	143
5.2	Wohnungslose psychisch kranke Menschen	144
5.3	Übergänge von der Jugendhilfe	145
5.4	Psychische Erkrankung und Selbst- bzw. Fremdgefährdung.....	146

5.5	Psychisch kranke Menschen aus der Forensik.....	147
5.6	Geistige Behinderung und psychische Störungen.....	148
5.7	Psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf.....	149
5.8	Älter gewordene psychisch kranke Menschen.....	151
5.9	Psychische Belastungen, Fluchterfahrung und Migration.....	151
5.10	Rechtliche Betreuungen	153
5.11	Handlungsempfehlungen	154
6	Leitlinien und Steuerungselemente	154
6.1	Versorgungsverpflichtung.....	154
6.2	Neue Finanzierungs- und Betreuungsformen	155
6.3	Persönliches Budget und andere Budgetformen	156
6.4	Wirkungsorientierung.....	156
6.5	Integrierte Versorgung.....	157
6.6	Handlungsempfehlungen	157

Abkürzungen	158
Quellennachweise	159
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	162
Organigramm	164
Anhang	165
Handlungsempfehlungen	165

1 Grundlagen

1.1 Vorbemerkung

Der Stellenwert psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft hat an Bedeutung gewonnen. Dies zeigt sich nicht nur an der gestiegenen Zahl der Behandlungen und der Entwicklung einer differenzierten Angebotslandschaft, sondern auch an der Befassung mit dem Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, im privaten Umfeld und umfassend bei der themenbezogenen Herstellung von Öffentlichkeit. Es scheint zumindest partiell gelungen, in den Bereichen der Entstigmatisierung und Antidiskriminierung einige Schritte nach vorne gemacht zu haben, wenn beispielsweise Firmen und Verwaltungen für Führungskräfte und Mitarbeiter Fortbildungen zur psychischen Gesundheit anbieten. 43 Jahre nach dem Bericht einer Sachverständigenkommission zur Situation in der psychiatrischen Versorgung (Psychiatrie-Enquete), eingesetzt durch die Bundesregierung, und 30 Jahre nach dem Bericht der Expertenkommission zur Reform in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, ist ein gestiegenes Bewusstsein und mehr Erkenntnis im Umgang mit psychischen Erkrankungen wahrnehmbar. Dies soll aber nicht als Appell verstanden werden, in den Aktivitäten nachzulassen. So geht es nach wie vor darum, eine gute Primärversorgung für psychische Gesundheit zu sichern, Erkrankungen umfassend zu behandeln und Chronizität zu verhindern. Dies erfordert eine Zusammenarbeit über Sektoren bzw. Zuständigkeiten hinweg und benötigt eine faire sowie angemessene finanzielle Ausstattung. Psychische Gesundheit und Krankheit sind zwei Seiten einer Medaille, die nahe beieinanderliegen. Sie sind ebenfalls lebenslang ein Thema, das Familien mit Kindern und Jugendlichen, alle Lebensalter bis hin zu Menschen im hochbetagten Alter betrifft. Der vorliegende Psychiatrieplan weitet daher das Blickfeld auf alle Lebensalter und die damit verbundenen Erfordernisse und Zusammenhänge.

Der Gesundheitsreport verschiedener Krankenkassen verdeutlicht die Situation in Bezug auf psychische Störungen bzw. Erkrankungen. So fühlen sich - laut einer aktuellen Studie der AOK - rund ein Viertel aller Eltern psychisch stark belastet, Mütter deutlich mehr als Väter.¹ Familie, Beruf und Alltag sind nicht leicht unter einen Hut zu bringen. Laut dem DAK-Gesundheitsreport von 2018 lagen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von rund 16,7 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand nach Muskel-Skelett-Erkrankungen wieder an zweiter Stelle.² Als ausschlaggebende Diagnosen wurden die depressiven Episoden und die rezidivierende depressive Störung, gefolgt von Belastungs- und Anpassungsstörungen, identifiziert.³ Zu den Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankung stellt die Techniker Krankenkasse fest, dass es zwischen 2006 und 2014 zu einer erheblichen Zunahme von Fehlzeiten mit entsprechenden Diagnosen um mehr als vier Fünftel gekommen ist, wobei diese Fehlzeiten erst in den Jahren 2014 bis 2017 weitgehend stabil auf einem hohen Niveau stagnieren.⁴

Laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind psychische Erkrankungen seit einigen Jahren die Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten.

1 <https://www.aok.de/pk/plus/inhalt/aok-familienstudie-2018-3/>

2 DAK Forschung, Martin Kordt, DAK-Gesundheitsreport Hamburg 2018

3 ebd. S. 22

4 Gesundheitsreport 2018 der Techniker Krankenkasse S.68

Untersuchungsergebnisse zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen sind im sogenannten Gesundheitssurvey 1998 mit den Ergänzungen „psychische Störungen“ zusammengefasst. Neuere Untersuchungen – veröffentlicht in den Jahren 2014 und 2016 – haben ergeben, dass die 12-Monate-Prävalenz (Anteil der erkrankten Personen im Verhältnis zu untersuchten Gesamtpersonen innerhalb von 12 Monaten) psychischer Störungen bei 27,8 % liegt, wobei große Unterschiede in verschiedenen Gruppen (Geschlecht, Alter, sozialer Status) zu verzeichnen sind.⁵ Ein unmittelbarer Vergleich mit dem Gesundheitssurvey ist allerdings schwierig, da die Altersverteilung nach oben ausgeweitet wurde und sich die Zusammensetzung der Diagnosen verändert hat. Angststörungen stellten mit 15,3% die größte Gruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%). Psychotische Störungen lagen bei 2,6%.⁶ Die Autoren verweisen auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, dass etwa jeder dritte Versicherte im Laufe von drei Jahren mindestens einmal Kontakt zum Gesundheitswesen hatte, bei dem eine psychische Störung kodiert und der Krankenkasse gemeldet wurde.⁷ Zu beachten sind außerdem Autismus-Spektrums-Störungen als Entwicklungsstörungen, die durch Einschränkungen in sozialen Kontakten und sozialen Situationen gekennzeichnet sind. Hier sind nicht immer passende Behandlungs- und Teilhabemöglichkeiten gegeben. Auf die Besonderheiten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie wird im Psychiatrieplan in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

Die Bundesagentur für Arbeit weist in ihrer Statistik den Bestand an Rehabilitanden nach der für die Rehabilitation relevanten Behinderungsart auf. Der Anteil „psychisch beeinträchtigter“ Personen stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an, bei Erwachsenen noch stärker als bei Jugendlichen. Im Jahresdurchschnitt 2017 befanden sich im Landkreis Esslingen 237 Leistungsberechtigte in Eingliederungsmaßnahmen über die Agentur für Arbeit (rund 30% aller Rehabilitanden). Dies entsprach einer Zunahme im Vergleich zum Vorjahr um 8,2%.⁸

1.2 Kommunalisierung und Planungsaufgaben

Behandlung, Therapie und Betreuung psychisch erkrankter Menschen sind grundlegend eine kommunale Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge. Beginnend mit der 1979 eröffneten Psychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Nürtingen besteht seit fast 40 Jahren ein klinisch-psychiatrisches Versorgungsangebot, das kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Beratungsmöglichkeiten, Wohn- und Arbeitsangebote wurden in diesem Zeitfenster ebenfalls bedarfsbezogen auf- und ausgebaut.

Seit dem 01.01.2005 sind die gesetzlichen Aufgaben der Eingliederungshilfe den Stadt- und Landkreisen übertragen. Im Rahmen der Neuregelungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) hat der Landesgesetzgeber durch ein Ausführungsgesetz vom 21.03.2018 die Kreise als Träger der Eingliederungshilfe bestimmt.⁹ Weitere Anforderungen des Landes an die kommunale Psychiatrieplanung

5 F. Jacobi et al: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung in: Der Nervenarzt 2014-85:77-87 und 2016-87:88-90

6 ebd. S. 80/81

7 ebd. S. 84

8 Bundesagentur für Arbeit: Bestand an Rehabilitanden, Statistik Service Südwest August 2018

9 Gesetz zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in Baden-Württemberg Drucksache 16/3738

sind durch das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) beschrieben, in dem die Stadt- und Landkreise die Koordination der Hilfeangebote in ihrem Zuständigkeitsbereich sicherstellen sollen. Durch bundesgesetzliche Regelungen schließlich sind die Leistungsträger gemäß § 17 SGB I verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält und die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.¹⁰ Ein konkreter Planungsauftrag ist auch im § 80 des SGB VIII für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe definiert.

Die Psychiatrieplanung im Landkreis hat im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- Fortschreibung der Teilhabepläne in der Psychiatrie,
- Klärung von Bedarfen, Bedarfsfeststellungen und investive Förderung,
- Verhandlungen mit Leistungserbringern hinsichtlich planungsrelevanter Themen und Erarbeitung von Rahmenkonzeptionen,
- konzeptionelle Begleitung und Bewertung der Planungsumsetzung,
- Beteiligung der öffentlichen und freien Leistungsträger und Leistungserbringer, der Städte und Gemeinden sowie der Bürger an wesentlichen Entscheidungsprozessen sowie Förderung der Partizipation,
- Unterstützung der Leitungsebenen und der politischen Gremien bei der Planung und Strategieentwicklung,
- fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit,
- Geschäftsführung des Psychiatrie-Arbeitskreises,
- fachbezogener Austausch in der Region und in Baden-Württemberg,
- Durchführung und Auswertung von statistischen Erhebungen,
- Durchführung von Projekten und Fachveranstaltungen.

1.3 Basisdaten und demographische Bedingungen

Die demographische Entwicklung stellt den Landkreis Esslingen sowie seine Städte und Gemeinden vor zahlreiche Herausforderungen. Dabei sind alle gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als Handlungsfelder zu berücksichtigen.

Aus der Darstellung der demografischen Entwicklung ergeben sich grundlegende Informationen für die Sozialplanung. Die demografische Entwicklung in Deutschland ist in den letzten Jahren durch eine Zunahme der älteren und einen gleichzeitigen Rückgang der jüngeren Bevölkerung gekennzeichnet. Für diese Entwicklung gibt es unterschiedliche Ursachen: Die durchschnittliche Lebenserwartung ist pro Jahr um rund zwei Monate gestiegen. Jeder Geburtsjahrgang kann also damit rechnen, zwei Monate älter als der vorangegangene zu werden. Gleichzeitig ging die Zahl der Geburten bis zum Jahr 2011 zurück. Seither nimmt die Zahl der Geburten wieder zu. Da es

¹⁰ SGB-Texte mit SGG Boorberg-Verlag

mehr ältere Menschen als jüngere gibt, wird die Alterung der Gesellschaft weiter voranschreiten.¹¹ Zusätzlich zur Alterung ging die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2013 zurück. Das lag zum einen daran, dass mehr Menschen starben als geboren wurden, aber auch, dass weniger Menschen nach Deutschland zu- als wegzogen. In den letzten Jahren wandern mehr Menschen aus dem Ausland zu als Menschen ins Ausland wegziehen. Auf Dauer reicht die Zuwanderung nicht aus, um das größer werdende Geburtendefizit auszugleichen. Die Bevölkerung in Deutschland wird deshalb langfristig abnehmen.

Nach der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2015 wird die Bevölkerung in Deutschland in den kommenden fünf Jahren weiter zunehmen, danach zunächst stagnieren und dann zurückgehen. Während die Alterung alle Städte und Gemeinden gleichermaßen trifft, verläuft der Rückgang der Bevölkerung regional sehr unterschiedlich.

Im Folgenden werden die aktuellen Bevölkerungsdaten und die aus heutiger Sicht wahrscheinliche demografische Entwicklung bis zum Jahr 2030 im Landkreis Esslingen und in seinen Städten und Gemeinden dargestellt. Bei den Vorausrechnungen in die Zukunft handelt es sich um wahrscheinliche Entwicklungen. Die Berechnungen werden mit jedem zusätzlichen Jahr, das vom Basisjahr entfernt ist, unsicherer.

Die demografische Entwicklung lässt sich durch die Entwicklung der Bevölkerungszahl, die Zu- und Abnahme der Bevölkerung und durch die Altersstruktur beschreiben.

Die Bevölkerung im Landkreis Esslingen nimmt deshalb zu, weil viele Menschen zuwandern. Im Gegensatz zu vielen anderen Landkreisen, hatte der Landkreis Esslingen zusätzlich auch in den meisten Jahren seit 2001 einen Geburtenüberschuss, das heißt, dass die Zahl der geborenen Kinder die der gestorbenen Menschen überstieg. In den wenigen Jahren mit Geburtendefiziten war dieses jeweils sehr gering. Für die Zukunft kann davon ausgegangen werden, dass mehr Menschen versterben als Kinder geboren werden. Ob die Bevölkerungszahl weiter zunimmt, wird dann von der Wanderung abhängen.

Einen Blick in die Zukunft ermöglicht die aktuelle Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes.¹² Der Landkreis Esslingen kann damit rechnen, dass die Bevölkerung bis zum Jahr 2030 zunimmt. Bis zum Jahr 2025 steigt die Bevölkerung noch relativ deutlich an, danach verläuft die Bevölkerungszunahme bis zum Jahr 2030 moderater. Die Bevölkerungsvorausrechnung ergibt für den Landkreis Esslingen einen Bevölkerungszuwachs zwischen 2016 und 2030 um rund 12.900 Menschen.

Im Unterschied zum Landkreis Esslingen wird für das Land Baden-Württemberg und die meisten Landkreise vorausberechnet, dass die Bevölkerung ab 2025 zurückgehen wird.¹³

¹¹ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>

¹² Basis für die Vorausrechnung ist die Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014

¹³ Brachat-Schwarz, Werner, 2017: Stoppt die hohe Zuwanderung den demografischen Wandel? in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2/2017, S. 7.

Die Entwicklung der Bevölkerung in den Gemeinden des Landkreises

Die 532.447 Einwohner des Landkreises (Stand 31.12.2017 - Fortschreibung basierend auf der Volkszählung vom 09.05.2011) verteilen sich auf 44 Gemeinden und die Großen Kreisstädte Esslingen, Filderstadt, Kirchheim u.T., Leinfelden-Echterdingen, Nürtingen und Ostfildern. Die kleinste Gemeinde ist Altdorf mit 1.685 Einwohnern, die größte Stadt Esslingen mit 93.004 Einwohnern.

Bis zum Jahr 2030 wird die Einwohnerzahl in 21 Gemeinden des Landkreises Esslingen voraussichtlich abnehmen. In den meisten Städten und Gemeinden gibt es nur einen geringen Bevölkerungsrückgang. Lediglich in acht Gemeinden des Landkreises Esslingen wird er deutlicher ausfallen. In Owen, wird die Einwohnerzahl um mehr als zehn Prozent zurückgehen. Die Gemeinden Bissingen a.d.T., Hochdorf, Lenningen, Neckartailfingen, Notzingen, Kohlberg und Wendlingen a.N. werden eine Abnahme ihrer Einwohnerzahl bis zum Jahr 2030 zwischen fünf und zehn Prozent verzeichnen. In den anderen 23 Städten und Gemeinden wird die Bevölkerung hingegen zunehmen.

Anteil der Bevölkerung in unterschiedlichen Altersgruppen von 1995 bis 2030 im Landkreis Esslingen:

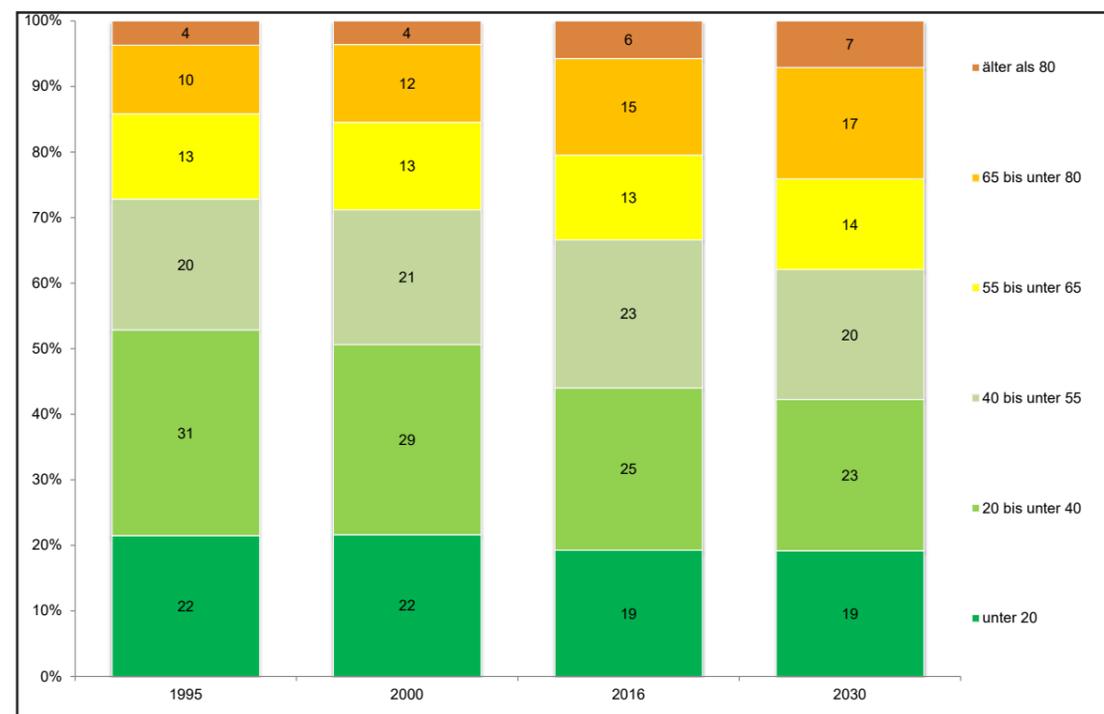


Abb. 1: Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsfortschreibung jeweils zum 31.12. sowie Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS.

Die durchschnittliche Lebenserwartung von neugeborenen Jungen beträgt im Landkreis Esslingen gegenwärtig 80,2 Jahre, bei neugeborenen Mädchen 84,1 Jahre.¹⁴ Neben der verringerten Säuglingssterblichkeit hat auch die Sterblichkeit im höheren Alter aufgrund der besseren gesundheitli-

¹⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2016 (PM 59/2016)

chen Vorsorge und Versorgung deutlich abgenommen.

75-jährige Männer können durchschnittlich mit einer weiteren Lebensdauer von knapp 11 Jahren, Frauen im gleichen Alter mit knapp 13 Jahren rechnen.¹⁵

Die Altersarmut ist ein hervorzuhebendes Thema mit Blick auf die demographische Entwicklung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten. Einer großen Zahl von älteren Menschen ging es finanziell noch nie so gut wie heute. Dies wird für künftige Altersgenerationen nicht mehr gelten. Bruchige Erwerbsbiografien und ein sinkendes Versorgungsniveau in der gesetzlichen Rentenversicherung werden sich in der Altersarmut widerspiegeln.¹⁶ Um der Altersarmut zu begegnen, wird ein Anstieg der Erwerbsbeteiligung der älteren Bevölkerung unabwendbar sein.

Während landesweit im Jahr 2016 auf 100 Personen im erwerbfähigen Alter 33 nichterwerbstätige Personen im Alter von 65 und mehr Jahren entfielen, dürfte der sogenannte Altersquotient im Jahre 2030 sogar auf 43 ansteigen.¹⁷ Diese Berechnung zeigt, welche Anforderungen auf die Rentenversicherung zukommen werden. Es ist zu vermuten, dass vor allem die Erwerbsbeteiligung der Frauen weiter ansteigen und sich die Zahl älterer Menschen, die erwerbstätig sein werden, erhöhen wird.¹⁸

Der Wohnungsbestand im Landkreis stieg von 2003 bis 2015 um rund 7,7% auf 251.157 Wohnungen, die Zahl der Wohngebäude um 7,3 % auf 111.271. Die Belegungsdichte je Wohnung liegt seit 2006 konstant bei 2,1 Einwohnern.¹⁹ Trotz der Zunahme an Wohnungen und Wohngebäuden fehlt es im Landkreis insbesondere an bezahlbarem Wohnraum.

Die demografische Entwicklung hat Auswirkungen auf alle psychiatrischen Versorgungssysteme und im Besonderen auf die Gerontopsychiatrie.

Haushalt und Finanzen

Das Haushaltsvolumen 2018 liegt bei über 580 Mio. EUR. Der Planansatz (Nettoaufwand aller sozialen Leistungen) 2018 beträgt im Haushalt 171.546 Mio. EUR. Den größten Ausgabeposten im sozialen Leistungsbereich bildet die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen mit einem Planansatz von 67,585 Mio. EUR. Die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe liegt bei 38,657 Mio. EUR, die Hilfe zur Pflege bei 16,090 Mio. EUR.²⁰

Die Nettoausgaben in der Eingliederungshilfe (ohne Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt) lagen im Landkreis Esslingen in 2016 bei 116 EUR pro Einwohner, damit deutlich unter dem Landkreisdurchschnitt von 143 EUR.²¹ Der Planansatz für 2017 lag bei 122 EUR, für 2018 bei 129 EUR. Vergleichszahlen für 2017 stehen erst ab 2019 zur Verfügung.

¹⁵ ebd.

¹⁶ Eggen, Bernd Dr., Einkommenssicherung im Alter, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/2010

¹⁷ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2016 (PM 68/2016)

¹⁸ ebd.

¹⁹ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2017

²⁰ Haushaltsplan 2018 des Landkreises Esslingen S.70ff

²¹ KVJS Berichterstattung 2016: Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII

Die medius KLINIKEN werden eigenständig geführt, konnten entschuldet und wirtschaftlich stabilisiert werden. Die Finanzierung größerer Investitionsvorhaben erfolgte in den Jahren 2012 bis 2015 nach Kreistagsbeschlüssen über Investitionskostenzuschüsse durch den Landkreis.

1.4 Psychiatrische Hilfen im Landkreis Esslingen

Psychiatrische Krankenhäuser und Tageskliniken:

Bei den medius KLINIKEN sind 220 stationäre psychiatrische Betten am Standort des Klinikums in Kirchheim unter Teck vorhanden, welche vor allem für die Pflichtversorgung auf Kreisebene zuständig sind. Der Auftrag umfasst alle stationären Behandlungen der allgemeinen Psychiatrie einschließlich Sucht und Gerontopsychiatrie. Im Einzelfall wird auch ein tagesklinischer Status umgesetzt. Das Klinikum Esslingen, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verfügt über 26 stationäre und 11 tagesklinische Betten und deckt die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. Tagesklinische Plätze für Erwachsene bestehen in Nürtingen mit 25 Plätzen und in Esslingen mit 30 Plätzen in Trägerschaft der Samariterstiftung. In Bernhausen werden durch die medius KLINIKEN 20 Tagesklinikplätze für allgemeine Psychiatrie und 6 Plätze Gerontopsychiatrie vorgehalten, weitere 18 gerontopsychiatrische Tagesklinikplätze durch die medius KLINIKEN bestehen am Standort Kirchheim unter Teck.

Ambulante Strukturen und Angebote:

Standorte für Psychiatrische Institutsambulanzen der medius KLINIKEN gibt es in Esslingen, Bernhausen, Nürtingen, Plochingen und Kirchheim, der Samariterstiftung an den Standorten der Tageskliniken in Nürtingen und Esslingen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Esslingen und Kirchheim (Außensprechstunde).

5 Sozialpsychiatrische Dienste,

5 Tagesstätten,

2 psychiatrische Pflegedienste in Esslingen und Nürtingen,

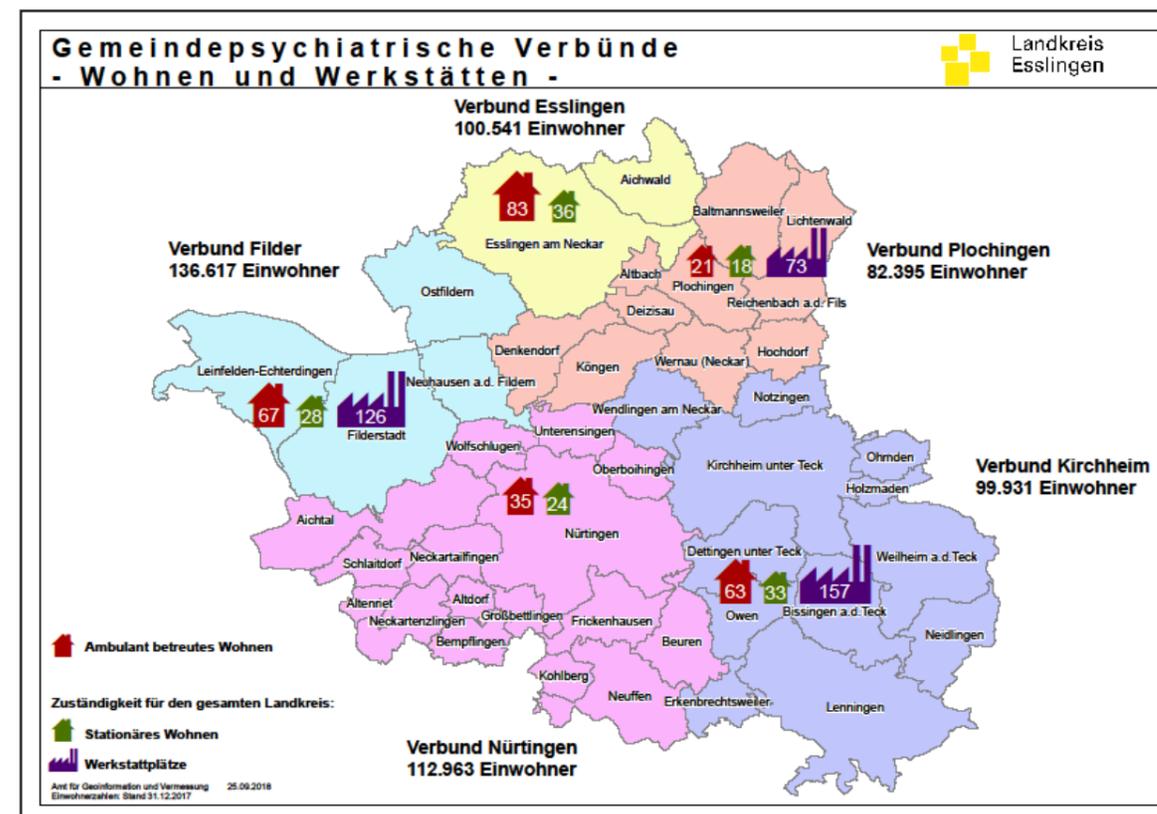
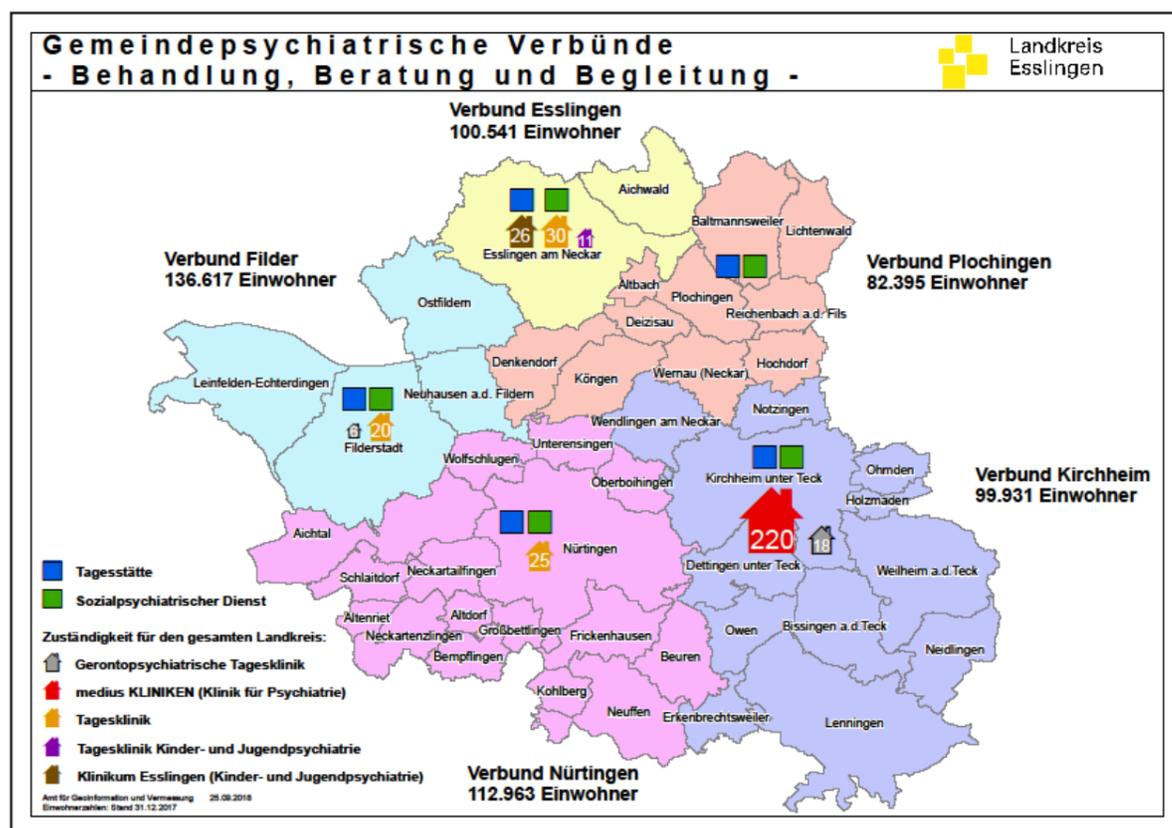
Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung an den Standorten Ostfildern-Nellingen, Dettingen u.T., Wendlingen a.N. und Wernau (Neckar).

Stationäre Wohneinrichtungen in Denkendorf, Esslingen (mit zusätzlichen Plätzen ab 2019), Notzingen, Nürtingen und Wernau (Neckar).

Ambulante Wohnangebote flächendeckend im Landkreis in verschiedenen Städten und Gemeinden.

19 niedergelassene Nervenärzte / Psychiater, 6 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, 69 Psychologische Psychotherapeuten und 25 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst für alte Menschen (SOFA) in Trägerschaft des Landkreises und die Einrichtung des Fachpflegeheimes Wohn- und Pflegezentrum (WPZ) St. Vinzenz der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung in Filderstadt sind für den gesamten Landkreis zuständig.



1.5 Gesetzliche Grundlagen

Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG)

Mit dem am 01. Januar 2015 in Kraft getretenen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz regelt das Land Baden-Württemberg Hilfen für Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind, die Unterbringung dieser Personen sowie den Vollzug der als Maßregel der Besserung und Sicherung angeordneten Unterbringung nach § 61 Nummer 1 und 2 des Strafgesetzbuches. Die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Gemeindepsychiatrischen Verbände, die Koordination der Hilfen (Psychiatriekoordination) und die neu auszurichtenden Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen werden in einen gesetzlichen Rahmen gestellt.

Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG)

Das Gesetz ist am 31. Mai 2014 in Kraft getreten und löst das bisherige Landesheimgesetz ab. Ein Leitgedanke des WTPG ist die Eröffnung neuer Wohn- und Versorgungsformen in Baden-Württemberg.²² Bei ambulanten Wohngemeinschaften für Behinderte und Menschen mit psychischer Erkrankung wird eine Obergrenze von acht Personen definiert. Das Gesetz beschreibt das selbstverantwortete gemeinschaftliche Wohnen, die ambulant betreuten Wohngemeinschaften, Erprobungsregelungen sowie die stationäre Einrichtung und legt abgestufte Kontrollen der Heimaufsicht abhängig vom Grad der Fremdbestimmung fest.

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das BTHG am 23. Dezember 2016 beschlossen. Der Gesetzgeber hat die Absicht, ein modernes Teilhaberecht auf Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen, die Rechtsstellung der Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft zu stärken und die Leistungen personenzentriert zu gewähren. Seit 01. Januar 2017 greifen erste Leistungsverbesserungen (Einkommens- und Vermögenseinsatz) in der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII. Im Jahr 2018 folgten unter anderem vertragsrechtliche Regelungen, die Einführung eines Budgets für Arbeit und Teilhabe- und Gesamtplanverfahren. Ab 2020 wird die Eingliederungshilfe in einen Teil 2 des Sozialgesetzbuches IX überführt und ab 2023 soll der leistungsberechtigte Personenkreis nach vorab erfolgter wissenschaftlicher Untersuchung und modellhafter Erprobung neu bestimmt werden. Das Gesetz beschreibt zahlreiche Prüfungsaufträge und enthält finanzielle Risiken für die Träger der Eingliederungshilfe.

Pflegestärkungsgesetze (PSG II und III)

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz (PSG II und III) umgesetzt. Pflegebedürftigkeit wird mit einem neuen Begutachtungsinstrument ermittelt. Seit 01.01.2017 gibt es anstatt drei Pflegestufen fünf Pflegegrade. Bei der Begutachtung werden sechs Module (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweise und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von krankheitsbedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) berücksichtigt. Die Schnittstellen Pflege und Eingliederungshilfe sind nicht streitfrei geklärt.²³

²² Landkreistag Baden-Württemberg Rundschreiben Nr. 602/2014

²³ Landkreistag Baden-Württemberg Rundschreiben Nr. 671/2016

Versorgungsstärkungsgesetz

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz vom 23.07.2015 wurden mehrere Änderungen vor allem im SGB V eingeführt. Unter anderem wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V beauftragt, einen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen. Nachdem zunächst keine Einigung erzielt werden konnte, hat das Bundesschiedsamt am 13.10.2016 den Rahmenvertrag definiert, der dann mit geringfügigen Änderungen zum 01.10.2017 in Kraft trat.²⁴ Er hat bundesweit Gültigkeit für die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung. Die Rechte der Patienten werden gestärkt, die Überleitung in die Anschlussversorgung verbessert, notwendige Verordnungen erschlossen und der Informationsaustausch bzw. die Beratung gesichert.

Kinderschutz und Kindeswohl

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung haben unmittelbar nachteilige Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes, insbesondere auf das seelische Wohlbefinden und die psychosoziale Stabilität.

Deshalb kommt dem Kinderschutz eine zentrale Bedeutung im Zusammenhang der kinder- und jugendpsychiatrischen und der allgemeinen psychiatrischen Versorgung zu. Das oberste Ziel, der Schutz des Kindes, hat höchste Priorität.

Die Jugendämter werden im § 8a Abs. 1 SGB VIII verpflichtet, gewichtigen Anhaltspunkten über eine drohende Kindeswohlgefährdung nachzugehen und, wenn notwendig, weitere Informationen einzuholen. Bei Hinweisen auf eine Gefährdung hat das Jugendamt im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Die regelhafte Einbeziehung der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie der Personensorgeberechtigten wird verlangt, soweit der Schutzauftrag dadurch nicht in Frage gestellt ist. Der § 8a Abs. 2 SGB VIII stellt dabei klar, dass der in § 1 Abs. 3, Nr. 3 SGB VIII verankerte Schutzauftrag auch Bestandteil des Hilfeauftrags von freien Trägern ist, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen.²⁵

Eine psychiatrische Symptomatik von jungen Minderjährigen oder von erkrankten Elternteilen erfordert professionelle Aufmerksamkeit auf mögliche Risiken für das Kindeswohl:

Kinder psychisch erkrankter Elternteile erscheinen häufig auffallend unauffällig und angepasst. Dies ist oft nicht Ausdruck innerer Stabilität, sondern Folge der Dynamik einer Tabuisierung aus Scham und einer Parentifizierung. Die Kinder übernehmen notgedrungen elterliche Funktionen wie Verantwortung, die sie langfristig überfordern und ihre Entwicklung hemmen. Die psychiatrische Symptomatik von Kindern und Jugendlichen kann Ausdruck der schwer belasteten familiären Situation sein. Diese Lebenslage kann mit Risiken für das Kindeswohl verbunden sein, welche sich durch klinisch-psychiatrische Interventionen allein nicht auflösen lassen.

Nach dem Gesetz zur Kooperation und Information zum Kinderschutz (§4 KKG) haben auch medizinische Berufsgruppen stationärer, tagesklinischer oder ambulanter Institutionen als Geheimnisträ-

²⁴ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/entlassmanagement

²⁵ Interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Kinderschutz, Standards und Verfahrensweisen beim Umgang mit Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung des Landkreises Esslingen mit Stand 2010

ger die Befugnis, zur Erörterung der Situation eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“ in Anspruch zu nehmen. Im Landkreis Esslingen nehmen „Insoweit erfahrene Fachkräfte“ aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe die Aufgaben nach § 8a SGB VIII wahr und leisten die Beratung. Diese bezieht sich außerdem auf einen Beratungsbedarf, der im Kontext der Jugendhilfe oder der Bildung und Betreuung deutlich wird. Der stationäre Aufenthalt eines jungen Menschen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kann genutzt werden, um Klärungsprozesse der Gefährdungslage für das Kindeswohl systemübergreifend professionell zu gestalten. Insbesondere Kinder und Jugendliche, die im familiären Umfeld sexualisierte Übergriffe erleben, beginnen manchmal, sich im geschützten stationären Aufenthalt zu öffnen. Alle Fachkräfte der klinischen Versorgung haben dann Anspruch darauf, durch eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“, z.B. von Wildwasser Esslingen oder Kompass Kirchheim, Beratung und Unterstützung in der Klärung einer Vermutung und der Planung von Interventionen zu erhalten.

Sozialgesetzbücher²⁶

- SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende
Leistungen zur Eingliederung in Arbeit
Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes
- SGB III: Arbeitsförderung und Leistungen
Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (§ 112ff)
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
Krankenbehandlung (§ 27)
Häusliche Krankenpflege (§ 37)
Soziotherapie (§ 37a)
Krankenhausbehandlung (§ 39)
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40f)
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 15 und 16)
Renten wegen Erwerbsminderung (§ 43)
- SGB VIII: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a)
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a)
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 ff)
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 ff)

²⁶ Sozialgesetzbuch Boorberg-Verlag

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 ff)
Teil 2 Eingliederungshilferecht (§ 90ff) ab 01.01.2020
Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (§ 101 ff)
Integrationsfachdienste (§ 109 ff)
Werkstätten für behinderte Menschen (§ 136 ff)

- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung
Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 36 ff)
Vollstationäre Pflege (§ 43 f)
Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe (§ 45)
- SGB XII: Sozialhilfe
Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27ff)
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§ 41ff)
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§ 53 ff)
Hilfe zur Pflege (§ 61 ff)
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 67 ff)

Weitere Grundlagen

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
BtG: Betreuungsgesetz
FGG: Freiwillige Gerichtsbarkeit
BGG: Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
BTHG: Bundesteilhabegesetz
Psych-KHG: Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

Internationale Klassifikation von Erkrankungen (ICD)

Die ICD dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Die derzeit gültige Revision ist die ICD-10. An der Pflege und Weiterentwicklung dieser und anderer Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beteiligt sich als WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen auch das DIMDI. Parallel zur Weiterentwicklung der ICD-10 der WHO wird an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet. Die ICD-11 soll 2018 von der WHO verabschiedet werden.²⁷

²⁷ <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>

1.6 Prävention

Der Bundestag hat mit Wirkung zum 17. Juli 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention beschlossen (Präventionsgesetz – PräVG).²⁸ Damit ist der bundesrechtliche Rahmen geschaffen worden, um Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern. Ziel des Gesetzes ist die Stärkung der Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen für Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen und Altersgruppen, unterstützt mit Fördermitteln durch die Kranken- und Pflegekassen.

Prävention hat gerade in Bezug auf psychische Gesundheit und Stabilität eine wichtige Funktion inne. Vom Bundesgesetzgeber sind depressive Erkrankungen ausdrücklich erwähnt, die es zu verhindern, frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu behandeln gilt.²⁹ Hier nehmen auch die Bündnisse gegen Depression eine zentrale Bedeutung ein. Die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Prävention und Früherkennung bzw. der Intervention ist ausdrücklich zu stärken.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement, Kindertageseinrichtungen, Schulen und stationäre Einrichtungen der Pflege bzw. Eingliederungshilfe sind weitere Bereiche, die für Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen sind. Auch die Fördermöglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der Selbsthilfe sind zu nennen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG) hat der Landesgesetzgeber die Stadt- und Landkreise beauftragt, im jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes kommunale Gesundheitskonferenzen einzurichten.³⁰ Dabei hat die kommunale Gesundheitskonferenz die Aufgabe, Ziele für die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung sowie Pflege zu entwickeln. Psychische Gesundheit sollte ein Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis einnehmen. Damit kommt der Konferenz eine Bündelungsfunktion zu, welche die Umsetzung von Projekten und die Nutzung von Präventionsmitteln einbeziehen sollte. Öffentlichkeitsarbeit und Informationen über psychische Erkrankungen sind auch Aufgaben der Gemeindepsychiatrischen Verbände und der einzelnen behandelnden Einrichtungen, der Beratungs- und Betreuungsdienste. Eine konzertierte Aktion zwischen der psychiatrischen Versorgung und der kommunalen Gesundheitskonferenz führt zu einem Mehrwert.

1.7 Krisen- und Notfallversorgung

Der psychiatrische Notfall stellt eine ernsthafte und bedrohliche medizinische Komplikation von psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlungsnotwendigkeit dar. Unter Krise wird die symptomatische Zuspitzung einer gestörten psychischen Verfassung verstanden, die im Unterschied zum Notfall in der Regel im Gespräch mit gezielter Intervention beeinflusst werden kann.³¹

²⁸ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil 1 Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24.07.2015

²⁹ ebd.

³⁰ www.landesrecht-bw.de

³¹ vgl. Landespsychiatrieplan 2018 Baden-Württemberg, S. 62

Eine trennscharfe Unterscheidung von Krisenbehandlung und Notfallbehandlung sowie Krisenintervention ist nicht leistbar. Bei Notfällen, zum Beispiel einer akut psychotischen Erkrankung, ist eine medizinische Behandlung ratsam, bei psychosozialen Krisen sind die psychiatrischen Fachkräfte aller Versorgungsbereiche gefordert. Im sozialpsychiatrischen Bereich ist ein Bedarf vor allem an Wochenenden und Feiertagen gegeben.

Die medius KLINIK für Psychiatrie und Psychotherapie ist als Regelversorger für psychiatrische Notfallaufnahmen zuständig. Die Zentrale Notaufnahme des Krankenhauses ist rund um die Uhr und an 7 Tagen in der Woche für die Aufnahme aller potentieller Patientinnen und Patienten zuständig und zieht die diensthabenden psychiatrischen Ärzte zur Abklärung der Behandlungsindikation hinzu. Psychiatrische Notfallaufnahmen über die niedergelassenen Ärzte werden werktags telefonisch dem Case-Management der medius KLINIKEN und außerhalb regulärer Erreichbarkeitszeiten dem Arzt vom Dienst gemeldet. Bei ambulanten Krisen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sind ärztliche Notdienste, der Rettungsdienst, Polizei, Krankentransport je nach Konstellation zu berücksichtigen. Psychosoziale Krisen werden bei bekannten Personen in den sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern durch die jeweilige Zuständigkeit geregelt oder es wird auf bestehende Notaufnahmen verwiesen.

Unterbringungen richten sich nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz oder im Zuge des Betreuungsrechts nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung erfolgt getrennt von der bei Erwachsenen. Erste Anlaufstelle im ärztlich niedergelassenen Bereich sind vor allem die Kinderärztinnen und Kinderärzte, die Hausärztinnen und Hausärzte, daneben auch die wenigen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Vielfach wenden sich Familien bei psychosozialen Notlagen von Kindern und Jugendlichen aber auch an die Jugendämter oder an Beratungsstellen, die dann zum Beispiel an die Psychiatrische Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterverweisen.³²

Im Bereich der Gerontopsychiatrie steht die hausärztliche Versorgung mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst im Vordergrund. Außerhalb der Sprechstundenzeiten informiert die Leitstelle über die Adresse und Öffnungszeiten der nächstgelegenen Notfallpraxis. Im Übrigen können die bereits beschriebenen klinischen Notaufnahmen in Frage kommen.

1.8 Rückblick und Bewertung

Im Psychiatrieplan 2010 - 2014 – dem Teilhabeplan 1 allgemeine Psychiatrie – waren zahlreiche Maßnahmenvorschläge eingearbeitet. Im Folgenden sind diese zusammenfassend nach Bereichen und ausschließlich für den Teil allgemeine Psychiatrie bewertet. Für die Umsetzbarkeit sind unterschiedliche Faktoren maßgebend, bspw. finanzielle Rahmenbedingungen, verschiedene Zuständigkeiten, Personalentwicklungen oder fachliche Gründe. Im Anhang findet sich eine tabellarische Übersicht zu den einzelnen Maßnahmenvorschlägen und eine detaillierte Bewertung in Stichworten.

³² ebd.

Ambulante Hilfen

Die Rahmenbedingungen im Bereich der Soziotherapie und Pflege haben sich partiell durch Verbesserungen der Zulassungsbedingungen bzw. neue gesetzliche Vorgaben (Pflegerstärkungsgesetze) verbessert. Im Bereich der niedergelassenen Psychiater und der Institutsambulanzen besteht ein hoher Druck, der zu längeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten führt. Getrennte Finanzierungsstränge und personelle Engpässe, insbesondere bei den psychiatrischen Institutsambulanzen, tragen dazu bei. Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten konnte die Finanzierung durch eine Wiederanpassung der Landeszuschüsse ab 2013 und eine Erhöhung des Zuschusses des Landkreises ab 2017 verbessert werden. Eine Ausweitung ambulanter psychiatrischer Pflege ist durch die Rahmenbedingungen und hohe Anforderungen schwierig umzusetzen.

Teilstationäre klinische Hilfen

Die Zielsetzung des bedarfsgerechten Ausbaus von vier tagesklinischen Standorten im Landkreis hat Bestand. Sie ist durch eine hohe Auslastung der stationären und teilstationären Behandlungen gerechtfertigt. Ein weiterer tagesklinischer Standort in Kombination mit allgemein psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Betten bleibt angezeigt. Ein Ausbau ist abhängig vom Sozialministerium und dem Landeskrankenhausausschuss. Für spezielle tagesklinische Suchtangebote hat sich kein nachhaltiger Bedarf ergeben. Auf eine fachlich interessante Kombination tagesklinischer Angebote in der Behandlung von Adoleszenten wird in der vorliegenden Planungsfortschreibung eingegangen.

Stationäre klinische Hilfen

Mit dem Umzug der psychiatrischen Betten von Plochingen und Nürtingen nach Kirchheim unter Teck konnten die Behandlungsangebote zusammengeführt und als Teil der medius KLINIKEN mit anderen nicht psychiatrischen Disziplinen kombiniert werden. Die stationäre Bettenzahl wurde seit 01. August 2018 auf 220 erhöht. Mittels eines Landeszuschusses von 14 Millionen Euro ist der Psychiatrieneubau maßgeblich gefördert worden. Die Prinzipien der Sektorisierung und Durchmischung haben dem Grunde nach Bestand, wenn sie auch teilweise oder zeitweise modifiziert wurden. Hinzu kam eine Station mit dem Schwerpunkt einer psychotherapeutischen Behandlung. Behandlungsmöglichkeiten zu Hause (Hometreatment, stationsäquivalente Behandlung) wurden aufgrund fehlender Rahmenbedingungen nicht konkretisiert. Das Thema wird nachfolgend aufgegriffen.

Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur

Im Bereich der Tagesstätten für psychisch kranke Menschen konnte durch einen Beschluss des Sozialausschusses die Finanzierung verbessert und ein gezieltes Arbeitsangebot entwickelt bzw. finanziert werden. Die intensive einzelfallbezogene Tagesbetreuung ist entfallen. Räumliche Veränderungen oder Anpassungen erfolgten in vier Tagesstätten. Bei den Werkstätten für Menschen mit einer seelischen Behinderung war der Trend zu mehr Außenarbeitsplätzen und zu einem differenzierten Angebot zu erkennen. Übergangsquoten auf den ersten Arbeitsmarkt sind nach wie vor niedrig. Ein Schattendasein führen die Leistungsträger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Zeitweise konnten Sprechstunden der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke

(RPK) im Landkreis durchgeführt werden, um die Zugänge zu verbessern. Sie konnten aber auch die längeren Wartezeiten nicht aufheben.

Wohnen

Im Zuständigkeitsbereich der Eingliederungshilfe wurden konzeptionelle, vertragliche und finanzielle Regelungen mit fünf Stufen im ambulant betreuten Wohnen (ABW) nach Beschluss durch den Sozialausschuss des Kreises umgesetzt. Im stationären Wohnen konnten zusätzliche 12 Plätze in Esslingen aufgebaut werden. Beschützte, geschlossene Plätze über Eingliederungshilfe sind in Planung und werden ab 2019 zur Verfügung stehen. Das Fallmanagement wurde ausgebaut, Hilfeplanung wurde intensiviert und über Fortbildungen qualifiziert. Die Fallsteuerung, insbesondere die kritische Betrachtung von Verlegungen in andere Kreise, wurde intensiviert.

Die Verwerfungen auf dem Wohnungsmarkt (Preisspirale, fehlender Wohnraum, Verdrängung) haben sich auch ungünstig auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung ausgewirkt.

Ergänzende Hilfe, Selbsthilfe und Vernetzung

Eine wesentliche Aufgabe bestand in der Umsetzung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle mit finanzieller Ausstattung des Landes auf Grundlage des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes, was im Landkreis aufgrund des Engagements und der langjährigen Vorerfahrungen der früheren Beschwerdestelle gut gelungen ist. Der Kreisbeirat der Angehörigen wird durch die Verwaltung unterstützt, hat allerdings Nachwuchsprobleme. Psychiatrie-Erfahrene sind auf Kreisebene bislang nicht organisiert, in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und in der Selbsthilfe aber teilweise sehr rege aktiv. Der Austausch und die Fachlichkeit ist in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden vorhanden, Verbindlichkeit und gemeinsame Standards werden gepflegt und sind künftig weiter zu entwickeln.

Besondere Zielgruppen

In den Bereichen Sucht und Wohnungslosenhilfe konnten partiell die Kontakte der Hilfesysteme und der fachliche Austausch verbessert sowie Übergänge einzelfallbezogen gesteuert werden. Mit dem Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Schnittstelle Psychiatrie und Jugendhilfe intensiviert. Es fand eine Qualifizierung der psychiatrischen Versorgung zum Kinderschutz statt. Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern (Seiltänzer) konnten über Spendenakquise unterstützt werden. Die Schnittstelle Pflege und Eingliederungshilfe ist ein Dauerbrenner. Im Zuge der Gemeindepsychiatrischen Verbunddokumentation sind Auswertungen stationärer Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Alter durchgeführt worden. Im psychiatrischen Fachpflegeheim in Plattenhardt wurde eine neue Konzeption für den Appartementbereich und eine Umwandlung in ambulante Plätze realisiert.

Einen wesentlichen Teil nahm in den letzten beiden Jahren das Thema psychische Störungen und Migration ein. Zu verweisen ist auf den Integrationsplan des Landkreises und die Ausführungen im neuen Psychiatrieplan im Kapitel 5.9.

Leitlinien und Steuerungselemente

Aufgrund komplexer rechtlicher und finanzieller Fragestellungen konnten Leistungsträger übergreifende Maßnahmen nicht umgesetzt werden. Im Eingliederungshilferecht wurden flexiblere Finanzierungs- und Betreuungsformen praktiziert.

2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

2.1 Psychische Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter

Bei rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (bei Jungen häufiger als bei Mädchen) finden sich Anhaltspunkte für psychische Probleme. Am häufigsten fallen Kinder und Jugendliche durch aggressives und dissoziales Verhalten auf, danach folgen Probleme mit Gleichaltrigen, Ängstlichkeit und Depressivität sowie Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe. Kinder von psychisch, chronisch oder schwer erkrankten Eltern haben ein besonders hohes Risiko für psychische Störungen. Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen verfügt über unzureichende personale, soziale und familiäre Ressourcen, wobei Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien besonders benachteiligt sind.³³ Diese Ergebnisse sind auch bei einer Nachuntersuchung im Jahr 2014 bestätigt worden. Eine Übertragung auf den Landkreis Esslingen ist plausibel, wobei psychische Auffälligkeit nicht zwangsläufig mit psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit gleichzusetzen ist.

Ca. 6 % aller Kinder unter 18 Jahren sind behandlungsbedürftig psychisch krank und erfüllen die Diagnosekriterien, wie der Sachbericht zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland ausweist.³⁴

Am 31.12.2017 lebten im Landkreis Esslingen auf Datenbasis des kommunalen Rechenzentrums Region Stuttgart insgesamt 60.207 Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis unter 18 Jahren. 15% sind demnach rund 9.000 Kinder und Jugendliche, 6% sind 3.600 potentiell behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche. Es besteht eine hohe Überschneidung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. So ist ein hoher Anteil (38 %) der Kinder, die in kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kommen, bereits in der Kinder- und Jugendhilfe bekannt, umgekehrt erhalten viele Kinder (33 %) neu nach einer oder parallel zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung Leistungen aus dem Bereich des SGB VIII.³⁵ Daher ist der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe, den Sozialen Diensten und den Psychologischen Beratungsstellen ein hoher Stellenwert beizumessen. Neben Fragen der Versorgung in den Sektoren (ambulant, teilstationär und stationär) sind Schnittstellenthemen, ausgehend von unterschiedlichen Zuständigkeiten durch die Sozialgesetzbücher und rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

³³ Robert Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008) Erkennen- Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin

³⁴ Sachbericht zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Aktion Psychisch Kranke e.V. (2017)

³⁵ ebd. S. 29

2.2 Adoleszenzpsychiatrie und Übergänge (Transition)

Reifungs- und Ablösungsprozesse sowie Autonomiebestrebungen sind grundlegende Entwicklungsschritte im Erwachsenwerden. Diese fallen in die Phase des Übergangs zwischen dem Jugend- und Erwachsenenalter, also etwa in die Altersspanne zwischen 16 und 24 Jahren. Die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter stellen eine besonders vulnerable (verletzliche) Phase für die Entwicklung dar. Für bereits besonders belastete Jugendliche mit einer psychischen Störung sollte daher eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden.³⁶ Krisen, Entwicklungseinbrüche, Kontaktabbrüche sind mögliche Begleiterscheinungen in der Übergangsphase, die sich – wenn stark problembehaftet – deutlich verlängern kann. Während sich die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung der gesamten Familie widmet, also die Sorgeberechtigten und Geschwister eng einbindet, bezieht sich die Erwachsenenpsychiatrie wesentlich auf die individualisierte Diagnostik, das Störungsbild und individuelle ausgerichtete Therapiemaßnahmen. An dieser Schnittstelle besteht die Gefahr, dass es in den Behandlungen zu Abbrüchen mit einem erhöhten Risiko der Chronizität kommt. Aus fachlicher Sicht sind koordinierte Übergangs- und Behandlungspfade zu entwickeln, die durch sektorenübergreifende Versorgungsmodelle geprägt sein sollten.³⁷ Weder die Leistungs- und Rehabilitationsträger noch das (psychiatrische) Gesundheitssystem können ein Interesse daran haben, wenn chronische Erkrankungen, Schul- und Ausbildungsabbrüche und gestörte Familienbeziehungen das Ergebnis sind. Daher sind Angebote der Transition vorzuhalten und weiter zu entwickeln.

Auch im Landkreis Esslingen ist die Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie weiter zu entwickeln. Mit einer früher in Nürtingen und jetzt am Standort Kirchheim u.T. angebotenen kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde des Klinikums Esslingen bei den medius KLINIKEN ist für die Patientinnen und Patienten und ihre Familien eine bessere Erreichbarkeit und dezentrale Nutzung gewährleistet. Zwischen den Kinder- und Jugendpsychiatern und den Erwachsenenpsychiatern finden klinikübergreifend Hospitationen und ein Erfahrungsaustausch statt. Diese tragen zur wechselseitigen Qualifizierung und zur fachlichen Weiterentwicklung bei. Zwischen den ärztlichen Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie Esslingen und den medius KLINIKEN – der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – wird eine Personalrotation praktiziert.

Sowohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Erwachsenenpsychiatrie arbeiten mit einer hohen Auslastung.

³⁶ Jörg M. Fegert et al.: Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter, Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie (Eckpunkt-papier vom 23.06.2016)

³⁷ vgl. ebd.

2.3 Behandlung, Therapie, Beratung und Betreuung

2.3.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen

Zum Stichtag 31.12.2016 waren 6 Kinder- und Jugendpsychiater, 3 Männer und 3 Frauen, 4 in Praxen und 2 angestellt, im Landkreis Esslingen zugelassen. 3 Psychiater sind über 60 Jahre, 3 unter 50 Jahre alt.

Die zwei kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in Esslingen und Kirchheim u.T. arbeiteten im Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie mit. Der Schwerpunkt der Praxistätigkeit liegt in der Patientenversorgung für die Einwohner des Landkreises, der Einzugsbereich erstreckt sich aber auch auf die jeweils angrenzenden Landkreise und die Stadt Stuttgart. Die Praxen arbeiten in der Vernetzung mit Kinderärzten, Hausärzten, dem Jugendamt und den Sozialen Diensten, den Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie den Erziehungsberatungsstellen. Im Einzelfall findet eine Fallkoordination im Sinne einer patientenorientierten Fallsupervision statt.

Diagnostisch wird das gesamte Spektrum der Erkrankungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgedeckt. Zu den am häufigsten auftretenden Diagnosen gehören die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Anpassungsstörungen, emotionale Störungen, depressive Episoden, Lese- und/oder Rechtschreibstörungen sowie Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Entsprechend umfassend bzw. differenziert sind die Angebote: unter anderem Diagnostik, Therapie, Begutachtung, Gruppenangebote, soziales Kompetenztraining, Beratung, heilpädagogische Maßnahmen. Beziehungskonflikte und Krisen in der Familie und Trennung oder Scheidung sind im Kontext der Behandlung zu berücksichtigen. Systemische Ansätze, Familientherapie und Angebote der Interaktionsgestaltung zwischen Eltern und Kind sind Teil der Behandlung und Therapie. Ein Teil der Kinder und Jugendlichen ist aufgrund manchmal vielfältiger Störungen nicht in der Lage, die Schule regelmäßig oder überhaupt besuchen zu können. Deshalb kommt dem Umgang mit Schulproblemen, der Beratung und Begleitung bis hin zu einer Schulreintegrationsgruppe mit einer schrittweisen Heranführung an den Schulbesuch eine wichtige Bedeutung zu. Erschöpfung, Ängste, Rückzug sind die häufigsten Symptome, auch längere schulische Unterbrechungen durch stationäre Vorbehandlungen erschweren die Rückkehr in die Schule.

2.3.2 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Anzahl der zugelassenen und im Landkreis tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist von 17 (in 2008) auf 25 (Stichtag 31.12. 2016), davon 22 selbstständig in Praxen und 3 angestellt, gestiegen. Erkenntnisse über Teilzeittätigkeiten liegen allerdings nicht vor.

Bei den niedergelassenen Psychotherapeuten besteht die Verpflichtung, eine Sprechstundenzeit zur Verfügung zu stellen. Diese soll zu einem leichteren Zugang zu den therapeutischen Leistungen beitragen. Im Anschluss daran ist eine 12-Stunden-Psychotherapie möglich, die allerdings nicht verpflichtend ist und keinen weiteren Therapieplatz garantiert.

Patienten warten im Durchschnitt vier Monate auf den Beginn einer ambulanten Psychotherapie. Das ist ein Ergebnis des Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Laut Gutachten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) beträgt die Wartezeit auf den Beginn einer Psychotherapie im Mittel sogar fünf Monate. Auch in der stationä-

ren Versorgung bestehen Wartezeiten: Psychisch kranke Menschen warten ein bis zwei Monate, wenn sie eine Behandlung in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus benötigen und nicht als Notfall eingewiesen werden.³⁸

Eine Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten, insbesondere für Kinder- und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen und ihre Familien, ist anzustreben.

2.3.3 Psychologische Beratung und weitere Beratungsangebote

Im Landkreis sind seit vielen Jahrzehnten sechs Psychologische Beratungsstellen (PBS) und zwei Fachberatungsstellen bei sexualisierter Gewalt dezentral verortet. Die Angebote stehen allen Kindern, Jugendlichen und Eltern bzw. Erwachsenen in belastenden und konflikt- bzw. krisenhaften Lebenssituationen offen. Je nach konzeptioneller Ausrichtung kann es spezifische Ausrichtungen der Zugänglichkeit nach Alter, Beratungsthema oder Lebensform geben.³⁹ Mit ihren interdisziplinären Teams führen Beratungsstellen unterschiedliche psychotherapeutische Kompetenzen und Methoden integrativ zusammen. Sie bieten eine frühe psychosoziale Unterstützung und ressourcenorientierte Gesundheitsförderung bei psychischen Belastungen und Erkrankungen von Eltern und jungen Menschen, um einer weiteren Manifestation und Chronifizierung von Leiden vorzubeugen. Außerdem werden sie im Vorfeld, begleitend oder in Nachsorge, zu einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung angefragt. Besondere Chancen liegen im kostenlosen und niederschweligen, nicht stigmatisierenden Zugang. Die dezentrale Verortung und die Möglichkeit, das Angebot orientiert an der Lebenslage flexibel auf Einzelne oder das Familiensystem auszurichten, erleichtern die Nutzung außerdem.

Alle Psychologischen Beratungsstellen überweisen zur klinisch-medizinischen Diagnostik und ggf. Medikation an Institutionen im psychiatrischen Gesundheitswesen. Dies gilt z.B. für Suizidalität, Depression und Essstörungen.

In der Lebensberatung tragen die Integrierten Psychologischen Beratungsstellen von Kreisdiakonieverband, Stiftung Tragwerk und Caritas oft über lange Zeiträume zur Stabilisierung von Menschen mit chronischer psychiatrischer Diagnose bei. Alle PBS pflegen regionale Netzwerke z.B. zum ambulanten und stationären Gesundheitswesen, dem Sozialen Dienst, den Sozialpsychiatrischen Diensten, zu Schulen, Rechtsanwälten, weiteren spezialisierten Beratungsdiensten usw.

38 <https://www.lpk-bw.de/news/2018/sachverstaendigenrat-vier-monate-wartezeit-auf-eine-ambulante-psychotherapie>

39 zwei PBS des Landkreises: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene bis 21 Jahre (im Ausnahmefall bis 27 Jahre) und ihre Familien; vier integrierte PBS (Caritas, Stiftung Tragwerk, KDV): im Rahmen der Kapazitäten für alle Ratsuchende offen.

Kompass: Beratung und Therapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis zur Vollendung des 27. LJ nach dem Erleben sexualisierter Gewalt. Außerdem Betroffene bzw. Beschuldigte über 27 Jahre, sofern sie zeitweise oder ständig in gem. Haushalt mit Kindern unter 18 Jahren leben. Aufgrund der Konzeption und Finanzierung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz kann für andere erwachsene Ratsuchende über 27 Jahre nur sehr begrenzt ein kontinuierliches Beratungs- und Therapieangebot zur Verfügung gestellt werden. Diesem Personenkreis werden 2 – 4 Orientierungsgespräche angeboten, um den genauen Bedarf zu ermitteln und sie bei der Suche nach niedergelassenen Psychotherapeuten, Ärzten oder Kliniken zu unterstützen. Fachberatung für alle Berufsgruppen und Institutionen.

Wildwasser: Kinder, Jugendliche und Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben bzw. erleben, sowie Bezugspersonen und Fachkräfte aus der pädagogischen und psychosozialen Arbeit, die mit dem Thema konfrontiert sind. Beratung zur Familiendynamik nach Aufdeckung sexualisierter Gewalt an Kindern, Aufarbeitung sexualisierter Gewalt und Prävention. Die therapeutische Arbeit bezieht sich überwiegend auf die Altersgruppe bis 22 Jahre. Darüber hinaus ist bisher nur sehr begrenzt im Rahmen vorhandener Eigenmittel eine Unterstützung möglich.

Die Begrenzung des Auftrags und der personellen Ressourcen zeigt sich an den limitierten zeitlichen Möglichkeiten: Einzelberatungen werden i.d.R. maximal wöchentlich und in begrenztem Umfang⁴⁰ durchgeführt.

Alle von sexualisierter Gewalt betroffenen jungen Menschen sind psychisch hoch belastet. Auch wenn die Folgen nicht nur psychiatrisch definiert werden dürfen, benötigt doch ein Großteil therapeutische Methoden zur Stabilisierung. Krisenintervention spielt immer eine wichtige Rolle. In 20 - 30% der Fälle im Jugendalter kooperiert Wildwasser eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Beispielsweise wird die Therapie in der Beratungsstelle durch 6 - 8-wöchige Termine in der PIA wegen der Medikation begleitet. Stationäre Krisenaufnahmen können dann kurzfristig erfolgen, bei Entlassungen aus der stationären KJP wird ein gemeinsames Gespräch vereinbart. Die betroffenen Klienten zeigen starke Symptome einer Posttraumatischen Belastung, als Komorbidität treten z.B. Essstörungen oder Suizidalität auf. Teilweise ist über die niedergelassenen Psychotherapeuten bereits eine beginnende Borderlinestörung bekannt. Manchmal benötigen junge Menschen eine langjährige therapeutische Begleitung durch Stabilisierung und Aufarbeitung. Diese kann über das 21. Lebensjahr hinausreichen. Sie bezieht sich dann auf die Transitionsphase bis zur Verselbständigung.

Eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist umfassend Bestandteil, diese wird kontinuierlich weiterentwickelt. Spezifische Leistungen der psychologischen Beratung und Begleitung für Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung bei traumatischen Erfahrungen sowie Beratung und Supervision von Ehrenamtlichen konnten über fachliche Weiterqualifizierungen, Projekte, wie das Stein und Rose-Projekt des Kreisdiakonieverbandes und über Zuschüsse des Landkreises umgesetzt werden.

Seit Januar 2018 wird von allen Beratungsstellen die „Konzeption Psychische Hilfen, Beratung, Therapie für psychisch belastete Menschen mit Fluchterfahrung, insbesondere Traumatisierung“ umgesetzt (siehe auch Kapitel 5.9). Diese bezieht sich auf die sechs Psychologischen Beratungsstellen und die beiden Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt in Zusammenarbeit mit refugio e.V..

Handlungsfelder der Psychologischen Beratungsstellen sind in diesem Kontext:

- Psychologische Orientierungsberatung und Abklärungsverfahren
- Psychologische Beratung und stabilisierende Therapie
- Fachberatung für Regeleinrichtungen (wie z.B. Schulen / Kindertagesbetreuung, Ehrenamt)
- Beratung als Insoweit Erfahrene Fachkraft nach § 8a SGB VIII

Eine trägerübergreifende Zusammenarbeit erfolgt sowohl auf der einzelfallbezogenen Ebene (Vermittlungen, Fallwerkstadt unter Federführung von refugio e.V.), als auch auf der strukturellen Ebene im Qualitätszirkel „Psychologische Beratung psychisch belasteter Menschen mit Fluchterfahrung“. Eine längerfristige ambulante psychotherapeutische Betreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich

⁴⁰ So führen die Psychologischen Beratungsstellen vom Landkreis bei Beratungsfällen, die einen Umfang von 20 Sitzungen überschreiten, ein internes Hilfeplanverfahren durch.

der niedergelassenen Praxen für Psychiatrie bzw. ärztliche und psychologische Psychotherapie. Bei Notwendigkeit einer stationären Versorgung von Geflüchteten mit psychischer Erkrankung erfolgt eine Behandlung in den psychiatrischen Kliniken.

Psychische Folgen einer schweren Belastung können sich erheblich auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken. Junge Menschen mit Intelligenzminderung / geistiger Behinderung, die von gewalttätigen Übergriffen betroffen sind, finden erst nach und nach Aufmerksamkeit und die ihnen zustehende Hilfe. Für psychisch kranke (junge) Menschen mit geistiger Behinderung gibt es im Landkreis derzeit noch kein Unterstützungsangebot.

2.3.4 Suizidalität und Krisenintervention

Psychische Erkrankungen werden in den letzten Jahren stärker wahrgenommen – auch bei Kindern und Jugendlichen. Eltern und Lehrkräfte werden immer häufiger und früher mit Themen wie Depressionen, Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten sowie Ängsten konfrontiert. Kinder und Jugendliche sind auch massiv betroffen, wenn psychische Erkrankungen in ihrem Umfeld bestehen, z.B. bei Familienangehörigen und Freunden.

Vor diesem Hintergrund führt der Arbeitskreis Leben (AKL) konkrete Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit im Lebensraum von jungen Menschen durch. Ziel ist es, Raum und Bewusstsein für eine frühzeitige Auseinandersetzung mit psychischer Gesundheit zu schaffen und zur Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen beizutragen. Der AKL bietet deshalb an Schulen und Ausbildungsbetrieben (ab Jahrgangsstufe 9) im Landkreis Esslingen das Projekt „Verrückt? Na und!“ an:

Bei den Schulworkshops wirken Ehrenamtliche mit, die als sogenannte Lebenslehrerinnen bzw. Lebenslehrer modellhaft über gelingenden Umgang mit psychischer Erkrankung berichten und für alle Fragen zur Verfügung stehen. Den jungen Menschen wird so erlebbar gemacht, wie sie ihre eigenen Belastungsgrenzen erkennen können und ihnen werden Unterstützungsmöglichkeiten für den Weg aus der Gefahrenzone „Krise“ an die Hand gegeben. Neben der individuellen Stärkung geht es auch um die (Schul-)Gemeinschaft im Sinne der Unterstützung des gesunden Miteinanders im Lebensraum Schule und Arbeitsplatz. Außerdem: Der AKL (exemplarisch als Beratungs- und Unterstützungsangebot außerhalb der Schule/des Ausbildungsbetriebes) senkt durch diese Aktivität die Schwelle, Institutionen der psychosozialen Versorgung kennen und nutzen zu lernen.⁴¹ Einschränkung ist anzumerken, dass noch viele Schulen und Ausbildungsbetriebe zurückhaltend sind, das Thema psychische Erkrankung konkret im Unterricht aufzugreifen. Deshalb ist es wichtig, das Projekt „Verrückt? Na und!“ breiter bekannt zu machen und abzusichern.

Suizidalität und Krisenintervention sind auch Aufgabenstellungen für die gesamte Jugendhilfe, zum Beispiel im Rahmen der Hilfen zur Erziehung oder erfahren Relevanz bei den Beratungsstellen. Eine Vorstellung von suizidal eingeschätzten Kindern und Jugendlichen ist jederzeit und sofort in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Esslingen möglich. Neben einem niederschweligen Zugang in

⁴¹ Arbeitskreis Leben Nürtingen-Kirchheim, Ursula Strunk

der PIA zur sofortigen ambulanten Abklärung bietet die KJP auch eine stationäre Krisenintervention zur Entlastung und weiteren Planung an.

2.3.5 Sucht

Die Zuständigkeit an der Schnittstelle Sucht und Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt in den Aufgabenbereich der Jugend- und Drogenberatung. Im Jahr 2017 waren 139 Klienten unter 18 Jahre alt. Die Hauptdiagnosen nach Stoffgruppen aller Klienten der Jugend- und Drogenberatung sind durch Cannabismissbrauch, Opioide und Alkohol bestimmt.⁴² Weitere Ausführungen zur Suchthilfe finden sich in den Kapiteln Kinder in suchtblasteten Familien und im Teil allgemeine Psychiatrie und Gerontopsychiatrie.

Allgemein zeigt sich, dass es zwischen den zuweisenden Ärzten und Kliniken und der Beratungsstelle nicht regelhaft gelingt, die notwendigen Informationen aufgrund der Schweigepflicht austauschen zu können. Zum Nachweis, dass ein Termin wahrgenommen wurde, erhält der Klient lediglich eine formlose Bescheinigung, die nur eine Aussage über die Anwesenheit macht. Auch die Beratungsstelle erfährt normalerweise nicht, welche Behandlung des Klienten durch den Arzt oder die Klinik erfolgt, wenn die Behandlung durch die Beratungsstelle angeregt wurde. Es gelingt allerdings vereinzelt, dass Arzt und Beratungsstelle eng zusammenwirken und die Planung einer passenden Reha einzuleiten, was sich auf die Antragsstellung und Vermittlung positiv auswirken kann. Diese positiven Beispiele sollten als Modelle dienen.

Wünschenswert sind engere Kooperationsbeziehungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Esslingen. Dies würde einen besseren Einblick in die Angebotsstruktur der stationären Einrichtung geben, sodass im Einzelfall gezielter motiviert werden kann. Denkbar wären auch Informationsgruppen, wie sie bereits in den medius KLINIKEN Kirchheim von den Beratungsstellen regelmäßig durchgeführt werden, um Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Angebote der Jugend- und Drogenberatung zu informieren. Überlegenswert wäre auch eine Information niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie über das Angebot der Jugend- und Drogenberatung.

2.3.6 Jugendhilfe und Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

Gemäß § 35a SGB VIII haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.⁴³ Einzuholen ist eine Stellungnahme auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten. Als Hilfe nach dem Bedarf im Einzelfall kommen ambulante Formen, Tageseinrichtungen für Kinder, durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen in Betracht.⁴⁴ Die Stellungnahme erfolgt durch ärztliche und psychotherapeutische Fachkompetenz mit entsprechendem Erfahrungshintergrund auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

⁴² Jugend- und Drogenberatungsstellen Landkreis Esslingen – Jahresbericht 2017

⁴³ SGB-Gesetzestexte Boorberg-Verlag

⁴⁴ ebd.

Eine Korrelation zu den Hilfen für Erziehung ist zu berücksichtigen, da dieses Handlungsfeld auch im Zusammenhang der Eingliederungshilfeleistungen von Bedeutung sein kann. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass das Kind bzw. der Jugendliche – der Leistungsberechtigte – mit der Zielsetzung der Teilhabe im Blickfeld der Eingliederungshilfe ist, während bei der Hilfe zur Erziehung die Sorgeberechtigten, also in der Regel die Eltern, die Adressaten sind.

In den letzten Jahren ist eine zunehmende Inanspruchnahme bei den Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII zu verzeichnen, zum Stichtag 31.12.2017 gab es 558 Hilfen, im gesamten Jahr 2017 insgesamt 667 Hilfen. Der Schwerpunkt mit 472 Hilfen lag bei den ambulant-therapeutischen Hilfen, weitere 86 Hilfen wurden überwiegend in Ausgestaltung einer Heimerziehung nach § 34 SGB VIII geleistet, in einzelnen Fällen auch als Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) und Intensive Einzelfallhilfe (§ 35 SGB VIII). Bei den Eingliederungshilfen handelt es sich überwiegend um männliche Kinder und Jugendliche (ca. 70%).

Die Hilfen werden in enger Abstimmung zwischen dem Amt für Soziale Dienste und Psychologische Beratung / Bezirkssozialdienst, Kreisjugendamt / Wirtschaftlicher Jugendhilfe, Staatlichem Schulamt und der Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesetzt. Grundlage sind verbindlich vereinbarte Verfahrensstandards für die Indikation, Gewährung von Eingliederungshilfen und für die Hilfeplanung. Die bedarfsorientierten Hilfen werden für den Besuch privater Gymnasien für Schüler mit ADHS, als Schulbegleitung / Einzelintegration in Regelschulen, als Legasthenie- und Arithmasthenie-Therapien (Teilleistungsstörungen), als heilpädagogische Maßnahmen, als Autismus-Therapien und als teilstationäre oder stationäre Hilfen gewährt.

Durch Einzelintegrationshilfen in Kindertageseinrichtungen kann für Kinder mit besonderen Problemlagen und (drohender) seelischer Behinderung die gemeinsame Betreuung, Erziehung und Förderung neben anderen notwendigen Rahmenbedingungen der Einrichtung die Teilhabe am Gruppengeschehen ermöglicht werden. Die Fallzahlen der Integrationshilfen nach § 35 a SGB VIII nahmen jährlich zu (2012: 59 Hilfen, 2017: 90 Hilfen).

Zur Qualitätssicherung dieser Hilfen wurde eine Koordinationsstelle eingerichtet. Besonders im Fokus ist die Weiterqualifizierung der Fachkräfte (Handreichung Integrationshilfe, Fort- und Weiterbildung, Supervision, Modellprojekt „Interdisziplinäres Coaching in Kindertageseinrichtungen“).

Im schulischen Bereich ermöglicht die Schulbegleitung nach § 35a SGB VIII in Form einer bedarfsbezogenen persönlichen Assistenz zur Unterstützung in lebenspraktischen Alltagsverrichtungen, die für den Schulbesuch unerlässlich sind, für viele Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen und (drohender) seelischer Behinderung die Teilhabe an Bildung und den Schulbesuch. Eingesetzt werden Fachkräfte, Nicht-Fachkräfte und FSJ-Kräfte, je nach Unterstützungsbedarf der Kinder und Jugendlichen. Von 2012 bis 2017 gab es eine rasante Zunahme der Schulbegleitungen von 12 auf 125 Fälle.

Der Landkreis hat ein landkreisweites Konzept Schulbegleitung mit allen Beteiligten (Staatliches Schulamt, Leistungsträger der Eingliederungshilfe, d.h. Jugend- und Sozialhilfe) erarbeitet. Ein Trägerverbund aus sechs Leistungserbringern aus dem Bereich der Behinderten- und Jugendhilfe setzt auf Grundlage einer Leistungsvereinbarung die Hilfe um. Der Aufbau einer qualifizierten Schulbegleitung ist mittelfristig in erster Linie durch das Regelangebot Schule zu leisten.

Spezielle „Nautilus-Klassen“ für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen wurden an den allgemeinbildenden Schulen eingerichtet, geführt von der Janusz-Korczak-Schule Kirchheim (SBBZ) der Stiftung Tragwerk (an der Ersbergschule Nürtingen Grundschulklassen 1 - 5 und an der Teck-Realschule Kirchheim Klassenstufen 5 - 10). In einer Atmosphäre, die Schutz und Halt bietet, werden die Schüler sonderpädagogisch gefördert und sozialpädagogisch im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII unterstützt und somit ihre Teilhabe umgesetzt.

2.3.7 Unbegleitete minderjährige Ausländer

Als unbegleitete minderjährige Ausländer (UMA) werden Kinder und Jugendliche bezeichnet, die ohne Erziehungsberechtigte nach Deutschland kommen oder bereits eingereist sind. Zum Stichtag 30.09.2017 wurden laufende Hilfen für 349 UMA gewährt. Die Unterbringungsarten erfolgten überwiegend in der Heimerziehung, ansonsten im Betreuten Jugendwohnen und der Vollzeitpflege in Gastfamilien.⁴⁵ Mit Stand 23.08.2018 waren 308 UMA im Landkreis Esslingen überwiegend in verschiedenen stationären Angeboten, davon sind 74 minderjährig und inzwischen 234 volljährig.

Sprachbarrieren, rechtliche Situation, schulische und berufliche Integration, psychische Belastungen und Traumatisierungen durch Krieg, Gewalt, Flucht und Trennung von der Familie sind besondere Herausforderungen. Die unbegleiteten jungen Flüchtlinge leiden in Folge der Ereignisse an posttraumatischen Belastungsstörungen, Wiedererleben traumatischer Erfahrungen (Flashbacks), depressiven Stimmungen und Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die psychologischen Fachdienste bei den Einrichtungen sind im Einzelfall gefordert. Eine Vermittlung in die Behandlung an der Kinder- und Jugendpsychiatrie, an der Tagesklinik, an Beratungsstellen und auch an Psychotherapeuten wird trotz bestehender Hürden der Sprache und der Vorbehalte für eine Therapie unterstützt.⁴⁶ Zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe wird eine unkomplizierte und niederschwellige Kooperation gepflegt, die dazu dient, Kontakt herzustellen, Vertrauen zu schaffen und Zugänge zu erleichtern.

Der Landkreis Esslingen arbeitet vorrangig mit folgenden freien Trägern zusammen: Kinder- und Jugendhilfe Neuhausen, Michaelshof-Ziegelhütte Hepsisau, Stiftung Jugendhilfe aktiv, Stiftung Tragwerk, Sozialpädagogische Wohngruppen, Werkstatt für persönliche Entwicklung, Kreisjugendring und Arbeiterwohlfahrt.

⁴⁵ Sitzungsvorlage Jugendhilfeausschuss des Landkreises Esslingen Nr. 121/2017

⁴⁶ ebd. Anlage zur Sitzungsvorlage

Durch belastende Erlebnisse vor, während und nach der Flucht kommen UMA häufig psychisch stark belastet in die Regelangebote der Jugendhilfe. Man muss an dieser Stelle deutlich machen, dass nicht jeder psychisch belastete UMA auch traumatisiert ist. Dennoch treten unterschiedliche Symptome auf, die einen besonderen Umgang mit den Betroffenen und fachliches Wissen seitens der Mitarbeiter der freien und öffentlichen Träger erfordern. In einigen Fällen werden auch therapeutische Bedarfe ersichtlich. Um diesen gerecht werden zu können, haben freie und öffentliche Träger ihre Mitarbeiter zu verschiedenen Themen geschult und ebenso versucht – trotz der Sprachbarrieren – neue adäquate Angebote für UMA zu schaffen. Zu diesen Angeboten gehören u.a. das Angebot der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Esslingen, welches ambulante Betreuung in Form der Intensiven Sozialpädagogischen Einzelbetreuung bzw. Sozialpädagogischen Familienhilfe für Menschen mit Fluchterfahrung anbietet. Bezogen auf UMA soll das Angebot gezielt daraufhin wirken, die Problemlagen der Einzelpersonen bedarfsgenau bewältigen zu können.

Die Stiftung Jugendhilfe aktiv eröffnete die Mädchenwohngruppe „Hayat“, um speziell auf die Bedürfnisse von geflüchteten Mädchen eingehen zu können. Die UMA-Jungenwohngruppe „Amal“ wurde zwischenzeitlich wieder geschlossen.

Ebenso bietet die Stiftung Jugendhilfe aktiv für ihre UMA ein Projekt an:

- In Zusammenarbeit mit Refugio Stuttgart e.V. wird eine therapeutische UMA-Tanzgruppe angeboten. Das Angebot richtet sich an weibliche UMA. Sie sollen hierbei die Möglichkeit erhalten, ihre Wahrnehmung auf den Körper, die Umgebung und ihre Sinne neu zu entwickeln. Sie sollen wieder Vertrauen in sich selbst finden.

Stiftung Tragwerk eröffnete zwei spezielle UMA-Wohngruppen in Notzingen. Ziel war es, hier auf die speziellen Bedürfnisse von UMA eingehen zu können.

Ebenso bietet die Stiftung Tragwerk für psychisch belastete oder traumatisierte Kinder und Jugendliche eine Pädagogisch-Therapeutische-Soforthilfe (PTS) an. Betroffenen Kindern und Jugendlichen soll eine direkte adäquate Hilfe zukommen, wenn Therapeuten- oder Klinikwartezeiten zu lang erscheinen.

Psychisch hoch belastete und schwer traumatisierte minderjährige Flüchtlinge werden über die PIA der Kinder- und Jugendpsychiatrie betreut, da ambulante psychotherapeutische Plätze nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Einige der betreuten Personen haben inzwischen die Volljährigkeit erreicht. Die Überführung in eine weiterführende psychiatrische Behandlung gestaltet sich schwierig.

2.3.8 Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche

In der Psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche (PIA) wurden im Zeitraum 01.01.2017 bis 31.12.2017 über die vier Quartale hinweg 1.660 Behandlungen (ambulante Vorstellungen bzw. Zuweisungen) vorgenommen. Im Vorjahr waren es 1.512 Behandlungen.

Grundlage bildet die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Eine Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen ist dann angezeigt, wenn die Art der Erkrankung (Diagnose) in Verbindung mit der Schwere der Erkrankung oder der Dauer der Erkrankung steht.⁴⁷ Die psychiatrische Diagnose richtet sich nach dem ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification) in der jeweils gültigen Fassung. Für die Schwere der Erkrankung sind die Vermeidung oder Verkürzung eines stationären Aufenthaltes, drohende Chronizität oder seelische Behinderung sowie mangelnde Krankheitseinsicht maßgeblich. Für die Dauer sind mindestens 3 Monate oder eine wieder auftretende Erkrankung innerhalb eines Jahres entscheidend.⁴⁸

Für eine ambulante Vorstellung in der PIA ist eine Überweisung vom Haus- oder Kinderarzt wünschenswert, aber nicht unbedingt erforderlich. Alle psychiatrischen Diagnosen im Kindes- und Jugendalter sind relevant. Zusätzlich richtet sich das Diagnostik- und Behandlungsangebot in einer Spezialambulanz an Kinder ab dem Vorschulalter und an Jugendliche, bei welchen der Verdacht auf eine AD(H)S vorliegt. Neben der PIA am Standort im Klinikum Esslingen wird eine Außensprechstunde in den Räumen der medius KLINIKEN in Kirchheim angeboten. Damit sind kurze Wege und ein niederschwelliges Angebot gewährleistet. Kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen sind isoliert, also ohne die Einbindung der Eltern nicht umzusetzen. Die PIA der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat daher den Charakter einer Familienambulanz inne. Eine Überweisung in die PIA der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hilfreich, aber nicht unbedingt notwendig.

2.3.9 Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Esslingen

Mit der räumlichen Inbetriebnahme der stationären Plätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Esslingen zum 01.07.2015 wurde die Bettenzahl der Fachabteilung auf 24 stationäre und sechs tagesklinische Plätze umgestellt. Im Jahr 2018 konnte eine Ausweitung auf 26 stationäre und 11 teilstationäre Plätze erreicht werden. Vor der Aufnahme der stationären Versorgung wurden ausschließlich tagesklinische Plätze und Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz ausgeführt. Stationäre Krisenaufnahmen mussten durch das Olgahospital in Stuttgart oder im Einzelfall durch andere Kliniken abgedeckt werden. Seit 01.07. 2015 besteht eine Pflichtversorgung (Not- und Krisenfälle) des Klinikums Esslingen für den Landkreis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bereits nach wenigen Tagen waren die stationären und teilstationären Plätze voll belegt.

Im Berichtszeitraum 01.01. 2017 bis 31.12. 2017 betrug die Zahl der behandelten stationären Patienten 265. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 34,9 Tagen, die Auslastung in der Belegung war bei 106%. In der Summe bedeutete dies 9.230 stationäre Berechnungstage. 49% der stationären Aufnahmen erfolgten als Notaufnahmen. Zusammenfassend war im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg der Belegung bei gleichzeitigem Rückgang der Verweildauer zu verzeichnen.

⁴⁷ Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V Seite 9f
⁴⁸ ebd.

Teilstationär – also tagesklinisch – wurden 66 Patienten behandelt. Die Verweildauer betrug 25,14 Tage im Durchschnitt, was einer 112%igen Belegung und 1.659 Behandlungstagen entspricht. Diese Angaben zeigen, dass die hohe Auslastung in der KJP in allen Bereichen anhält. Weiterhin müssen Regelpatienten daher mit einer Wartezeit zwischen drei bis fünf Monaten bis zur Aufnahme rechnen.

Sämtliche Störungsbilder im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich finden Anwendung in der Behandlung, also alle Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, von Angststörungen und Borderlinestörungen über Traumata und Zwangsstörungen bis zu Depressionen, frühen psychotischen Störungen, Aufmerksamkeits- und Sozialverhaltensproblemen in der Schule und Schulverweigerung einschließlich akuter Krisen, für die Notfallbetten zur Verfügung stehen.⁴⁹ Das Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologen und Psychotherapeuten, Kunst-, Bewegungs- und Musiktherapeuten.

In drei Stationen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Patienten krankheitsübergreifend entsprechend ihrer Altersgruppe betreut. Das Angebot der Kinderstation Esslingen richtet sich an sechs- bis zwölfjährige Kinder. Jugendliche bis 18 Jahre werden in zwei Altersgruppen auf den Jugendstationen 1 und 2 behandelt. Im milieuthérapeutischen Setting erfolgen Einzel- und Gruppentherapien, Kreativ- und Bewegungstherapien sowie erlebnispädagogische Angebote. Die Familien werden durch regelmäßige Eltern- und Familiengespräche sowie bei Bedarf durch Eltern-Kind-Hospitalisationen in die Behandlung miteinbezogen. Nach Möglichkeit werden an den Wochenenden regelmäßige Belastungserprobungen im häuslichen Rahmen durchgeführt.⁵⁰

Im teilstationären Bereich bietet die Tagesklinik Behandlungsplätze für Patienten, bei denen eine tagesklinische Behandlung ausreichend erscheint oder aus besonderen Gründen angezeigt ist. Dies wird im Rahmen der ambulanten Vorstellung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) geklärt. Der Tag beginnt mit einem gemeinsamen Frühstück und der Morgenrunde, nach Klinikschule, Mittagessen und Hausaufgaben finden Einzel- und Gruppentherapie, Kreativ- und Bewegungstherapie sowie erlebnispädagogische Angebote statt. Auch in der Tagesklinik sind regelmäßige Eltern- und Familiengespräche Bestandteil der Behandlung sowie bei Bedarf Eltern-Kind-Hospitalisationen zur Verbesserung der intrafamiliären Kommunikation.⁵¹ Die teilstationäre Behandlung ermöglicht eine engere Anbindung in der häuslichen Situation, erfordert aber auch ein Mehr an Grundstabilität. Der Klinikträger hat beim Ministerium für Soziales und Integration im November 2016 einen Antrag auf Platzerweiterung der Tagesklinikplätze gestellt, die im Sommer 2018 auf 11 erhöht werden konnte. Auch 11 tagesklinische Betten werden für den einwohnerstarken Landkreis nicht ausreichen. Sie decken weder den Bedarf aus dem Landkreis ab, noch sind personell vernünftig zu betreiben. Gerade die tagesklinischen Plätze sind vor- oder nachstationär aber ein zentrales Steuerungselement. Weitere Plätze für Multifamilientherapie, Hometreatment / stationsäquivalente Behandlung und Adoleszenten sind im Antrag eingebunden und fachlich dargelegt.

⁴⁹ <http://www.klinikum-esslingen.de/kliniken-und-zentren/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie/unser-profil/>
⁵⁰ ebd.
⁵¹ vgl. ebd.

Auf diese Anforderungen wird im Psychiatrieplan in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

2.3.10 Andere Kliniken und Zentren

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Esslingen, die seit 56 Jahren besteht, ist in die Abteilung für Erwachsene, für Jugendliche und junge Erwachsene (14 - 22 Jahre) und die Abteilung für Konsil- und Liaisondienst aufgeteilt.

Gemeinsam mit der Klinik für Kinder und Jugendliche, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und dem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) ist die Abteilung für Jugendliche und junge Erwachsene der Psychosomatischen Klinik eine der Säulen des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Esslingen.

In der Abteilung für Jugendliche und junge Erwachsene der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gibt es 14 stationäre Behandlungsplätze sowie 10 teilstationäre Behandlungsplätze. Durchschnittlich sind jeweils ca. 50% über bzw. unter 18 Jahre alt.

Die Aufnahme erfolgt elektiv nach einem ambulanten diagnostischen Vorgespräch. Behandelt wird das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, d. h. affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, adoleszente Entwicklungskrisen, schulvermeidendes Verhalten sowie Persönlichkeitsstörungen. Spezielle Behandlungsangebote bestehen für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung), Traumafolgestörungen sowie Störungen der Krankheitsverarbeitung bei primär somatisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Durch die enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder und Jugendliche besteht die Möglichkeit, sehr untergewichtige anorektische Patientinnen im Rahmen eines engmaschigen Kooperations- und Konsildienstes zu behandeln. Kontraindikationen bestehen für psychotische Störungen, wahnhaftige Störungen, akute Suchterkrankungen sowie akute Suizidalität.

Die stationäre und teilstationäre Behandlung erfolgt in multidisziplinären Teams, die sich zusammensetzen aus Fachärzten (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Innere Medizin), Krankenschwestern, Heilerziehungspfleger, Spezialtherapeuten (Kunst-, Musik- Tanz- und Bewegungstherapie) sowie Sozialarbeiter. Es findet eine sehr intensive psychotherapeutische Behandlung mit bis zu dreimal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapiegesprächen à 100 Minuten, bzw. bis zu dreimal wöchentlich stattfindenden Einzelpsychotherapie-Sitzungen statt. Schulpflichtige Patienten werden in der Krankenhausschule mitbehandelt, die Familien und Eltern werden in regelmäßigen Familiengesprächen mit einbezogen, darüber hinaus wird eine regelmäßige Elterngruppe angeboten. Durch die lange Tradition der Klinik ist diese sehr gut im Landkreis etabliert, es bestehen mehrwöchige bis mehrmonatige Wartezeiten bis zur jeweiligen Aufnahme.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Eltern-Kind-Behandlung, die bei spezifischen Fragestellungen angeboten werden kann. Hierbei können beispielsweise das behandlungsbedürftige

Elternteil in der Tagesklinik der Erwachsenen-Abteilung und der erkrankte Jugendliche tagesklinisch in der Jugendlichen-Abteilung behandelt werden. Stationsübergreifende Familiengespräche werden bedarfsbezogen durchgeführt. Ferner besteht auch die Möglichkeit, die bereits im Vorfeld in Einzelfällen genutzt wurde, dass das Kind in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie behandelt wurde, der Elternteil in der Erwachsenen-Abteilung der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Auch hier können dann regelmäßig gemeinsame Familiengespräche stattfinden.

Auch die Filderklinik im Landkreis Esslingen hält ein Behandlungsangebot vor. Die dort vorhandene Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin gliedert sich in vier Stationen und verfügt über insgesamt 53 Betten.

Standorte außerhalb des Landkreises

Mit dem Olgahospital in Stuttgart, der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Christophsbad Göppingen, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen an den Universitätskliniken Ulm und Tübingen sind die nächstliegenden Klinikstandorte außerhalb des Landkreises benannt. Eine Erhebung der Psychiatrieplanung des Landkreises im Zeitraum 2008 bis 2012 ergab, dass mit jährlich durchschnittlich 87 stationären Fallzahlen das Olgahospital als damals zuständiger Klinikträger für die stationäre Behandlung die Hauptversorgung für Kinder und Jugendliche aus dem Landkreis abgedeckt hat. In Göppingen erfolgten im Mittel 15, in Ulm und Tübingen etwa 2 stationäre Behandlungen pro Jahr. 47,7% (N=247) waren zwischen 11 und 15 Jahren, 43,1% (N=223) 16 bis 20 Jahre und 8,9% (N=46) zwischen 6 und 10 Jahren alt. Das Spektrum der Diagnosen war breit gefächert. Einen Schwerpunkt bildeten Anpassungsstörungen und neurotische Störungen. Es ist davon auszugehen, dass mit dem schrittweisen Aufbau einer eigenen Versorgung im Landkreis, zunächst der tagesklinischen Behandlung und der Institutsambulanz und schließlich der stationären Versorgung, die Behandlung in anderen Kliniken, insbesondere im Zuständigkeitswechsel vom Olgahospital zum Klinikum Esslingen, abgenommen hat. Bei insgesamt zunehmenden Behandlungszahlen ist dennoch zu erwarten, dass es kaum noch „Überhänge“ in anderen Kliniken gibt. Für den Landkreis Esslingen ist eine Ausweitung der Platzzahlen durch die langen Wartezeiten auf eine Behandlung gerechtfertigt.

2.3.11 Handlungsempfehlungen

Behandlung, Therapie, Beratung und Betreuung	
•	Bedarfsgerechter Ausbau klinischer und tagesklinischer Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Realisierung von Eltern-Kind-Angeboten
•	Prüfung der Umsetzbarkeit stationsäquivalenter Behandlung für Kinder und Jugendliche
•	Koordination Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Suchthilfe intensivieren

Behandlung, Therapie, Beratung und Betreuung	
•	Unterstützung präventiver Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, zum Beispiel Arbeitskreis Leben
•	Kontinuierliche Weiterentwicklung der Konzeption und Leistungsvereinbarung Schulbegleitung zur bedarfsorientierten Steuerung
•	Umsetzung der „Kernerwartungen“ des Landkreistages an das Land für eine gelingende Integration von UMAs, insbesondere durch Hilfen in besonders begründeten Einzelfällen über das 21. Lebensjahr hinaus und Vermeidung von Obdachlosigkeit von volljährigen ehemaligen UMAs nach Ende einer Jugendhilfemaßnahme

2.4 Familie und Umfeld

2.4.1 Familie und psychische Erkrankung

Bevor Familien nach außen gehen und sich Hilfe holen, werde diese in der Regel auf die eigenen Ressourcen und Kompetenzen zurückgreifen. Erst wenn die Belastungen deutlich Überhand nehmen oder sich die Konfliktsituationen gravierend verschärfen – oftmals ausgedrückt durch die Symptomträger – ist der Zeitpunkt der Behandlung und Therapie erreicht.

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind daher nie ohne ihr Familiensystem oder das sie betreuende Umfeld behandelbar. Der Einbezug dieses Umfelds, das neben der Familie auch Peers und z. B. die Kindertagesstätten, die Schule oder die Ausbildung umfasst, ist eine dringende Notwendigkeit in der Behandlung.⁵² Grundlegend sind die Stärkung der elterlichen Kompetenzen, die Nutzung vorhandener Ressourcen, die Umsetzung von Regeln und die Verbesserung der familiären Kommunikation. Als erweitertes Konzept stellt die Multifamilientherapie als gleichzeitige Behandlung von mehreren Familien mit ähnlichen Problemlagen in einer Gruppe ein geeignetes therapeutisches Setting dar. Durch die gegenseitige Unterstützung wird die Selbstreflexion gestärkt und die Isolation überwunden.⁵³

Psychisch belastete / erkrankte Elternteile mit Säuglingen / kleinen Kindern

Im Landkreis Esslingen wurden ab dem Jahr 2007 die Frühen Hilfen von ProJuFa aufgebaut. In vier regionalen interdisziplinären Kernteams werden Familien mit kleinen Kindern zu einem sehr frühen Zeitpunkt durch Hilfen bzw. durch eine Lotsenfunktion zum psychosozialen und medizinischen Angebotsspektrum primär- und sekundärpräventiv unterstützt. In den ersten drei Lebensjahren ist ein Kind besonders auf die Fürsorge mindestens einer Bezugs- und Bindungsperson angewiesen. Belastungen während Schwangerschaft und in früher Kindheit können sich lebenslang schädigend in der Entwicklung des Gehirns, der Bindungsbeziehungen und der körperlichen bzw. psychischen Gesundheit auswirken. Depressionen und andere psychische Erkrankungen der Eltern müssen

⁵² Sachbericht zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Aktion Psychisch Kranke e.V. (2017) S. 24

⁵³ <http://www.multifamilientherapie.de>

möglichst frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden, um langfristigen Gefährdungen für Elternteile und Kinder vorzubeugen.

Die Inanspruchnahme von ProJuFa ist auf mittlerweile etwa 500 Familien im Jahr 2017 gestiegen. Davon lebt in beinahe jeder dritten Familie mindestens ein psychisch auffälliges Elternteil. Von diesen wiederum haben über 40% auch eine medizinische Diagnose. Gerade durch den aufsuchenden Einsatz von Gesundheitsberufen (Familienhebammen bzw. Familien-, Gesundheits-, Kinderkrankenpflegerinnen) schaffen es auch Mütter mit perinatalen psychischen Belastungen und Erkrankungen häufig, die „Frühen Hilfen“ zu nutzen. Dies gilt auch für Elternteile mit anderem kulturellem Hintergrund bzw. Fluchterfahrung. Durch aufsuchende entwicklungspsychologische Beratung kann ein feinfühliges Verhalten der Eltern als Basis für die kindliche Entwicklung gefördert werden.

Im Landkreis und im erweiterten regionalen Umfeld gibt es allerdings derzeit kein psychiatrisches Angebot, das sich an psychiatrisch erkrankte Elternteile und ihre Kinder gleichermaßen richtet. Die stationäre Unterbringung einer jungen Mutter mit peripartaler Depression wäre mit einer Trennung vom Kind verbunden und wird von Müttern deshalb auch in großer Notlage häufig nicht genutzt. Auch die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz gestaltet sich häufig zu langwierig. Ein solches Angebot kann außerdem standardmäßig nicht vier erforderliche Interventionsebenen berücksichtigen:

- Belastungen des erkrankten Elternteils
- Bindungsbeziehung zwischen Bezugspersonen und Kind
- Situation des kleinen Kindes inkl. Sicherung des Kindeswohls
- Stärkung bzw. Nutzung von Ressourcen im Sozialen Umfeld

2.4.2 Betreutes Wohnen in Familien

Das Angebot des betreuten Wohnens in Familien (Junge Menschen in Gastfamilien – JuMeGa) richtet sich an junge Menschen, die aus unterschiedlichsten Gründen ihren bisherigen Lebenszusammenhang verlassen müssen und für die eine Gastfamilie den geeigneten alternativen Rahmen bieten kann, Beziehungen einzugehen, sich zu stabilisieren und emotional sowie sozial nachzureifen. Viele von ihnen haben bereits einen oder mehrere stationäre Aufenthalte in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik hinter sich. Es handelt sich um ein Angebot, das auf junge Menschen, die entsprechend des § 35a SGB VIII seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind, zugeschnitten ist.⁵⁴ Die Arkade e.V. Ravensburg ist ein Leistungserbringer des Angebotes und unterhält eine Außenstelle in Esslingen. Die Finanzierung der Maßnahme erfolgt auf Grundlage der §§ 35a oder 41 SGB VIII, in Verbindung mit § 33 SGB VIII. Die Kosten umfassen die Leistungen für die Gastfamilie und die Personal- und Sachkosten für den Leistungserbringer.

2.4.3 Kinder psychisch kranker Eltern

In der psychiatrischen Versorgung hat der Blick auf Kinder psychisch kranker Eltern in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Krankheitsfolgen haben unmittelbare Auswirkungen auf das gesamte familiäre System. Wichtig für Kinder, die in Konstellationen mit einem

⁵⁴ <http://www.jumega.de/was-ist-jumega/kurz-konzeption.html>

erkrankten Sorgeberechtigten aufwachsen, sind daher stabile Bezugspersonen, da die erkrankte Person diese Stabilität selbst nicht immer gewährleisten kann. Kinder und auch Jugendliche können in die Situation kommen, mehr Verantwortung als altersentsprechend zu übernehmen. Eigene Bedürfnisse und Gefühle müssen zurückgestellt werden. Dies trägt nicht unbedingt zu einer positiven Entwicklung bei. Es ist bekannt, dass Kinder aus Familien mit einem psychisch- oder suchtkranken Elternteil selbst ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko im Erwachsenenalter aufweisen. Die Notwendigkeit, vernetzte und auf das Familiensystem bezogene Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil anzubieten, ist in den Bereichen von Jugendhilfe, Gemeindepsychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie unumstritten.⁵⁵

Im Landkreis Esslingen hat der freie Jugendhilfeträger - die Stiftung Jugendhilfe aktiv - in Esslingen und im Filderraum ein Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 6 bis 12 Jahren, finanziert über Spendenmittel, durchgeführt. Das unter dem Titel „Seiltänzer“ geführte präventive Projekt hat zum Ziel, Kindern einen Rahmen zu ermöglichen, spielerisch über die psychische Erkrankung ihrer Eltern und die damit verbundenen Ängste, Scham und Wünsche Ausdruck zu verleihen. Eine Enttabuisierung und kindgerechte Aufklärung sind weitere Zielsetzungen. Die Kinder erhalten auch genauere Informationen über die Krankheitsbilder und ihre Auswirkungen. Im Mittelpunkt steht eine Entlastungsfunktion für die teilnehmenden Kinder.

In der Kinder- und Jugendhilfe fällt eine Zunahme psychisch und suchtblasteter Eltern auf. Sie verlieren durch ihre Erkrankung an Erziehungskraft, was zu einem steigenden Unterstützungs- und Hilfebedarf auch im Bereich der erzieherischen Hilfen führen kann und Auswirkungen auf die Entwicklungschancen und Entwicklungsrisiken der Kinder mit sich bringt.

2.4.4 Kinder aus suchtblasteten Familien

Jedes siebte Kind lebt zeitweise in einer Familie mit einem Elternteil, der eine alkoholbezogene Störung aufweist. Die Suchtmittelabhängigkeit der Eltern prägt das Alltagserleben der Kinder. In aller Regel handelt es sich um eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit der Mutter, des Vaters oder sogar beider Elternteile. Das Suchtproblem spielt oft eine zentrale Rolle im Familienalltag und belastet nicht nur die Eltern. Kinder erleben häufig mehr verbale und körperliche Gewalt und nur wenig Halt und Orientierung. Im Gegenteil versuchen sie oft, die Eltern in alltäglichen Dingen zu unterstützen. Untersuchungen belegen, dass ca. ein Drittel dieser Kinder selbst eine Abhängigkeit entwickelt. Diese Lebenssituation hat deutliche Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und pädagogische Konsequenzen für Kindergarten, Schule und Jugendhilfe.

Projekte Hängebrücke und Trampolin

In Kooperation zwischen Suchtprophylaxe des Landkreises Esslingen, des Kinderschutzbundes Kirchheim und des Frauenhauses e.V. Kirchheim wurde im Jahr 2010 das Projekt „Hängebrücke“ initiiert. Angeboten wird eine sich kontinuierlich treffende Mädchengruppe (zurzeit im Alter zwischen 13 und 19 Jahren) und eine Jungengruppe (zurzeit zwischen 11 und 16 Jahren). Beide

⁵⁵ Pressemitteilung Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Berlin, 18. Juni 2015

Gruppenangebote werden spendenfinanziert von Honorarkräften durchgeführt. Darüber hinaus ist Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Enttabuisierung des Themas „Sucht in der Familie“ Bestandteil der Konzeption des Projektes Hängebrücke. In einem weiteren Projekt (Trampolin) wird ein bereits evaluiertes modulares Gruppenangebot zur Unterstützung von Kindern in suchtblasteten Familien im Alter zwischen 8 und 12 Jahren zur Umsetzung vorbereitet.

Fetale Alkoholspektrumstörung

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann zu einer Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) führen, die bei betroffenen Kindern eine lebenslange Beeinträchtigung nach sich zieht. Internationale Schätzungen gehen von 4 bis 6 Neugeborenen pro 1.000 Geburten mit FASD aus. Das heißt, von ca. 200 Schulkindern ist mindestens ein Kind von FASD betroffen (ohne Dunkelziffer). Besondere Problemlagen in der Familie, im Kindergarten und in der Schule sind die Folge. 80% aller FASD-Kinder leben in Heimen, Erziehungsstellen, Pflege- oder Adoptivfamilien. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für nicht genetisch (und damit vermeidbar) bedingte kindliche Fehlbildungen. Informationen zu „Null-Alkohol“ in der Schwangerschaft sind notwendig. Auf die Qualifizierung von Lehr- und Fachkräften in Schulen, von Mitarbeitern in der Schulsozialarbeit, Jugendberufshilfe, Jugendarbeit und Erziehungshilfe und die Kooperation Jugendhilfe/Suchthilfe kann hier nur verwiesen werden (z.B. regelmäßige Fortbildungen durch die Suchtprophylaxe des Landkreises).

2.4.5 Handlungsempfehlungen

Familie und Umfeld	
•	Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern „Seiltänzer“ und Projekte „Hängebrücke“ und „Trampolin“ absichern
•	Öffentlichkeitsarbeit zu psychischer Erkrankung, FASD und Sucht in der Familie zur Enttabuisierung durchführen und Präventionsangebote weiterentwickeln
•	Auswertung der bis Ende 2019 befristeten Entwicklungsphase (Konzeptionelle Module, Inanspruchnahme, niederschwellige Zugangsmöglichkeiten, personeller Bedarf) und Ableitung der mittelfristig erforderlichen Angebotsstrukturen einer psychologischen Grundversorgung psychisch belasteter Menschen mit Fluchterfahrung
•	Planungsprozess zur konzeptionellen Weiterentwicklung an der Schnittstelle zwischen dezentralen Psychiatrischen Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche / für Erwachsene, psychiatrischer Klinik für Erwachsene, ProJuFa, Sozialem Dienst und ggf. weiteren Erziehungshilfen vertiefen: Überregionale Exploration bestehender Best-Practice-Angebote für psychisch erkrankte bzw. hoch belastete Eltern mit kleinem Kind. Prüfung von Übertragungsmöglichkeiten (stationäres / tagesklinisches / ambulantes Setting) im Landkreis Esslingen

2.5 Schule, Ausbildung und Rehabilitation

Die schulische Bildung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher stellt die Schulen, insbesondere bei schwereren Erkrankungen und Beeinträchtigung, vor erhebliche Herausforderungen.⁵⁶ Dies ist bei einer gleichzeitigen Zunahme von Schülerinnen und Schülern mit psychischer Erkrankung zu verzeichnen. Das Zusammenwirken verschiedener Systeme der schulbezogenen Unterstützungsleistungen (Beratungslehrer, schulpсихологischer Dienst, Schulsozialarbeit etc.) der medizinisch-therapeutischen Behandlung, der Jugend- bzw. Eingliederungshilfe, um nur die wichtigsten zu nennen, erfordert von den jeweils Beteiligten ein hohes Maß an Kompetenz und Abstimmung.

2.5.1 Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum

Mit der Umsetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden auch die Angebote des Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums für Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung (im Folgenden: Krankenhausschule) erweitert. Schulträger der Krankenhausschule ist der Landkreis, das schulische Angebot ist Teil des Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums, der Rohräckerschule und für den gesamten Landkreis als Einzugsbereich. Die Schulräume für 60 Plätze befinden sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik am Klinikum Esslingen. Ein weiterer Standort ist an der Filderklinik gegeben. Der Unterricht erfolgt in den Hauptfächern in allen Schularten und am Bedarf bezogen auch durch Unterstützung in den Nebenfächern. Aufgabe der Schule ist, die Lernfähigkeit des Kindes unter Berücksichtigung der Erkrankung und der persönlichen Situation des Kindes bzw. des familiären Umfeldes zu fördern. Eine enge Zusammenarbeit mit dem medizinisch-therapeutischen System während der Krankenhausbehandlung ist gewährleistet. Darüber hinaus bestehen unterstützende Kontakte zur Stammschule des Schülers, es werden Schulversuche bzw. Wiedereingliederungen durchgeführt.

2.5.2 Schule und Jugendhilfe

Die Bereiche Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen in ihrem Zusammenwirken ein komplexes Gebilde dar. Anzustreben ist eine enge Vernetzung zwischen den einzelnen Hilfesystemen. Dabei ist das Ziel eines zeitgleichen und abgestimmten Handelns der Systeme im Sinne einer gemeinsamen Fallverantwortung sinnvoll. Verbindliche Kooperationen und Ansprechpartner zwischen den beteiligten Institutionen sind erforderlich und Voraussetzung für ein fachkompetentes Handeln.

Im Fokus steht der Schulbesuch psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, die Regelschulen nicht mehr besuchen können und zu Hause oder in einer Jugendhilfemaßnahme leben. Es sind die Zugänge für erkrankte Kinder und Jugendliche zu verbessern. In diesem Kontext kommt der Schulsozialarbeit im Landkreis Esslingen eine besondere Bedeutung zu. Sie kann die erforderlichen Brücken bauen. Sie wurde in den vergangenen Jahren kontinuierlich ausgebaut, aktuell gibt es ca. 120 Vollkraftstellen im Landkreis. Eine fachliche Qualifizierung der Schulsozialarbeit ist wesentlich, besonders auch im Umgang mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern.

⁵⁶ Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen (Landespsychiatrieplan) Baden-Württemberg Juli 2018 S. 127

Die Schulsozialarbeit hat neben einer Case-Management-Aufgabe auch eine Clearing-Aufgabe.⁵⁷ Die Einschaltung schulischer Unterstützungssysteme (Beratungslehrer, Schulpсихологische Beratungsstelle, Sonderpädagogischer Dienst etc.) und außerschulischer Fachdienste (Psychologische Beratung, Sozialer Dienst, Suchtberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.) stellen Handlungsoptionen dar. Da die Studien- und Berufsorientierung ein zentrales Aufgabenfeld von Schule ist, wird die Schulsozialarbeit beratend im Einzelfall tätig, wenn der Jugendliche besondere persönliche, z.B. psychische, Schwierigkeiten hat, die ihm die beruflichen Schritte erschweren, und macht vereinzelt Angebote zur Berufsorientierung.⁵⁸

Präventiven Angeboten und frühzeitigen Interventionen ist im Zusammenwirken zwischen Regelschule, Schulsozialarbeit, schulpсихологischer Beratungsstelle und insbesondere unter Einbeziehung der Erziehungsberechtigten Vorrang einzuräumen.

Sind Jugendliche in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, gibt es eine enge Zusammenarbeit der pädagogischen Fachkräfte mit den Schulen und Ausbildungseinrichtungen. Es gibt spezifische intensivpädagogische Angebote, wie z.B. U18 der Stiftung Tragwerk, um junge Menschen, die durch ständige Abbrüche und mangelnde Gruppenfähigkeit auffallen, besonders am Übergang Schule in Ausbildung und Beruf zu fördern.

Im Landkreis wurde eine Vernetzungsstruktur mit dem Ziel enger Kooperation zwischen Jugendhilfe und Schule für alle allgemeinbildenden Schulen geschaffen, sogenannte Vor-Ort-Teams, aus Vertretern der Schule und der öffentlichen und freien Jugendhilfe. Sie arbeiten fallübergreifend an Fragen wirkungsvoller Kooperation, mit dem Ziel, im Einzelfall schnell bedarfsorientierte Hilfen umzusetzen, besonders auch für Kinder und Jugendliche in besonderen Problemlagen, psychischen Belastungen und Krisensituationen. Eine gemeinsam erarbeitete Arbeitshilfe zur Kooperation Schule und Jugendhilfe regelt die genauen Verfahrensabläufe in komplexen Einzelfällen („Krisenplan“) und gibt den Beteiligten Handlungssicherheit für Interventionen und eine optimierte Zusammenarbeit.

Schulabsentismus kann vielfältige Ursachen haben und darf nicht vorschnell pathologisiert oder mit einer psychiatrischen Diagnose verbunden werden. Auf der anderen Seite muss frühzeitig eine Reaktion durch Klärung erfolgen, um dem Risiko einer Chronifizierung vorzubeugen. Dieses ist im Jugendalter besonders hoch, da hirnorganische Veränderungen sich schnell entwickeln und festigen können. Die Hintergründe sind differenziert zu betrachten (psychische Erkrankung des Jugendlichen oder der Eltern, Leistungs- und Motivationsschwäche u.a.), entsprechend müssen Einzelfalllösungen von Schule und Jugendhilfe entwickelt werden.

Grundlegend wichtiger Ansatz ist die Elternarbeit und Stärkung der Elternkompetenz. Überlegt wurden „mobile Kräfte“, die die Jugendlichen morgens an die Schule bringen. Die aktuellen Zahlen sind über das Staatliche Schulamt bzw. Ordnungsamt festzustellen. Im Rahmen der Jugendhilfe wurden

⁵⁷ Rahmenkonzeption Schulsozialarbeit im Landkreis Esslingen S. 14
⁵⁸ ebd. S. 15

spezielle Angebote für sogenannte „Schulverweigerer“ geschaffen, wie die Straßeneckenschule in Plochingen als Außenstelle der Janusz-Korczak-Schule Kirchheim (SBBZ) der Stiftung Tragwerk. Es ist ein Angebot für Schüler der Klassen 7 bis 10, die noch motiviert werden können, sich auf eine andere individuell ausgerichtete Unterrichtung einzulassen. Jugendliche, die „aus allen Systemen“ fallen (Schule, Berufsberatung u.a.), sollen durch die Struktur der niederschwellig agierenden und zugehenden Anlaufstellen der Jugendagenturen unterstützt und in die Regelstrukturen gebracht werden (siehe folgendes Kapitel).

2.5.3 Ausbildung und Rehabilitation

Zwischen dem Landkreis Esslingen, dem Jobcenter Landkreis Esslingen und der Agentur für Arbeit Göppingen wurde eine Kooperationsvereinbarung zu einem „Arbeitsbündnis Jugend und Beruf“ abgeschlossen. Als Leitziel liegt der Vereinbarung zugrunde, junge Menschen mit besonderem Förderbedarf Hand in Hand zur Absicherung eines Schulabschlusses und eines erfolgreichen Einstiegs in Ausbildung bzw. Arbeit zu unterstützen. Damit soll die Zielgruppe der jungen Menschen, die leicht aus den Systemen „Schule, Ausbildung, Beruf, Agentur für Arbeit/Jobcenter“ herausfallen, erreicht werden.⁵⁹ Dazu können Kinder und insbesondere Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung gerechnet werden. Die Förderung schwer zu erreichender junger Menschen ist im § 16h SGB II geregelt.

Das Rehabilitationsrecht ist aufgrund unterschiedlicher Rechtskreise und Zuständigkeiten komplex. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zum Beispiel die Belastungserprobung und Arbeitstherapie (u.a. Krankenkassen), zur Teilhabe am Arbeitsleben (u.a. Agentur, Rentenversicherung, Jugend- und Sozialhilfeträger) und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (u.a. Jugend- und Sozialhilfeträger) werden von unterschiedlichen Trägern erbracht. Der Rehabilitationsbedarf und die Zuständigkeit müssen festgestellt werden.

Für junge Menschen (Maßnahmen für Teilnehmer unter 25 Jahre) kommen beispielsweise berufsvorbereitende oder rehabilitationsspezifische Bildungsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen - zum Beispiel beim Träger Christliches Jugenddorf Kirchheim, Maßnahmen der Berufsorientierung, im Einzelfall auch Ausbildungen in Berufsbildungswerken, in Betracht. Insgesamt sind die Plätze der medizinischen und beruflichen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche kaum vorhanden. Dies bezieht sich insbesondere auf zeitnahe Maßnahmen nach einer erfolgten Akutbehandlung.

Das Arbeitsbündnis Jugend und Beruf hat ein gemeinsames Förderkonzept für benachteiligte und schwer erreichbare junge Menschen entwickelt. Landkreis und Jobcenter fördern gemeinsam an fünf Standorten (Esslingen, Ostfildern, Leinfelden-Echterdingen, Nürtingen, Kirchheim) niederschwellige Anlaufstellen und ein zentrales nachgelagertes Angebot in Esslingen.

Das Konzept „GO!ES Jugendbüros Landkreis Esslingen“ hat zum Ziel, junge Menschen in schwierigen Lebenslagen (zurück) auf den Weg in Bildungsprozesse, Maßnahmen der Arbeitsförderung, insbesondere in Ausbildung oder Arbeit, oder in die soziale Sicherung zu bringen.

⁵⁹ Jugendhilfeausschuss des Landkreises Esslingen, Sitzungsvorlage Nr. 9/2018 vom 08.03.2018

Gesetzliche Grundlage für das Angebot bilden der §13 SGB VIII und §16h SGB II. Zur Zielgruppe der benachteiligten jungen Menschen gehören auch junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, Suchtverhalten, psychischen Belastungen oder in multiplen Problemlagen, welche mit den bestehenden Angeboten nicht oder nicht mehr ausreichend erreicht werden bzw. außerstande sind, diese anzunehmen. Die sozialpädagogischen Fachkräfte bieten den jungen Menschen Einzelfallhilfe an und sind zudem aufsuchend in den jeweiligen Sozialräumen unterwegs.

Junge Menschen in prekären Lebenssituationen brauchen eine grundlegende Stabilisierung, bevor sie Maßnahmen zur Ausbildungsförderung oder beruflichen Eingliederung erfolgreich wahrnehmen können. Hier sind niedrighschwellige und aufsuchende Angebote nötig, die dabei helfen, Zugänge zu Förderungen zu schaffen und perspektivisch grundständige Lebensbereiche abzusichern, wie etwa die materielle Versorgung. Eine Stabilisierung der Jugendlichen steht im Mittelpunkt der Förderung, die nur über ein professionelles und stabiles Beziehungsangebot gelingen kann. Diese Beziehung bildet den Ausgangspunkt für konkrete Schritte mit entsprechenden Hilfen.

Eine gelingende Schnittstellengestaltung zu den angrenzenden Leistungsbereichen (z.B. Schulsozialarbeit, Maßnahmen der Ausbildungs- und Arbeitsmarktförderung, Mobile Jugendarbeit, Offene Kinder- und Jugendarbeit) ist notwendig, um Doppelstrukturen zu vermeiden. GO!ES füllt die Angebotslücke, die zwischen den Systemen (Rechtskreisen) entsteht. Eine gute Vernetzung zu anschließenden Hilfsangeboten ist erforderlich, damit passgenaue, individuelle Hilfe gelingt.

2.5.4 Handlungsempfehlungen

Schule, Ausbildung und Rehabilitation	
•	Bedarfsüberprüfung und Schaffung eines passgenauen Angebotes der medizinischen und beruflichen Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene anschlussnah an Behandlung zur Vermeidung von Chronizität
•	Präventive Angebote und frühzeitige Interventionen bei Schulabsentismus umsetzen

2.6 Wohnen

2.6.1 Jugend- und Eingliederungshilfe

Im SGB VIII sind die Leistungen, Aufgaben und Zuständigkeiten der Kinder und Jugendhilfe gesetzlich geregelt. Hilfen zur Erziehung können in den Herkunftsfamilien, in Pflegefamilien und in Einrichtungen der Heimerziehung befristet oder auf Dauer angelegt sein. Bei Bedarf erhalten auch Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen Leistungen in vollstationären Wohngruppen, im betreuten Einzelwohnen, der Vollzeitpflege oder den Herkunftsfamilien. Auf die Besonderheit der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche wird im Kapitel 2.3.6 eingegangen.

Leistungsbereiche der Jugendhilfe im Wohnen sind:

- Heimerziehung und Sonstige betreute Wohnformen gemäß § 34 SGB VIII, auch als Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII),
- Vollzeitpflege gemäß § 33 SGB VIII.

Zudem können die Träger individuelle Zusatzleistungen beantragen, um einen intensiveren Betreuungsumfang leisten zu können.

Neben den stationären Angeboten gibt es ambulante Leistungen – alle nach SGB VIII –, zum Beispiel Flexible Hilfen (§ 27 Abs. 2), Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31), Erziehungsbeistandschaft/Betreuungshelfer (§ 30) und Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35).

Grundsätzlich ist die Integration von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Landkreis Esslingen in die Regelgruppen wünschenswert und fachlich begründet. Sondergruppen haben den Nachteil der Stigmatisierung und bieten nicht unbedingt die besten Förderbedingungen im Hinblick auf Teilhabe und Normalität. Für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die Leistungen der Jugendhilfe im Wohnen beziehen, ist eine gut abgestimmte und vernetzte Zusammenarbeit zwischen den Jugendhilfeträgern und den kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsleistungen als besonders wichtig zu betrachten.

Bei entsprechendem stationärem Bedarf werden Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in Ausgestaltung nach § 34 SGB VIII Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen in Jugendhilfe-Einrichtungen betreut. Im Landkreis steht ein differenziertes Angebot in vollstationären Wohngruppen von 11 Einrichtungen der Erziehungshilfe der freien Träger zur Verfügung, zudem können überregionale Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Zielsetzung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist eine Begleitung im Rahmen der Regelangebote und die Inklusion der Jugendlichen. Spezifische Module für eine individuelle bedarfsorientierte Einzelbetreuung wurden von den Einrichtungen entwickelt. Es gibt eine Zunahme der „besonders belasteten Kinder und Jugendlichen“ in der Heimerziehung, d.h. Jugendliche zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jugendhilfe-Einrichtungen wie der Michaelshof-Ziegelhütte Hepsisau und die Stiftung Tragwerk Kirchheim nehmen einzelne Jugendliche mit entsprechend ausdifferenziertem spezifischem therapeutischem Konzept und vereinbarten Betreuungs-Modulen in ihren Wohngruppen auf. Es gibt Überlegungen der Träger, nach fundierten Erfahrungen in Abstimmung mit dem öffentlichen Jugendhilfeträger und der Jugendhilfeplanung, ggf. auch spezifische, Wohngruppen zu schaffen. Die pädagogischen Fachkräfte arbeiten eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen und qualifizieren sich fachlich, sie werden mit Supervision, Fallbesprechung und Fachberatung begleitet, um in den hochkomplexen Einzelfällen kompetente Begleitung und Förderung zu ermöglichen und einen geeigneten Rahmen zu schaffen. Zielsetzung des Qualitätszirkels Heimerziehung aus öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe ist es, entsprechend der deutlich werdenden Bedarfe eine differenzierte Weiterentwicklung der Betreuungsprofile, Konzepte und Angebote in den Einrichtungen zu schaffen.

Etabliert wurde die Falleingangssteuerung bei stationären Hilfen (FEST II) als Indikationsverfahren, gemeinsam von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, um zeitnah für besonders komplexe Fälle passgenaue Hilfen für Jugendliche in den Einrichtungen im Landkreis umzusetzen, den besonderen Bedarfen gerecht zu werden und wohnortnah ein Angebot zu ermöglichen. In Qualitätsentwicklungsvereinbarungen zwischen öffentlichem und freiem Träger der Jugendhilfe sind Standards für die Zusammenarbeit und das Angebot in den Einrichtungen festgeschrieben. Damit kann im Landkreis auf hohem Niveau bedarfsorientierte Hilfe auch für Kinder und Jugendliche mit besonderen Problemlagen und psychischen Belastungen sichergestellt werden.

Im Landkreis gibt es ein differenziertes Konzept zur Inobhutnahme bzw. Notfall- und Krisenaufnahme, die von drei Schwerpunkträgern der Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfe Neuhausen, Stiftung Jugendhilfe aktiv und Stiftung Tragwerk) in enger Kooperation mit dem Bezirkssozialdienst umgesetzt werden. Damit kann für Jugendliche in besonderen Krisen kurzfristig Hilfe und Unterbringung sichergestellt werden.

Eine Kernherausforderung für die stationäre Jugendhilfe ist die Aufnahme von noch nicht ausreichend medizinisch rehabilitierten Jugendlichen aus den Kliniken (verkürzte Verweildauer nach der Entgeltsystematik PEPP), hier braucht es ein gut abgestimmtes Übergangsmanagement, das sich am Bedarf des Jugendlichen orientiert.

Die Zahl der geschlossenen Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen nach § 1631b BGB und die damit einhergehenden einschlägigen Begutachtungen haben zugenommen. Der Paragraph regelt, dass die Unterbringung des Kindes, die mit einer Freiheitsentziehung verbunden ist, der Genehmigung des Familiengerichtes bedarf. Sie dient insbesondere der Abwendung einer erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung, der nicht auf andere Weise Abhilfe geschafft werden kann. Aus Sicht des Landes stellt sich die Frage einer Unterbringung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen außerklinischer Versorgungsstrukturen, also im Rahmen der Jugendhilfe problematisch dar, da in Baden-Württemberg nur wenige Einrichtungen zur Verfügung stehen.⁶⁰ Die Situation dieser besonders schwer belasteten Kinder und Jugendlichen ist oftmals von häufigen Einrichtungswechseln gekennzeichnet. Es wird folglich auch darauf ankommen, sowohl vor Ort als auch überregional fachlich und inhaltlich funktionierende Konzepte zu entwickeln.

⁶⁰ Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg S. 127

2.6.2 Handlungsempfehlungen

Wohnen
<ul style="list-style-type: none">• Weiterentwicklung und Steuerung einer bedarfsgerechten Umsetzung komplexer Bedarfe (Betreuungskonzepte, therapeutische Hilfen, Sicherungsmaßnahmen) Leistungsträger übergreifend
<ul style="list-style-type: none">• Kontinuierliche Professionalisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter in den Jugendhilfe-Einrichtungen
<ul style="list-style-type: none">• Bei Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung: Abstimmung und Integration der Aufgaben (z.B. bezüglich der Sozialpädagogischen Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, Intensive Einzelfallhilfe)
<ul style="list-style-type: none">• Implementation des neuen Teilhabeplanverfahrens (BTHG) für die Jugendhilfe als Reha-Träger

2.7 Vernetzung

2.7.1 Kooperationsvereinbarung

Im Frühjahr 2017 wurde die Kooperationsvereinbarung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, den freien Erziehungshilfeträgern und dem Amt für Soziale Dienste und Psychologische Beratung im Landkreis Esslingen aktualisiert und erweitert. Der Jugendhilfeausschuss hat in seiner Sitzung am 11. Mai 2017 die Vereinbarung beraten und zur Kenntnis genommen.⁶¹ Durch die Beteiligung unterschiedlicher Hilfesysteme (Medizin, Jugendhilfe, Beratung und Therapie, Schule) sind Absprachen zur Zusammenarbeit für alle Seiten, insbesondere für die Familien mit psychisch erkrankten Kindern, von Nutzen.

2.7.2 Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein kontinuierlich arbeitendes Gremium unter dem Dach der Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie. Mitglieder im Arbeitskreis sind Vertretungen der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, der Jugendhilfeeinrichtungen und weiterer Leistungserbringer, einer Krankenkasse, klinische Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik, das Amt für Soziale Dienste und Psychologische Beratung, Beratungsstellen, die Krankenhausschule und die Psychiatrieplanung. Im Vordergrund des Arbeitskreises steht der Informationsaustausch, die Vernetzung, der umfassende Sachverstand zu allen kinder- und jugendpsychiatrisch relevanten Themen und die Weiterentwicklung der Leistungen, Hilfen und Angebote.

⁶¹ Jugendhilfeausschuss des Landkreises Esslingen, Sitzungsvorlage 43/2017

2.7.3 Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund

Ein regelhafter Austausch zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen findet bereits getragen durch Absprachen und Vereinbarungen statt. Analog oder in Anbindung an den Gemeindepsychiatrischen Verbund der Allgemeinpsychiatrie ist die Umsetzung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbundes denkbar.

Ein entsprechend ausgestalteter Verbund kann die manchmal vorhandenen Schnittstellenprobleme verringern und Übergänge besser gestalten helfen. Er trägt somit zur Weiterentwicklung der Versorgungssituation bei.

Jugendpsychiatrische Verbünde sollen als feste Bestandteile der Gemeindepsychiatrischen Verbünde besondere Bedeutung erhalten, so der politische Wille der Landesregierung.⁶² Nähere Ausführungen, auch im Landespsychiatrieplan, waren nicht ersichtlich. Da in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Jugendhilfe eine zentrale Rolle einnimmt, müssen die bereits entwickelten und bewährten Strukturen der Erziehungshilfestationen in diese Überlegungen unmittelbar einbezogen werden.

2.7.4 Handlungsempfehlung

Vernetzung
<ul style="list-style-type: none">• Weiterentwicklung der Kooperation hin zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbund

3 Allgemeine Psychiatrie

3.1 Ambulante Strukturen und Angebote

3.1.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind ein wichtiger Baustein in der psychiatrischen Versorgungskette. Nach § 118 SGB V sind psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Behandelt werden können Personen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Erfolgt die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser, ist eine Ermächtigung vom Zulassungsausschuss erforderlich.

Der zentrale Standort der PIA ist die Psychiatrische Klinik (medius KLINIKEN) in Kirchheim unter Teck. In Nürtingen am Klinikstandort Säer, in Bernhausen an der Tagesklinik und in Esslingen in der Bahnhofstraße werden Außenstellen vorgehalten. Mit dem Umzug der psychiatrischen Betten von

⁶² Koalitionsvertrag zwischen Bündnis 90/Die Grünen und CDU Baden-Württemberg 2016 - 2021 S. 89

Plochingen nach Kirchheim u.T. ist ebenfalls ein Wechsel der PIA vollzogen worden. Am 02.12.2016 haben die medius KLINIKEN bei der Kassenärztlichen Vereinigung einen Antrag auf Ermächtigung für die Einrichtung einer Außenstelle der PIA Kirchheim in Plochingen gestellt, für die seit Mai 2017 eine zunächst auf 2 Jahre befristete Zulassung erfolgt ist. Damit sind kreisweit an 5 Standorten PIA-Angebote vorhanden. Neben den medius KLINIKEN hat die Samariterstiftung mit den beiden Tageskliniken in Nürtingen und Esslingen eine Zulassung inne.

Die Auswertung der mittleren Fallzahlen der Psychiatrischen Institutsambulanzen zeigt, dass seit dem Jahr 2011 durchschnittlich rund 1.234 Patientinnen und Patienten Leistungen pro Quartal erhalten haben. Bedingt durch den Umzug von Plochingen nach Kirchheim u.T. und durch personelle Engpässe waren die Fallzahlen bei den medius KLINIKEN um rund 150 zurückgegangen, sind aber im Jahr 2017 wieder auf 1.164 angestiegen. Eingerechnet sind die Fallzahlen der Tagesklinik Bernhausen. Bei den Tageskliniken der Samariterstiftung hat sich die mittlere Fallzahl im Jahr 2017 um etwa 60 im Vergleich zu 2011 erhöht. Zahlen vor 2011 wurden nicht ausgewertet. Die Finanzierung erfolgt als Kassenleistung über Fallpauschalen pro Abrechnungsquartal. Die Behandlungszeiträume können sich über ein bis vier Quartale erstrecken.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen sind als Teil der Gesamtversorgung etabliert. Sie sind für allgemein-psychiatrisch, gerontopsychiatrisch und für suchtkranke Menschen bei entsprechender Chronizität zuständig. Sie kooperieren eng mit den niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten.

Es ist außerdem ratsam, die zu erbringenden Komplexleistungen gut mit den weiteren Angeboten und Leistungen der Gemeindepsychiatrischen Dienste zu verzahnen. Dabei sollte im Mittelpunkt stehen, dass sich die Leistungen auf den individuellen Bedarf beziehen und nicht die Person die einzelnen Leistungen „einsammeln“ muss.

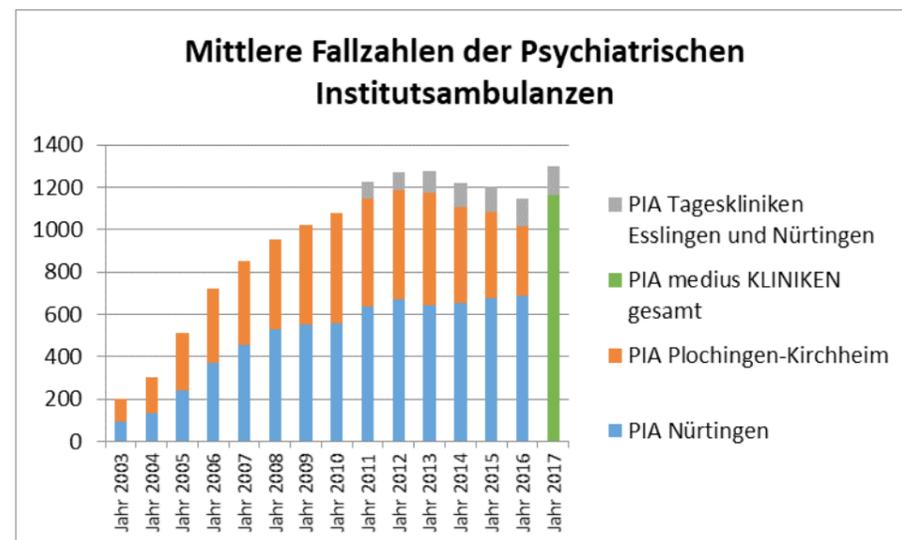


Abb. 2: Mittlere Fallzahlen der Psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene im Landkreis im Jahresvergleich

Ab dem Jahr 2017 und mit dem Bezug des Neubaus sind die PIA-Leistungen der medius KLINIKEN zusammengefasst. Standorte der PIA werden in Kirchheim u.T., Nürtingen, Bernhausen und Plochingen vorgehalten. Nicht einbezogen sind die PIA-Leistungen des Zentrums für Psychiatrie Zwiefalten, der forensischen PIA des Zentrums für Psychiatrie Weissenau und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe Kapitel 2).

3.1.2 Versorgung mit Ärzten und Psychotherapeuten

Mit Stichtag 31.12.2016 waren 19 Nervenärzte / Psychiater, davon 15 zugelassen in Praxen und 4 angestellt, tätig. Während sich die Zahl der Psychiater im Vergleich zum Jahr 2008 von 22 auf 19 reduziert hat, ist die Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten (von 52 auf 69) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (von 17 auf 25) angestiegen.

Tabelle 1: Zulassung Psychiater und Psychotherapeuten im Landkreis Esslingen (Quelle Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)

	Anzahl gesamt	zugelassen (in Praxen)	angestellt	Männer	Frauen
Nervenärzte / Psychiater	19	15	4	13	6
Neurologen	7		7	2	5
Kinder- und Jugendpsychiater	6	4	2	3	3
Fachärzte für Psychotherapie und psychosomatische Medizin	29	28	1	11	18
ermächtigte Krankenhausärzte (Psychiater)	4		4	2	2
Psychologische Psychotherapeuten	69	60	9	21	48
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	25	22	3	2	23

Die bereits im letzten Psychiatrieplan thematisierte Altersentwicklung ist weiter vorangeschritten. Nur noch rund 10,6 Prozent der Psychiater sind unter 50 Jahre alt, 52,6 Prozent sind zwischen 50 und unter 60 Jahre und 36,8 Prozent sind über 60 Jahre alt. Noch gravierender ist die Altersstruktur bei den Psychotherapeuten; bei beiden Berufsgruppen (Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sind knapp 50 Prozent über 60 Jahre alt. In wenigen Jahren wird ein Generationswechsel einzuleiten sein. Ob ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen bzw. ausgebildet werden, kann bezweifelt werden. Die bereits vorhandene Wartezeit für eine psychiatrische Behandlung oder eine ambulante Psychotherapie weisen bereits heute auf eine auf Kante genährte knappe Versorgung hin.

Die Kooperation der niedergelassenen Psychiater mit den Sozialpsychiatrischen Diensten und der psychiatrischen Pflege ist im Wesentlichen als positiv und fachlich fundiert zu beschreiben. Dies wird in den vertraglichen Regelungen, der Ordnungspraxis und der Leistungserbringung sichtbar.

Das folgende Diagramm zeigt die Praxissitze bezogen auf die Verbundregionen im Landkreis. Im Vergleich zum Jahr 2008 haben sich nur geringfügige Veränderungen in der Verteilung der Sitze nach Regionen im Landkreis ergeben.

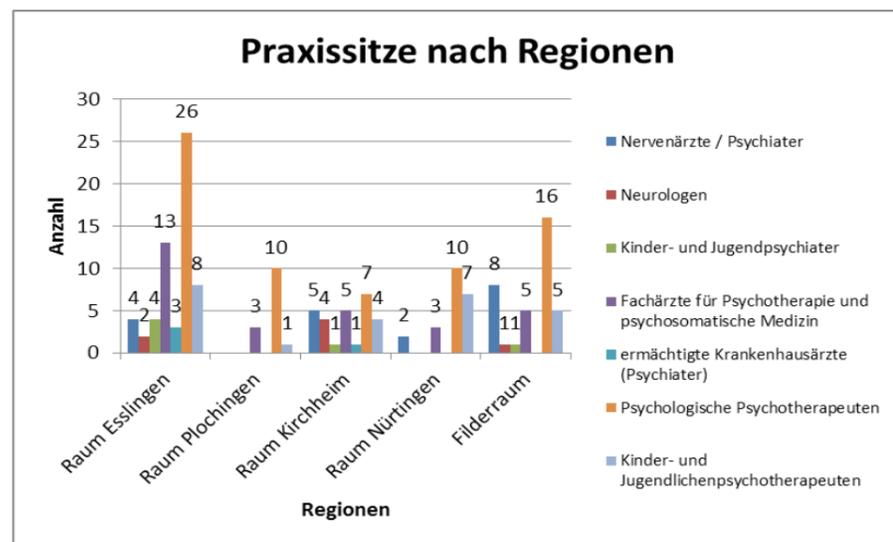


Abb. 3: Praxissitze der Psychiater/Neurologen/Psychotherapeuten nach Verbundregionen im Landkreis zum 31.12.2016

Die dichteste Versorgung mit Psychotherapeuten zeigt sich im Raum Esslingen, die höchste Anzahl an niedergelassenen Psychiatern im Filderraum.

3.1.3 Sozialpsychiatrische Dienste

Mit dem am 01. Januar 2015 in Kraft getretenen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste und der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) auf eine formelle Rechtsgrundlage gestellt. Hierdurch werden die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung gewährleistet und die Rechte psychisch kranker Menschen gestärkt.

§ 6 des PsychKHG definiert die grundsätzlichen Förderbedingungen.

Die Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für die Förderung von Sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi), in der Fassung vom 09.11.2015, regelt die Zuwendungsvoraussetzungen, Leistungsbereiche und Personalanforderungen der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Aufgabe der Dienste ist es, die ambulante Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen sicherzustellen. Ziel der Leistungen ist dabei, Erkrankungen und Behinderungen frühzeitig zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen, chronisch psychisch kranken Menschen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und Krankheitsrückfälle sowie Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die Leistungen umfassen Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention, auch aufsuchend, sowie die Vermittlung sozialer Hilfen.

Die Fallzahlen der längerfristigen Betreuungen liegen seit dem Jahr 2010 konstant bei rund 600. Deutlich gestiegen ist die Gesamtzahl der Betreuungen, die Kurzkontakte und indirekte Kontakte (zum Beispiel die Beratung von Angehörigen) umfasst.

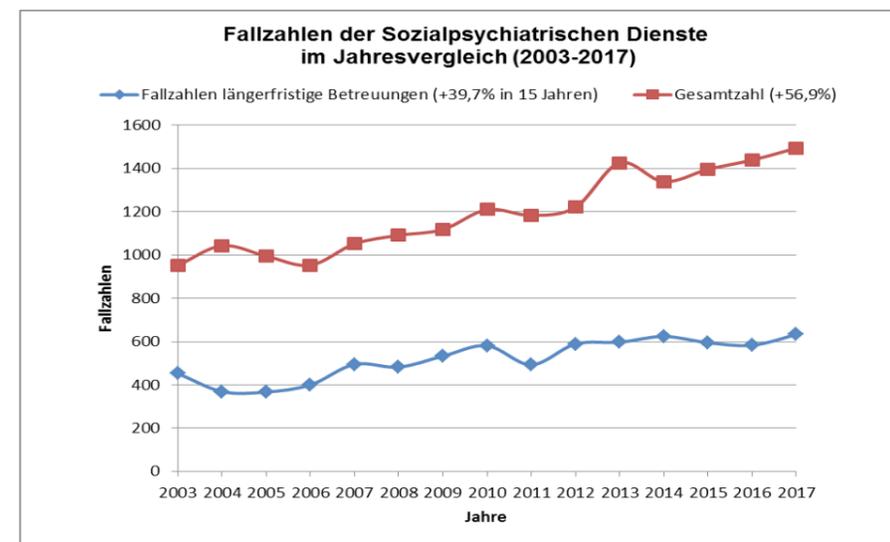


Abb. 4: Fallzahlen der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahresvergleich 2003 bis 2017

Die Altersverteilung der längerfristig betreuten Klienten im Landkreis war in den letzten fünf Jahren relativ konstant. 55,5% der Personen sind zwischen 41 und 60 Jahre alt, 19,5% sind 28 bis 40 Jahre alt, 13,3% über 60 Jahre und knapp 11% 27 Jahre und jünger. 51% der betreuten Personen lebten im Berichtsjahr 2017 alleine, je 21% mit Partner und/oder Kindern und 20,4% mit Eltern und über 6% in betreuten oder privaten Wohngemeinschaften. Sowohl in der Altersverteilung als auch den Lebensverhältnissen sind keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zu den Auswertungen im letzten Psychiatrieplan ersichtlich. Die Korrelation zwischen psychischer Erkrankung und möglicher Vereinsamung hat Bestand.

Der Anteil der Frauen aller betreuten Personen der Dienste lag auf Kreisebene im Jahr 2016 bei 55%, der Männer bei 45%. Während beim Esslinger Dienst der Männer- und Frauenanteil nahezu gleich ist, beträgt beim Sozialpsychiatrischen Dienst Kirchheim das Verhältnis Frauen zu Männer signifikant abweichend fast zwei Drittel zu einem Drittel.

Bei den Hauptdiagnosen der längerfristigen Betreuungen sind mit rund 65% die psychotischen Erkrankungen und die affektiven Störungen vorrangig. In den Jahren 2010 bis 2014 lag der Anteil bei 75%. Leichte Steigerungen zeigen sich bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen im Zeitraum 2014 bis 2017.

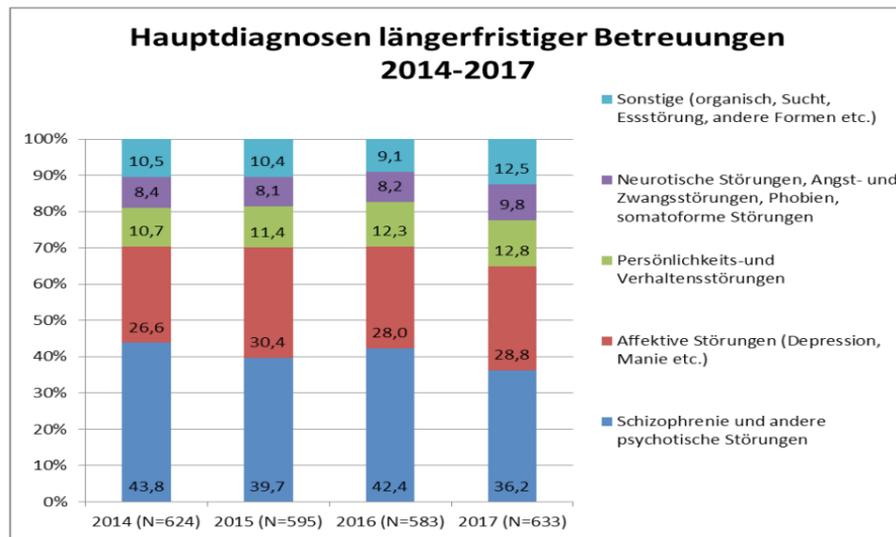


Abb. 5: Hauptdiagnosen längerfristiger Betreuungen in den Jahren 2014 bis 2017

Am 17. November 2016 (Sitzungsvorlage Sozialausschuss Nr. 106/2016) hat der Sozialausschuss eine Erhöhung der Förderung durch den Landkreis von 203.000 € auf 253.200 € beschlossen. Damit wurde der über 20 Jahre konstant gebliebenen Förderung und den gestiegenen Fallzahlen ein gutes Stück weit Rechnung getragen. Bedingt durch die sich unterschiedlich entwickelten Einwohnerzahlen in den einzelnen Verbundregionen im Kreis, insbesondere im Vergleich des Filderraums und Plochingen, wird künftig ein Teil der Förderung einwohnerbezogen ausbezahlt. Die Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste erfolgt zwischen dem Land und den Kreisen komplementär. Der Landesanteil beträgt seit 2013 jährlich 189.000 €. Er liegt allerdings unter den Finanzierungsanteilen des Landes in den 90er Jahren. Aus kommunaler Sicht ist das Land gefordert, sich der gesetzlichen Verpflichtung bewusst zu werden und den eigenen Förderanteil zu steigern.

3.1.4 Soziotherapie

Soziotherapie als Krankenkassenleistung nach Rahmenvertrag⁶³ ist ein fester Bestandteil im Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste. Die Leistung der Soziotherapie ist im § 37a SGB V geregelt. Sie soll Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht durchführbar ist.⁶⁴

In den letzten 5 Jahren lagen die Verordnungen relativ konstant im Mittel bei 155. Zwischen den einzelnen Diensten weicht die Zahl zugelassener Soziotherapeuten ab, was entsprechend auch Auswirkungen auf die Anzahl der Verordnungen hat.

⁶³ Rahmenvertrag nach § 132b SGB V über die Versorgung mit Soziotherapie in der Fassung vom 15.03.2016
⁶⁴ ebd.

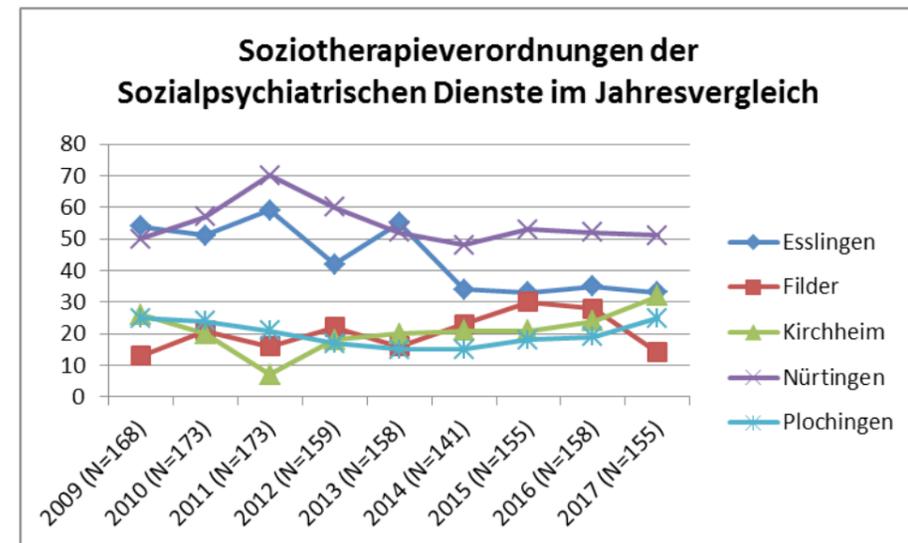


Abb. 6: Soziotherapieverordnungen der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahresvergleich

Soziotherapie ist im Landkreis ein geeignetes Mittel, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden, zu verkürzen und Wiederaufnahmen zu begrenzen. Landesweit sank zwar der Anteil der Patienten und Patientinnen, die 2017 das Angebot der Soziotherapie nutzen konnten, auf 1.533 Personen (2016: 1.705 Personen).⁶⁵ Wenn auch einzelne Personen mehrere Verordnungen erhalten, so wird deutlich, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste im Landkreis mit rund 155 Verordnungen in der Spitzengruppe der Leistungserbringer für Soziotherapie im Landesvergleich liegen.

Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren erbracht werden.⁶⁶ Soziotherapie verordnen können vor allem Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde, psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Vertragspsychotherapeuten und Psychiatrische Institutsambulanz. Verordnungsfähig sind schwere psychische Erkrankungen aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises, aber auch andere nach Diagnoseschlüssel ICD-10 (F-Diagnosen), wenn sich aufgrund der Gesamtsituation und nach fachärztlicher Einschätzung eine medizinische Erforderlichkeit bei Fähigkeitsstörungen ergibt. Die Richtlinien, Zulassungsbedingungen und die Genehmigungspraxis sind im Vergleich zum Zeitraum des letzten Psychiatrieplanes weiterentwickelt und angepasst worden. Aus planerischer Sicht geht es darum, die Leistung der Soziotherapie weiter zu etablieren, für ausreichend zugelassene Soziotherapeuten zu sorgen und die Leistung eng im Gemeindepsychiatrischen Verbund einzubinden.

3.1.5 Ambulante psychiatrische Pflege

Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen (...), wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt

⁶⁵ Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2017, Herausgeber: Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.
⁶⁶ Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Stand: 8. Juni 2017

werden kann. Sie umfasst Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.⁶⁷ Der Gemeinsame Bundesausschuss, bestehend aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, hat Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V beschlossen. In der Nummer 27a sind die Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege beschrieben.⁶⁸ Das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz, Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und das Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten stehen im Vordergrund. Die verordnungsfähigen F-Diagnosen sind im Weiteren aufgeführt. Störungen des Antriebs oder der Ausdauer, Einschränkung des planerischen Denkens oder des Realitätsbezuges, Einbußen der Kontaktfähigkeit, Konzentration und Merkfähigkeit, Krisenbewältigung und Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik sind wesentliche Kriterien. Die Dauer und Häufigkeit der Maßnahme ist auf bis zu vier Monate und bis zu 14 Einheiten pro Woche bei abnehmender Frequenz begrenzt. Ist ein Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten erforderlich (Verlängerung), ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen.⁶⁹

Ambulante psychiatrische Pflege wird durch Pflegekräfte in Esslingen und Nürtingen erbracht. In Esslingen ist der VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. (VSP) seit 2001 Träger des Dienstes. Er verfügt über eine eigene Zulassung als Fachpflegedienst und hat darüber hinaus eine Kooperation mit einer Sozialstation abgeschlossen. Einzugsgebiet ist die Stadt Esslingen. Die Zahl der Hausbesuche beträgt etwa 60 pro Tag. Eine Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund und eine enge Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Fachärzten und Hausärzten ist Bestandteil der Arbeit. Der Sozialpsychiatrische Dienst in Nürtingen in Trägerschaft des Kreises hat seit dem Jahr 2000 Fachkrankenschwestern/-pfleger bzw. Pflegepersonal mit Psychiatrieerfahrung beschäftigt, die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen über Behandlungspflege und nach der Pflegeversicherung in Nürtingen und im Umland erbringen. Basis bildet ein Kooperationsvertrag mit der Diakonie- und Sozialstation Nürtingen.

In den anderen Kommunen im Landkreis bestehen einzelfallbezogene Lösungen durch Erbringung von ambulanten Pflegeleistungen über die jeweils vorhandenen Sozialstationen. Die Leistungen werden auf Grundlage der Richtlinien für häusliche Krankenpflege erbracht.

Mit der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze und der Einführung von Pflegegraden haben sich die Rahmenbedingungen verändert. Im Kapitel Gerontopsychiatrie wird ausführlicher auf die Neuerungen und das Begutachtungsinstrument eingegangen. Die Leistungen betreffen auch alle psychisch kranken Menschen, die in einen Pflegegrad eingestuft sind. Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1 bis 5 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser Betrag ist zweckgebunden und kann für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden (§ 45 SGB IX). Der § 45 SGB XI umfasst auch Angebote zur Haushaltsführung

⁶⁷ § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege SGB-Texte Boorberg-Verlag

⁶⁸ Häusliche Krankenpflege-Richtlinie Stand: 2. Juni 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 01.06.2017 B3 in Kraft getreten am 2. Juni 2017

⁶⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss über die Änderung von häuslicher Krankenpflege – Psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 19. Juli 2018

im Sinne haushaltsnaher Dienstleistungen. Aus Sicht der Psychiatrieplanung ist auf Ebene der Gemeindepsychiatrischen Verbände die Möglichkeit eröffnet, unter den definierten Bedingungen Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen aufzubauen und diese Leistungsberechtigten in der sozialpsychiatrischen Versorgung zugänglich zu machen.

3.1.6 Sucht und Prävention

Die Beratungsstelle Sucht und Prävention Landkreis Esslingen wird ab 01.01.2019 die Arbeit in einer neuen Organisationsform starten. In der Folge eines einjährigen Organisationsentwicklungsprozesses werden die ehemaligen Beratungsstellen Jugend- und Drogenberatung und Psychosoziale Beratungsstelle (PSB) sowie die Stelle der Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunale Suchtbeauftragte in einer Organisationsform zusammengefasst. Menschen mit Alkoholproblemen, pathologischem Glücksspiel, Medikamentenabhängigkeit sowie Erwachsene und junge Menschen mit Drogenproblemen jeglicher Art und deren Angehörige werden unabhängig vom Alter beraten und unterstützt. An vier Standorten (Kirchheim u.T., Nürtingen, Leinfelden-Echterdingen und Esslingen) werden Aufgaben der Grundversorgung suchtkranker und suchtgefährdeter Menschen, ergänzt durch niederschwellige Beratungskonzepte zur Konsumreduktion im Bereich Alkohol und Drogen, sowie Aufgaben der Suchtprophylaxe in allen Lebensbereichen (vom Kindergarten bis zum Alter) angeboten. Gleichzeitig werden von der Beratungsstelle Sucht und Prävention landkreisweite Aufgaben der Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunale Suchtbeauftragte übernommen, die vom Sozialministerium vorgegeben sind.

Die Stadt Esslingen bietet als Träger der PSB Esslingen ein eigenes Suchthilfeangebot für Menschen ab 25 Jahren mit Problemen im Bereich Alkohol, Glücksspiel und Medikamentenabhängigkeit an und versorgt auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags mit dem Landkreis aus dem Jahr 2014 mit einer gemeinsam entwickelten und abgestimmten Gesamtkonzeption das Stadtgebiet Esslingen sowie die Gemeinden Aichwald, Altbach, Baltmannsweiler, Deizisau, Denkendorf, Hochdorf, Lichtenwald, Ostfildern, Plochingen, Reichenbach a.d.F. und Wernau (Neckar). Für Menschen bis 25 Jahre im Bereich Alkohol ist die Beratungsstelle Sucht und Prävention im gesamten Landkreis Esslingen zuständig.

Aufgaben

- Suchtkranke, Suchtgefährdete, deren Angehörige und Bezugspersonen sowie anderen Ratsuchenden Information und Beratung zu erteilen, sie in ambulante oder stationäre medizinische Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen oder in Hilfen zur beruflichen Eingliederung zu vermitteln sowie solche Hilfen und Maßnahmen zu unterstützen und vorzubereiten.
- Suchtkranke auf der Grundlage eines Hilfeplans ambulant zu behandeln; bei von illegalen Drogen Abhängigen diese insbesondere im Rahmen einer Substitutionsbehandlung nach den BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) in der jeweils geltenden Fassung in Kooperation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin psychosozial zu betreuen.

- Im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Therapie Aufgaben der Nachsorge mit dem Ziel einer umfassenden psychischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation zu übernehmen sowie im Rahmen des Kommunalen Suchthilfenetzwerks an der Entwicklung örtlicher vorbeugender Maßnahmen mitzuwirken und selbst Initiativen zu ergreifen.

Die Fallzahlen in der ehemaligen PSB lagen mit einer üblichen Schwankungsbreite in den letzten 10 Jahren bei durchschnittlich 850 Betreuungen. Die Zahl der Menschen mit einer Suchtdiagnose und einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose haben in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen. Man kann von 50 - 60% bei alkoholabhängigen Menschen ausgehen. Bei komorbiden psychiatrischen Zusatzdiagnosen bei Klienten mit Alkoholproblematik handelt es sich vor allem um Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. In der suchtspezifischen Datenerhebung werden Zusatzdiagnosen nicht erfasst, deshalb liegen keine genauen Zahlen für die Beratungsstelle vor.

Die Jugend- und Drogenberatung betreut mit geringen Schwankungen jährlich ca. 1.100 Personen. Erst seit dem Jahr 2018 können über ein Dokumentationsprogramm auch Hinweise auf eine Doppeldiagnose erfasst werden. Sofern eine gesicherte Diagnose durch einen Arzt vorliegt, kann diese erfasst werden. Zu beobachten sind nicht nur bei Klienten im fortgeschrittenen Erwachsenenalter, sondern auch bei jungen Klienten Auffälligkeiten aus dem Spektrum psychischer Erkrankungen. Diese Altersgruppe ist mit 37% aller Klienten eine große Zielgruppe des Angebots. So waren 2017 139 Klienten unter 18 Jahren, 238 Klienten im Alter zwischen 19 und 25 Jahren und 86 Klienten im Altersbereich bis 28 Jahre.

Liegt ein Verdacht auf eine Doppeldiagnose vor, so handelt es sich vor allem um Symptome aus den Bereichen drogeninduzierter Psychosen, Angststörungen, Depressionen, AD(H)S und Borderline, in selteneren Fällen auch Essstörungen und pathologisches Glücksspiel.

Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Versorgung, insbesondere den medius KLINIKEN aus Sicht der Beratungsstelle Sucht und Prävention

- qualifizierte Entgiftungsbehandlungen
- wöchentliche Informationsgruppen der Suchtberatungsstelle und der Sucht-Selbsthilfegruppen für Patienten in der Entgiftungsbehandlung
- Koordination der Selbsthilfegruppen, die sich im Rahmen der Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus vorstellen
- Nahtlosverlegungen aus der qualifizierten Entgiftungsbehandlung heraus direkt in Rehabilitationseinrichtungen
- Kooperation mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Rahmen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sind Nachteile für motivierte Suchtpatienten, die eine Aufnahme in die Entgiftungsbehandlung anstreben, gegeben. Eine reine Motivationsbehandlung (wenn Patienten allein aufgehört haben zu trinken) ist über die Leistungsträger nicht mehr abzurechnen. „Trockene“ Patienten werden abgewiesen.

Die Wartezeiten auf einen Platz zur qualifizierten Entgiftung sind lang und machen den Zugang hochschwierig. Patienten, die sich für eine Entgiftungsbehandlung entschieden haben, brauchen eine hohe Motivation, um mehrmals anzurufen und nach einem Aufnahmetermin zu fragen.

Kooperationsbeziehungen zu den jeweiligen Sozialpsychiatrischen Diensten bestehen in unterschiedlicher Intensität.

Mit Sorge wird landesweit die Entwicklung im Bereich der substituierenden Ärzte betrachtet, immer mehr Praxen schließen aus Altersgründen und es gibt kaum neue Ärzte, die bereit sind, diese Patienten zu übernehmen. Auch die substituierten Klienten werden immer älter und haben zunehmend altersentsprechende Bedarfe und Beschwerden. Die Auswirkungen der veränderten Richtlinien der Bundesärztekammer für die substitutionsgestützte Therapie Opioidabhängiger (2017) können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden.

Die Frage nach den wohnortfernen Reha-Standorten werden als unproblematisch angesehen, da es im Drogenbereich häufig hilfreich und wünschenswert ist, eine räumliche Distanz zum bisherigen Umfeld aufzubauen.

3.1.7 Beratungsstellen

In kommunaler und freier Trägerschaft existieren im Landkreis differenzierte Beratungsangebote vor allem in Esslingen, Kirchheim u.T., Leinfelden-Echterdingen, Ostfildern, Filderstadt, Nürtingen und Plochingen. Die Angebote umfassen zahlreiche Lebens- und Problemlagen, zum Beispiel die Suchtberatung, die Jugend- und Drogenberatung, die Sexual- und Schwangerschaftsberatung, Frauenhäuser, Fachberatung bei sexueller Gewalt, die Pflegeberatung, die Fachberatung bei Wohnungslosenhilfe, die Schuldnerberatung, die Frühförderstelle, die Trennungs- bzw. Scheidungsberatung, die allgemeine Lebensberatung, Paarberatung, Erziehungs- und Familienberatung, Beratung von jungen Erwachsenen und Krisenberatung. Die hier aufgeführten Beratungsangebote werden punktuell auch von Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Familien genutzt, wenn beispielsweise Partnerschaftsprobleme oder Schulden einen spezifischen Beratungsauftrag erforderlich machen. Alle Beratungsstellen weisen fall- und fachbezogen Schnittmengen mit der psychiatrischen Versorgung auf.

3.1.8 Handlungsempfehlungen

Ambulante Strukturen und Angebote	
•	Kreisweites Angebot mit Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen unter Einbeziehung von Sucht und Doppeldiagnosen, ggf. speziell für chronisch suchtkranke Menschen mit Mehrfacherkrankungen
•	Psychiatrische Pflege soll in allen Verbänden des Landkreises vorhanden sein
•	Aufbau ambulanter Rehabilitation / Frührehabilitation

Ambulante Strukturen und Angebote

- Verbesserung der Lotsenfunktion, Etablierung und Vertiefung von Beratung, Peerberatung
- Suchtmedizinische Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte

3.2 Teilstationäre Strukturen und Angebote

3.2.1 Allgemeine Tageskliniken

Im Landkreis Esslingen sind 81 tagesklinische Plätze vorhanden. Nicht berücksichtigt sind hier tagesklinische Plätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie, die in den jeweiligen eigenen Kapiteln des Psychatrieplanes angeführt werden.

Die Standorte Esslingen (Panoramaklinik) und Nürtingen (Im Schloßle) werden von der Samariterstiftung betrieben, die Tagesklinik in Bernhausen durch die medius KLINIKEN. Letztere weist die Besonderheit auf, dass von den 26 Plätzen 20 Plätze für Erwachsene bis 65 Jahre und 6 Plätze für ältere Patienten vorgehalten werden.

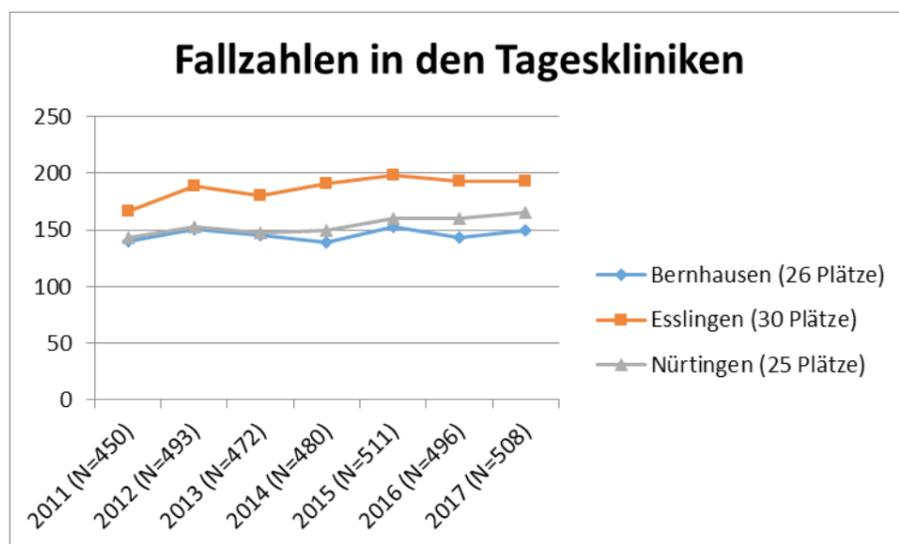


Abb. 7: Fallzahlen in den Tageskliniken in den Jahren 2011 bis 2017

Die Fallzahlenentwicklung zwischen 2011 und 2017 zeigt eine gewisse Parallelität. Die Zahl der behandelten Patienten liegt im Mittel bei 487 pro Jahr.

Die durchschnittliche Verweildauer hat sich angeglichen, sie ist tendenziell rückläufig und liegt bei 39 Tagen Behandlungsdauer. Die Altersverteilung im Zeitraum 2011 bis 2016 in der Tagesklinik in Bernhausen bildet sich wie folgt ab: 48,1% der Patienten sind 44 Jahre und jünger, 42,5% im Alter von 45 bis 64 Jahren und 9,4% 65 Jahre und älter. Die Altersverteilung der Tageskliniken der Samariterstiftung war nicht auswertbar.

Durchschnittliche Verweildauer in den Tageskliniken (Angaben in Tagen)

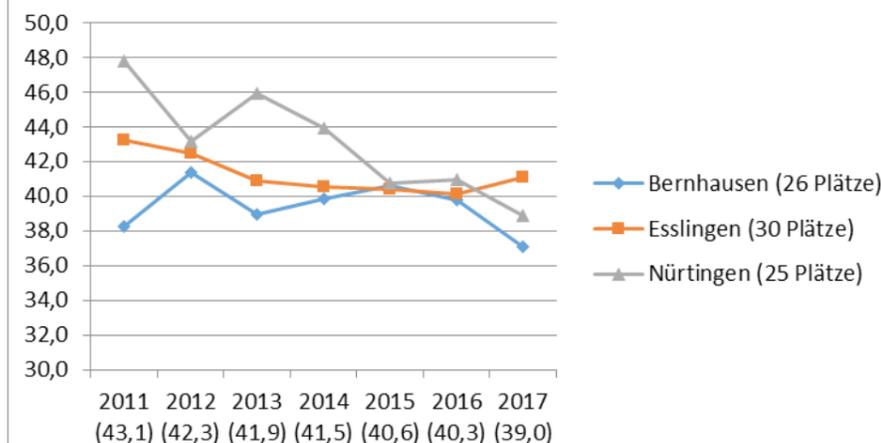


Abb. 8: Durchschnittliche Verweildauer im Zeitraum 2011 bis 2017 in den Tageskliniken im Landkreis (Mittelwert Angabe in Tagen)

Der Schwerpunkt der Behandlungen in den Tageskliniken liegt mit rund 75% der Diagnosen im Bereich der affektiven Störungen, gefolgt von Anpassungsstörungen und neurotischen Störungen (im Mittel 12%). Schizophrene Erkrankungen sind in der Tagesklinik Esslingen häufiger als in Nürtingen. Hier wird abzuwarten sein, ob der Umzug der Psychiatrie von Nürtingen nach Kirchheim u.T. eine Auswirkung auf die Veränderung der Diagnosenverteilung mit sich bringt. Insgesamt hat sich der Anteil der schizophren Erkrankten in den Tageskliniken in den letzten 10 Jahren mehr als halbiert (2007 rund 17%, 2017 rund 7,4%).

Unter Sonstiges sind Suchterkrankungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen zusammengefasst.

Tabelle 2: Diagnosenverteilung in den Tageskliniken im Zeitraum 2011 bis 2017

Diagnosenverteilung in %	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Affektive Störungen (Bernhausen)	62,1	73,5	73,8	77,7	77,8	86,0	79,3
Affektive Störungen (Esslingen)	67,3	77,0	73,7	69,4	71,5	72,3	70,8
Affektive Störungen (Nürtingen)	71,9	74,4	76,0	72,6	75,3	74,3	71,8
Anpassungsstörungen und neurotische Störungen (Bernhausen)	15,0	12,6	12,4	10,0	12,6	15,0	6,7
Anpassungsstörungen und neurotische Störungen (Esslingen)	9,9	7,3	6,6	10,2	10,5	10,2	13,0
Anpassungsstörungen und neurotische Störungen (Nürtingen)	13,2	9,3	11,2	13,3	16,0	15,0	16,2
Persönlichkeitsstörungen (Bernhausen)	3,6	5,3	4,8	4,3	2,0	2,1	4,3
Persönlichkeitsstörungen (Esslingen)	8,7	2,4	3,6	7,2	7,0	7,3	6,2
Persönlichkeitsstörungen (Nürtingen)	9,1	10,1	5,6	7,8	5,1	5,0	6,4
Schizophrene Störungen (Bernhausen)	17,1	8,6	7,6	7,2	9,8	4,2	9,8
Schizophrene Störungen (Esslingen)	12,3	12,7	15,5	13,2	11,0	9,0	7,5
Schizophrene Störungen (Nürtingen)	3,3	3,1	3,2	4,7	2,9	2,8	4,9
Sonstige (Bernhausen)	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0
Sonstige (Esslingen)	1,8	0,6	0,6	0,0	0,0	1,2	2,5
Sonstige (Nürtingen)	2,5	3,1	4,0	1,6	0,7	2,9	0,7

Die Tageskliniken stellen ein wichtiges Behandlungssegment in der klinischen Versorgung dar.

Die Behandlungszeiten sind werktäglich von 8:00 bis 17:00 Uhr. Durch tagesklinische Aufenthalte können stationäre Behandlungen vermieden oder verkürzt werden. Sie haben in der Regel bedingt durch das Setting und eine längere Aufenthaltsdauer mehr therapeutische Optionen zur Verfügung. Für die Akutbehandlung in den Tageskliniken ist eine relative Grundstabilität der Patienten erforder-

lich, da diese die Abende, Nächte und Wochenenden selbstständig verbringen müssen.

In Einzelfällen werden auch Patienten der stationären Psychiatrie im tagesklinischen Status nach Abschluss der vollstationären Leistung weiter behandelt. Eine flächendeckende Versorgung im Landkreis ist aber erst mit einem weiteren Standort in Kirchheim u.T. umsetzbar. Dies erfordert seitens des Landes zusätzliche mindestens 20 tagesklinische Betten. Eine Verzahnung mit der stationären klinischen Psychiatrie ermöglicht Synergieeffekte und Wirtschaftlichkeit.

Die Überlegungen von tagesklinischen Plätzen für Suchtkranke wurden nicht weiterverfolgt. In den bestehenden Tageskliniken spielen die Suchterkrankungen zumindest als Primärdiagnosen nur eine untergeordnete Rolle. Entzugsbehandlungen finden im stationären Kontext statt, weitere anschließende Langzeittherapien werden in spezialisierten Einrichtungen oder über ambulante Therapien ausgeführt.

3.2.2 Handlungsempfehlung

Teilstationäre Strukturen und Angebote

- Ausbau eines tagesklinischen Angebotes in Kirchheim u.T. mit der Option einer Eltern-Kind-Behandlung

3.3 Klinische Strukturen und Angebote

3.3.1 medius KLINIK – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kirchheim

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kirchheim ist Teil der medius KLINIKEN (früher: Kreiskliniken) – einer gemeinnützigen Gesellschaft des Landkreises Esslingen. Mit der Verlegung der Betten der ehemaligen Psychiatrischen Abteilung Plochingen Ende 2014 und dem Umzug der Psychiatrischen Abteilung Nürtingen im Februar 2017 nach Kirchheim u.T. sind somit alle stationären psychiatrischen Betten des Klinikträgers an einem Standort konzentriert und sind Teil des Allgemeinkrankenhauses. Im Zuge der Planungen und der Realisierung des Psychiatrieneubaus konnte die Bettenzahl zunächst auf 206, dann ab 01.08.2018 auf 220 erhöht werden. Damit wurde der dauerhaft hohen Auslastung und der Zunahme der Belegungstage durch das Sozialministerium ein Stück weit Rechnung getragen. Außerdem erhielten die medius KLINIKEN eine investive Förderung für den Neubau.

Die Erhebungen in der klinischen Versorgung sind bis Jahresende 2016 noch getrennt auf die Standorte Nürtingen und Plochingen bzw. Kirchheim u.T. bezogen. Die Entwicklung der Fallzahlen (Abbildung 9) in den letzten 14 Jahren zeigt die tendenziell kontinuierliche Steigerung. Zwischen der niedrigsten Fallzahl im Jahr 2004 und der höchsten Fallzahl im Jahr 2017 beträgt die Zunahme rund 30%.

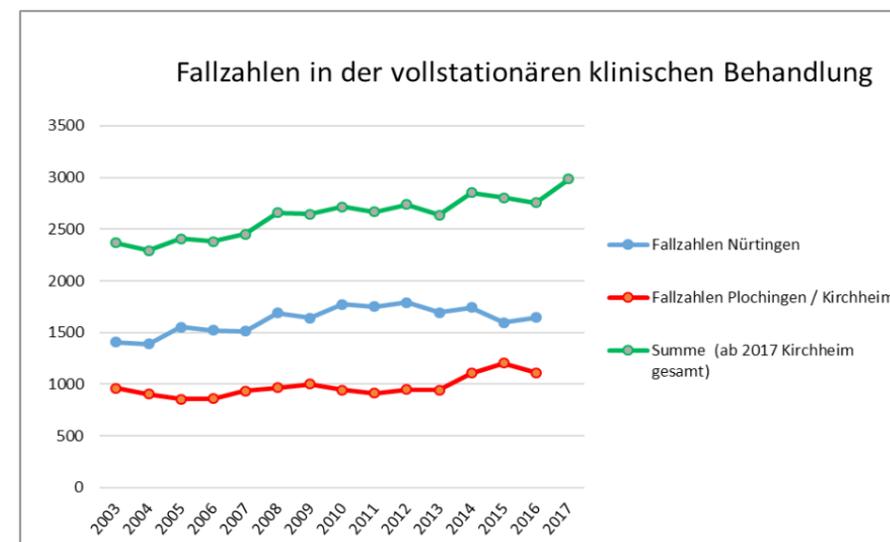


Abb. 9: Fallzahlen in der vollstationären psychiatrischen Versorgung im Zeitraum 2003 bis 2017 (ab 2017 nach Umzug alle Behandlungen am Standort Kirchheim)

Bei bis 2015 konstant niedrigen Bettenzahlen (Nürtingen: N=124 und Plochingen/Kirchheim: N=66) reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer von 27 Tagen im Jahr 2003 auf 24,8 Tage im Jahr 2016. Sie lag in den Jahren 2010 und 2014 mit rund 23 Tagen auf dem niedrigsten Wert. Eine kürzere Verweildauer stellt höhere Anforderungen an die behandelnden Systeme der stationären und ambulanten Versorgung, insbesondere an das Entlassungsmanagement.

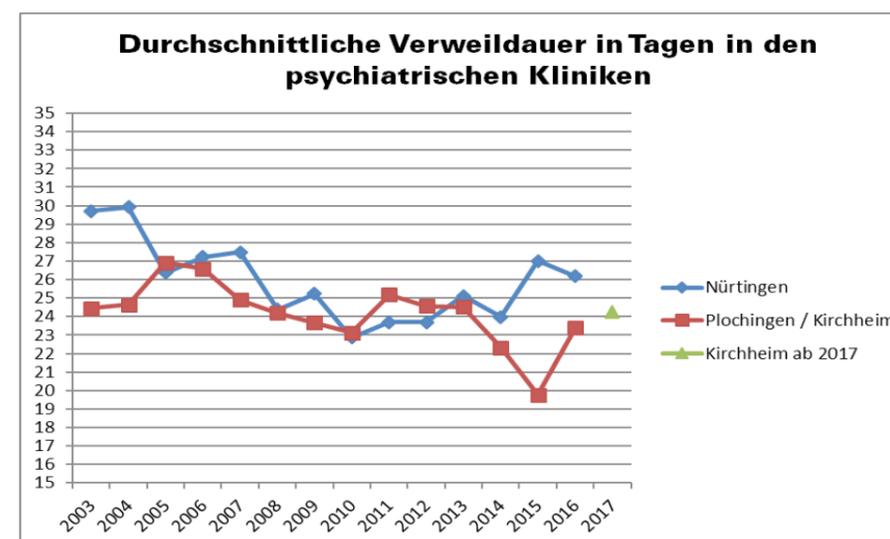


Abb. 10: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in den medius KLINIKEN für Psychiatrie und Psychotherapie

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht ab 2013 eine Veränderung in der Altersverteilung der vollstationär behandelten Patienten dadurch, dass die Zahl der „jüngeren“ Patienten in der klinischen Behandlung zwischen 2013 und 2017 um ein Drittel ansteigt. Die prozentual höchste Steigerung zeigt sich mit rund 48% im Gesamtzeitraum in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre. Die Behandlungszahlen älterer Patienten (65 und älter) liegen weitgehend konstant, jährlich zwischen 500 und 600.

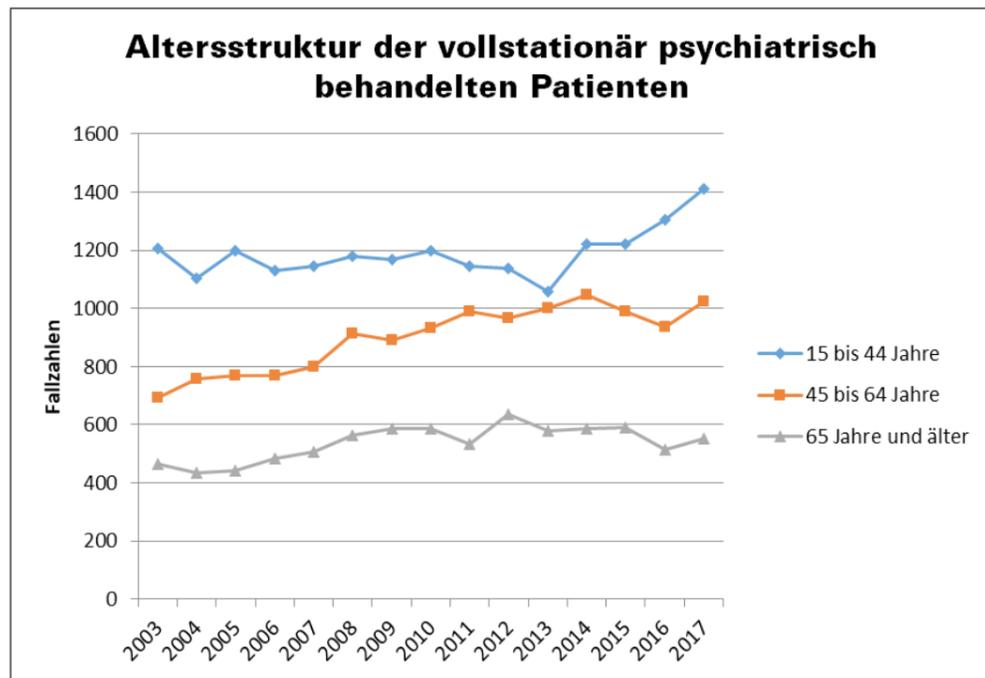


Abb. 11: Altersstruktur der vollstationär behandelten Patienten in der Psychiatrie

Die Diagnosenverteilung zeigt die Schwerpunkte bei den affektiven Störungen, den Suchterkrankungen und den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in unterschiedlicher Ausprägung der beiden Klinikstandorte.

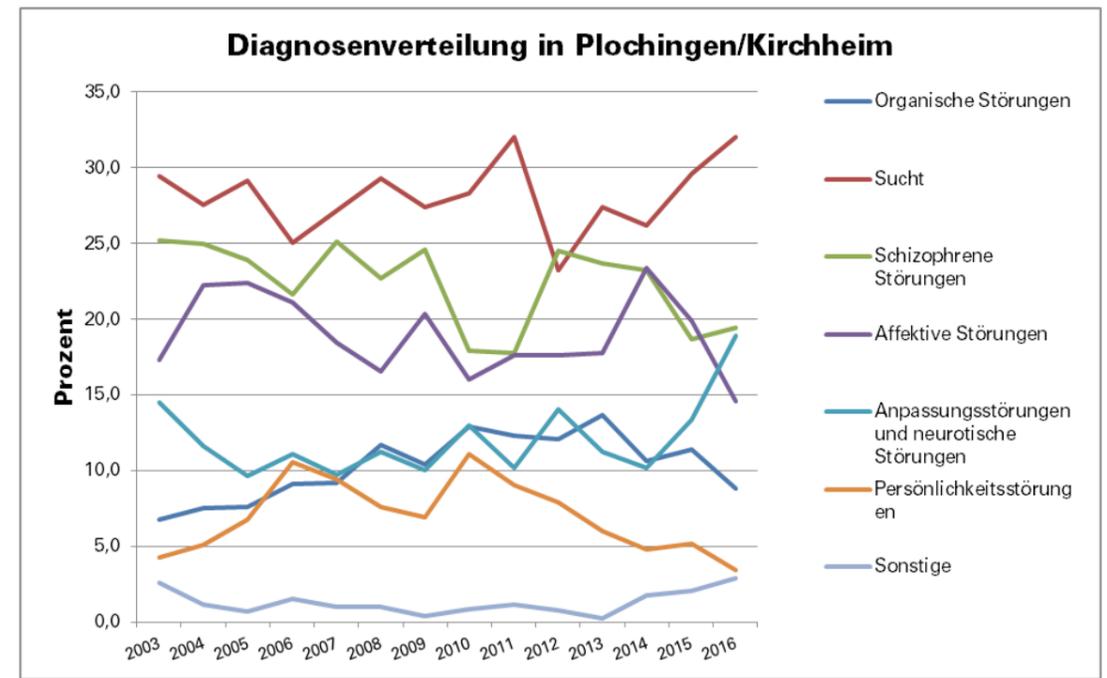


Abb. 13: Verteilung der Diagnosen in Plochingen/Kirchheim im Zeitraum 2003 bis 2016

Im Jahr 2017 hat sich ein leichter Überhang der Suchterkrankungen, gefolgt von affektiven Störungen und schizophrenen Erkrankungen gezeigt.

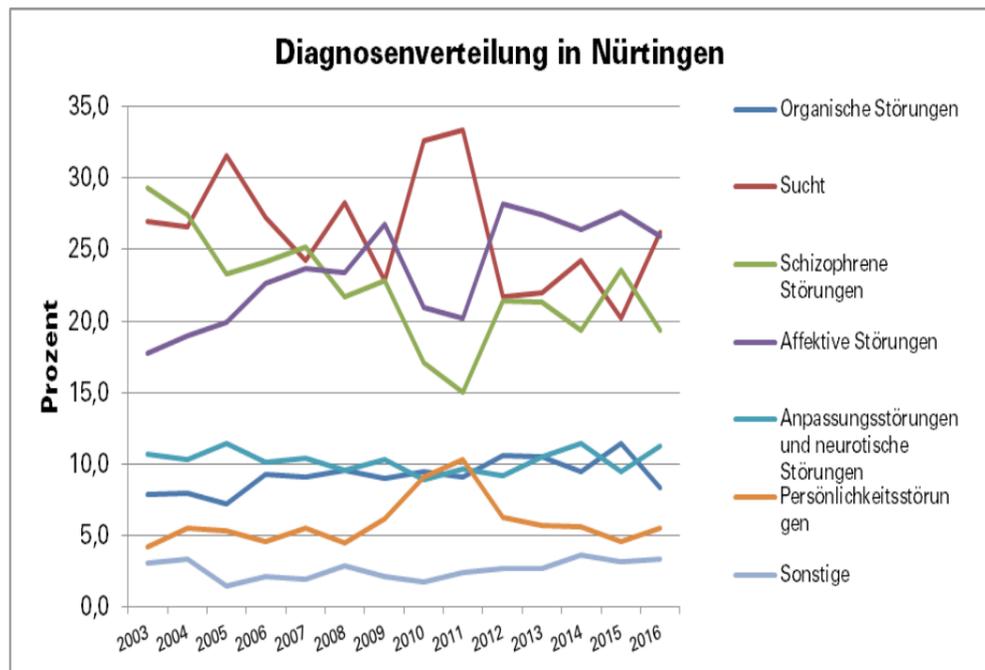


Abb. 12: Verteilung der Diagnosen in Nürtingen im Zeitraum 2003 bis 2016

Tabelle 3: Diagnosenverteilung in den medius KLINIKEN für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2017

Diagnosenverteilung in % Kirchheim 2017 gesamt (N=2987)	%
Organische Störungen	8,6
Sucht	26,9
Schizophrene Störungen	19,3
Affektive Störungen	20,5
Anpassungsstörungen und neurotische Störungen	17,1
Persönlichkeitsstörungen	5,9

Bei der Sicht auf die Genderthematik zeigt sich ein leichtes Plus in der Behandlung von Männern im Vergleich zu Frauen, ansonsten verläuft die Behandlung im Gleichschritt der Geschlechter.

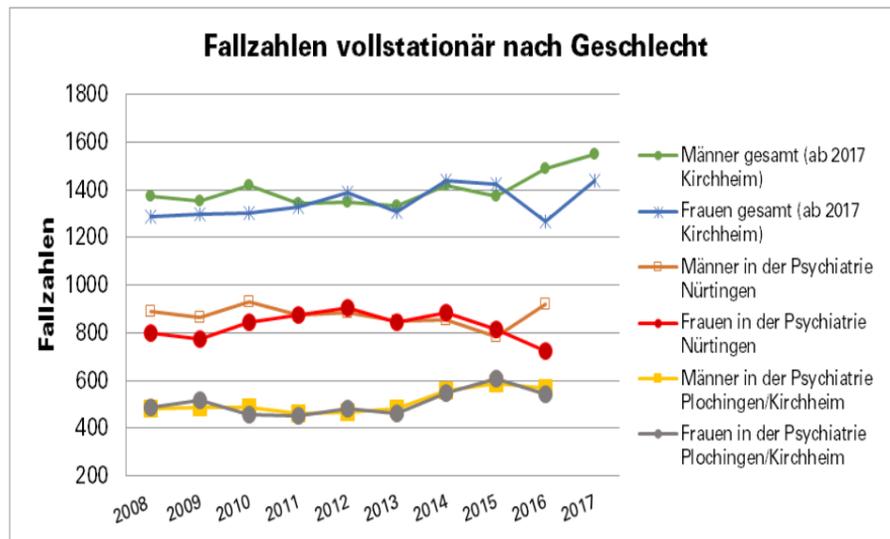


Abb. 14: Fallzahlen vollstationär nach Geschlecht und Klinikstandort im Zeitraum 2008 bis 2017

Die in der folgenden Abbildung dargestellten Wiederaufnahmefälle sind ein möglicher Indikator für nicht ausbehandelte Patienten bzw. für Chronifizierungen oder eine Häufung von Krisensituationen. Wiederaufnahmekonstellationen können sehr verschieden sein.

Beispiel A: Aufnahme zur Krisenintervention nach Selbst- oder Fremdgefährdung, nach wenigen Tagen Entlassung auf Wunsch des Patienten, wenn keine Rückhaltungsgründe vorliegen, nach weiteren wenigen Tagen Wiedereinweisung.

Beispiel B: Behandlung einer Depression im Frühjahr mit guter Stabilisierung, nach Verschlechterung im Winter erneute stationäre Behandlung erforderlich.

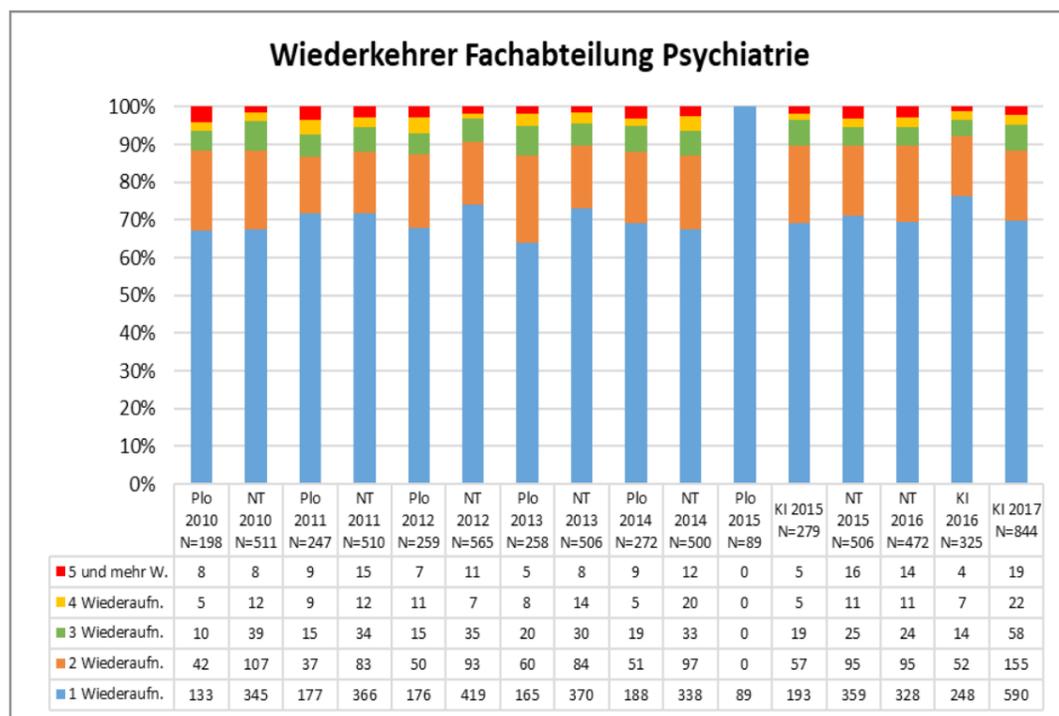


Abb. 15: Wiederaufnahmen in der klinischen Psychiatrie Nürtingen/Plochingen/Kirchheim zwischen 2010 und 2017

Anmerkung:

Die Anzahl der Wiederaufnahmen ist an den einzelnen Klinikstandorten von 2010 bis 2017 abgebildet. Im IV. Quartal 2014 erfolgte der Umzug von Plochingen nach Kirchheim, zu Jahresbeginn 2017 waren alle psychiatrischen Betten in Kirchheim. Aufgrund der geringeren Anzahl von fünf und mehr Wiederaufnahmen wurde die Anzahl zusammengefasst.

Für das Jahr 2017 gab es folgenden Verlauf: Bei 590 Personen kam es im Jahr 2017 zu einer erneuten Aufnahme, bei 155 zu zwei zusätzlichen Aufnahmen, bei 58 zu drei weiteren Aufnahmen usw.. Im Durchschnitt der ausgewerteten letzten 8 Jahre waren 795 Personen von mehr als einer Aufnahme im Jahr betroffen. Die 795 Patienten mit mehr als einem Aufenthalt pro Kalenderjahr waren somit im Mittel 2,5 Mal in Behandlung. Der Mittelwert für die Quote der Wiederaufnahmen lag bei 28,6% (zuletzt im Jahr 2017 bei 28,3%). Dies bedeutet, dass gut ein Viertel der Patienten sich innerhalb eines Jahres mehr als einmal in stationärer klinisch-psychiatrischer Behandlung befand.

Um die im Kapitel Kinder- und Jugendpsychiatrie beschriebenen Übergangphase zwischen den Systemen fachlich fundiert behandeln zu können, wird der Aufbau einer Transitions-Station mit 12 vollstationären Betten bei den medius KLINIKEN vorgeschlagen. Die konzeptionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind detailliert zu erarbeiten und mit den Entscheidungsträgern zu verhandeln.

3.3.2 Andere klinische Angebote

Klinisch psychiatrische Behandlungen können auch im Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Zwiefalten bei allen relevanten Diagnosen stattfinden. Im Einzelfall werden diese Behandlungsangebote von Patienten aus dem Landkreis Esslingen genutzt. Dies gilt auch für weitere klinisch psychiatrische Angebote in den angrenzenden Landkreisen und der Stadt Stuttgart. Der Versorgungsbeitrag des ZfP wird sich mit einer verbesserten Kapazität der klinischen Angebote im Landkreis tendenziell reduzieren.

Die Abteilung in Zwiefalten gehört zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg und umfasst drei Stationen sowie eine Ambulanz. Sie versorgt den südlichen Teil des Landkreises Reutlingen sowie die Kreise Tübingen und Esslingen. Nach Absprache sind auch Aufnahmen aus anderen Landkreisen und Versorgungsgebieten möglich. Aufgenommen werden unter anderem Menschen mit Psychosen oder affektiven Störungen sowie Menschen in akuten Krisen. Die Aufgaben der Abteilung reichen von einer engmaschigen Rund-um-die-Uhr-Betreuung über die Behandlung von chronisch psychisch Kranken bis hin zur Vorbereitung auf selbstständiges Wohnen. Auch Rehabilitationsmaßnahmen sowie Wohnen in der psychiatrischen Familienpflege oder in einer Wohngruppe gehören zum Angebot.

Ein besonderes Angebot bildet die Soteria-Station. Das Behandlungsangebot der Soteria richtet sich an junge Schizophrenieerkrankte, die einer intensiven Behandlung, Betreuung und Begleitung bedürfen. Die Soteria (Station 3010) bietet einen alternativen Ansatz in der Behandlung von Menschen mit Psychosen. In einem möglichst normalen und entspannenden Milieu wird der psychotischen Krise mit mitmenschlicher Präsenz und Begleitung begegnet. Das Behandlungs-

angebot der sozialpsychiatrischen Station 3011 richtet sich vor allem an noch junge Menschen, bei denen eine seit Jahren bestehende psychiatrische Erkrankung noch nicht ausreichend behandelt werden konnte. Häufig haben die Patienten und ihre Angehörigen noch wenig Bewusstsein und Wissen um ihre Erkrankung. Zudem verfügen diese Menschen über wenige Möglichkeiten, ihren Tagesablauf aktiv und sinnvoll zu gestalten. Ziel der Behandlung ist es daher, die Patienten an eine geregelte Ordnungs- und Tagesstruktur heranzuführen. Zur Therapie gehört, ihnen eine vertrauensvolle, entspannende, bergende und stützende Atmosphäre zu bieten und eine größtmögliche Autonomie zu erhalten. Auf die offen geführte Aufnahmestation 3012 werden Menschen mit Schizophrenien, affektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, schweren Essstörungen sowie akut suizidale Patienten aufgenommen. Bei der Behandlung wird Wert daraufgelegt, nicht nur die Defizite, sondern vor allem die Fähigkeiten zu erkennen und zu fördern.

Am Klinikum Esslingen wird in der Abteilung für Erwachsene das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen behandelt. Hierfür stehen 19 stationäre sowie 20 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Umfassendere Ausführungen zur Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Esslingen finden sich im Kapitel 2.3.10.

Neben der Psychosomatik in Esslingen nimmt auch die Filderklinik einen Versorgungsauftrag im Landkreis Esslingen wahr. Sie verfügt über eine Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie mit 27 Betten und 6 teilstationären Behandlungsplätzen.

3.3.3 Stationsäquivalente Behandlung

Der Bundestag hat mit Beschluss vom 19.12.2016 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) verabschiedet.⁷⁰ Dies hat zur Folge, dass Krankenhausbehandlung sowohl stationär als auch stationsäquivalent erbracht werden kann, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Der Gesetzgeber ermöglicht psychiatrischen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung, in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zu erbringen (§ 115d SGB V). Der Krankenträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen zur Verfügung stehen. An der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer können mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragt werden.⁷¹

Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben eine Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung getroffen.⁷² Das häusliche Umfeld muss zur Erreichung des Behandlungsziels geeignet sein, die Behandlung durchführbar und sichergestellt sein. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell besetzt und steht unter fachärztlicher Leitung. Das häusliche Umfeld bezieht sich auch auf

⁷⁰ Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), vom 19.12.2016

⁷¹ ebd.

⁷² Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V vom 01.08.2017

Einrichtungen, wobei die Zustimmung der Einrichtung einzuholen ist. In der Vereinbarung sind im § 4 explizit stationäre Pflegeeinrichtungen und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen genannt.⁷³

Es ist davon auszugehen, dass mit einer Behandlung zu Hause, also anstelle einer vollstationären klinischen Behandlung, ein Teil der Patienten erreicht werden kann. Was bislang lediglich auf Projektbasis des Hometreatments erprobt wurde, eröffnet jetzt neue Möglichkeiten der wohnortbezogenen und milieunahen Behandlung mit dem Vorteil, vorhandene Ressourcen im Lebensumfeld besser mit einzubeziehen und auf Krisen ohne Klinikeinweisung zu reagieren. Von Bedeutung ist auch, dass teilnehmende Leistungserbringer eingebunden werden können. Damit werden der Verbundgedanke gestärkt und Kompetenzen gebündelt.

Insbesondere auch für die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Gerontopsychiatrie ergeben sich somit erweiterte Behandlungsoptionen.

In einem gemeinsamen Eckpunktepapier psychiatrischer Verbände und Fachgesellschaften⁷⁴ wurde ein funktionsbezogener Ansatz ausgerichtet am Bedarf der Patienten in den Mittelpunkt gestellt, dies ungeachtet erforderlicher Diskussionen um die Einführung und einer zu verhandelnden Finanzierung der Leistungen. In der fachlichen Expertise ist das Aufnahmemanagement, die Berücksichtigung des Umfeldes, die Diagnostik und Therapie sowie die weiterführenden Leistungen der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe einbezogen. Die Wirksamkeit von Behandlungsformen im Lebensumfeld ist international ausreichend belegt.⁷⁵

3.3.4 Handlungsempfehlungen

Klinische Strukturen und Angebote	
•	Modellhafter Aufbau zur stationsäquivalenten Behandlung unter Einbindung teilnehmender Leistungserbringer, ambulantes Behandlungsteam mit nachgehendem und aufsuchendem Auftrag
•	Aufbau einer Transitions-Station (für Adoleszenten) mit 12 vollstationären Betten bei den medius KLINIKEN
•	Störungsspezifische Angebote stationär entwickeln und ambulant weiterführen, Einbindung und Anknüpfung an niedergelassene Psychotherapeuten

⁷³ ebd.

⁷⁴ Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)

⁷⁵ ebd.

3.4 Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur

3.4.1 Tagesstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung

Im Landkreis sind insgesamt fünf Tagesstätten vorhanden. Damit liegt der Landkreis Esslingen in der Spitzengruppe im Landesvergleich. Fünf Tagesstätten bedeuten eine gute und niederschwellige Erreichbarkeit. Der VSP – Verein für Sozialpsychiatrie e.V. betreibt das Zentrum für Arbeit und Kommunikation in Esslingen, der Reha-Verein zum Aufbau sozialer Psychiatrie e.V. die Tagesstätten in Kirchheim u.T. und Bernhausen, die Arbeits- und Begegnungsstätten Care gGmbH ist Träger der Tagesstätte in Nürtingen und der Kreisdiakonieverband ist Träger der Tagesstätte in Plochingen. Die Tagesstätten sind ein wichtiger Bestandteil in der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Im Vordergrund steht ein niederschwelliger Zugang für psychisch kranke und nicht nur vorübergehend wesentlich seelisch behinderte Menschen, die auf tagesstrukturierende und fördernde Angebote angewiesen sind. Offener Kontaktbereich, Kurzberatung, Möglichkeit zur Teilhabe an einem Mittagstisch und unterschiedliche Gruppenangebote kennzeichnen die Angebote der Tagesstätten. Bedarfsbezogen wird an andere Dienste weitervermittelt. Die Tagesstätten öffnen sich auch in die jeweilige Gemeinde durch Veranstaltungen und Projekte. Auf Grundlage der gültigen Richtlinien und Fördergrundsätze werden durch den Landkreis angemessene Mietkosten (insgesamt 319.000 Euro) sowie ein Sockelbetrag (532.000 Euro Haushaltsansatz 2017), finanziert. Der Sockelbetrag richtet sich nicht nach der Einwohner- oder Besucherzahl, sondern dient als Zuschuss im Sinne einer Basisfinanzierung und soll ermöglichen, dass das Angebot grundsätzlich aufrechterhalten werden kann. Mit Beschluss vom 28. November 2013⁷⁶ hat der Sozialausschuss die Mittel für Einzelfallhilfen in eine Förderung eines qualifizierten Betreuungs- und Beschäftigungsangebots umgestellt. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Bedarfe der Klienten in den Tagesstätten sich nicht nur an einer intensiven individuellen Tagesgestaltung, sondern mehr durch ein Beschäftigungsangebot im Sinne eines Zuverdienstes auszeichnen. Im Rahmen der gesetzlich möglichen Bedingungen sollen die Klienten der Tagesstätten stundenweise, gelegentlich oder auch regelmäßig einer Beschäftigung nachgehen können, sofern andere Möglichkeiten (Werkstatt, allgemeiner Arbeitsmarkt) aufgrund der nicht vorhandenen Belastbarkeit bzw. durch die Auswirkungen der Erkrankung oder Behinderung nicht oder noch nicht in Frage kommen. Durch die geplante Umschichtung der Mittel im Sinne eines für die Tagesstätten zur Verfügung stehenden Budgets erwächst die Möglichkeit, mehr Personen in den Tagesstätten zu erreichen und die Mittel einfallunabhängig einsetzen zu können.

Werkstattplätze in anerkannten Betriebsstätten sind ein weiterer Teil bei einzelnen Trägern von Tagesstätten, die gleichzeitig Werkstattträger sind. Beschäftigungsmöglichkeiten, Ergotherapie als Krankenkassenleistung – sofern eine Zulassung gegeben ist – und oder befristete Projekte durch Ausschreibungen, bspw. der Agentur für Arbeit, ergänzen das Leistungsspektrum in den Tagesstätten.

Im Oktober 2017 wurden die Leistungen des Arbeits- und Beschäftigungsangebotes (Zuverdienst) in den Tagesstätten im Landkreis differenziert erhoben. Die Auswertung ergab, dass 110 Personen (66 Männer und 44 Frauen) das Angebot nutzten. Der zeitliche durchschnittliche Umfang der

⁷⁶ Tagesstätten für psychisch kranke Menschen - Änderung der Konzeption und Finanzierung – Sitzungsvorlage 138/2013

Arbeitstätigkeit schwankte täglich zwischen 1,7 und 4,2 Stunden je nach Tagesstätte. Bei der Anwesenheit zeigte sich eine große Bandbreite, so nutzte etwa ein Viertel das Angebot an nur bis zu 5 Tagen im Monat, während knapp ein weiteres Viertel annähernd jeden Werktag arbeitete. Nach Absprache mit den Trägern der Tagesstätten wurden die Zuordnung der Platzzahl und damit die Finanzierung im Februar 2018 neu geordnet.

3.5 Werkstätten für seelisch behinderte Menschen und andere Leistungsanbieter

Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen werden erbracht, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern (§ 56 SGB IX). Die Leistungen im Eingangsverfahren (bis zu drei Monaten) und im Berufsbildungsbereich (bis 2 Jahre) fallen in die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit, der Unfallversicherung, der Rentenversicherung oder der Kriegsopferfürsorge. Leistungsträger des sich im Einzelfall anschließenden Arbeitsbereiches sind vor allem die Träger der Eingliederungshilfe, aber auch der Träger der Jugendhilfe, der Unfallversicherung oder der Kriegsopferfürsorge unter den jeweiligen Voraussetzungen.

Die Werkstatt für behinderte Menschen ist nach § 58 SGB IX eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben, die aufgrund der Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können. Der Zugang zur Werkstatt erfolgt durch eine Feststellung im Teilhabeplanverfahren. Sie gilt für Personen, die wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit erbringen. Aufträge durch Arbeitgeber an die Werkstätten können auf die Ausgleichsabgabe angerechnet werden.

Im Landkreis gibt es vier Werkstattträger für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung. Dies sind die Werkstätten des Reha-Vereins Denkendorf mit den Hauptstandorten in Nellingen und Dettingen u. T., die Samariterstiftung mit der Werkstatt in Wendlingen a.N., die Arbeits- und Begegnungsstätten Care gGmbH (ARBEG) unter dem neuen Dach der Werkstätten-Esslingen-Kirchheim (WEK) mit dem Standort in Wernau (Neckar) und befristet bis zum 31.12.2018 ein weiteres Werkstattangebot in Leinfelden-Echterdingen durch den Träger Rudolf-Sophien-Stift. Das zuletzt genannte Angebot wird trägerbedingt nach Stuttgart verlagert. Die Werkstätten sind für den gesamten Landkreis zuständig, der Einzugsbereich ist aber abhängig von der Lage, der Erreichbarkeit und der Anbindung an den Öffentlichen Personennahverkehr. Alle Werkstätten haben neben den Arbeitsangeboten an den Hauptstandorten, häufig in der Produktion, der Montage und dem Verpackungsbereich, ihr Angebot an verschiedenen Arbeitsmöglichkeiten verbreitert. Einzel- oder Gruppenaußenarbeitsplätze ergänzen das Portfolio in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Ein Außenarbeitsplatz bedeutet, dass der Beschäftigte außerhalb des Werkstattstandortes arbeitet, zum Beispiel in einem Betrieb oder einer Verwaltung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Der Beschäftigte behält den Status der Werkstattbeschäftigung und wird vom Leistungserbringer der Werkstatt weiter betreut. Dieser erhält durch den Leistungsträger die übliche Vergütung. Außenarbeitsplätze sind für

einen Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt ein geeignetes Mittel, wenn dieser nach wie vor auch nur in wenigen Einzelfällen gelingt. Im Folgenden sind die wesentlichen Berufsfelder angeführt.

Filderwerkstatt:

Montage und Verpackung, Hauswirtschaft, Textilpflege, Gewürzabfüllung, Garten- und Landschaftsbau, Aktenvernichtung, Lager und Logistik, Mostobstannahme, Verwaltung, Lebensmittelmarkt (CAP-Markt).

Werkstatt am Neckar:

Kabelkonfektionierung, Montagearbeiten, Verpackung, Lageristik, Logistik.

ARBEG Care / WEK:

Montage, Elektrotechnik, Verpackung, Hauswirtschaft, Landwirtschaft, Verwaltung.

Rudolf-Sophien-Stift:

Lagerlogistik, Bürotätigkeiten (befristet bis Ende 2018, danach Verlagerung des Werkstattbereiches aus Trägergründen nach Stuttgart).

Die Zahl der belegten Werkstattplätze (Arbeitsbereich einschließlich Berufsbildungsbereich) hat sich in den letzten vier Jahren bei 350 eingependelt. Neuaufnahmen sind somit im Vergleich mit Beendigungen weitgehend ausgeglichen und lagen zuletzt im Berichtsjahr 2016 bei rund 15% der Beschäftigten pro Jahr. Als Gründe für ein Ausscheiden sind vor allem gesundheitliche Probleme, der eigene Wunsch und der Eintritt in die Altersrente zu nennen. Die Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt gelingt bei drei bis vier Personen pro Jahr und liegt damit bei etwa 1% der Beschäftigten.

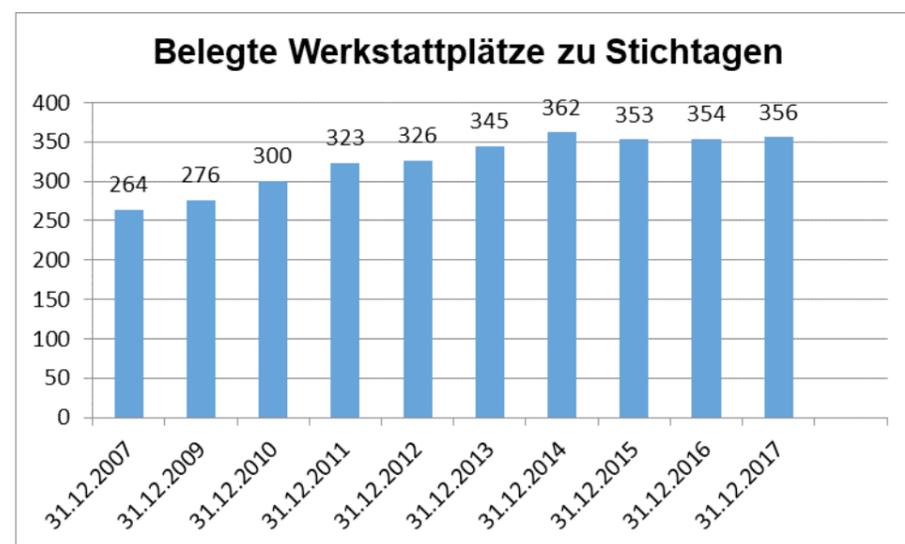


Abb. 16: Zahl der belegten Werkstattplätze der Leistungserbringer für Menschen mit seelischer Behinderung im Landkreis Esslingen (2008 wurden keine Zahlen erhoben)

Die Zahl der Leistungen in Werkstätten über alle Behinderungen betrug am 31.12.2016 im Landkreis 3,65 pro 1.000 Einwohner (Landkreisdurchschnitt 4,20).⁷⁷ Rund 27 Prozent aller Werkstattbeschäftigten im Arbeitsbereich haben eine seelische Behinderung.

Ein Blick auf die Altersentwicklung zeigt, dass der Anteil der über 50-jährigen in den Werkstätten im Kreis tendenziell angestiegen ist. Bei der Auswertung der einzelnen Leistungserbringer sind neben den zum Jahresende bestehenden Beschäftigungsverhältnissen (N=356) auch die Personen (N=41), die unterjährig die Tätigkeit beendet haben, einbezogen.

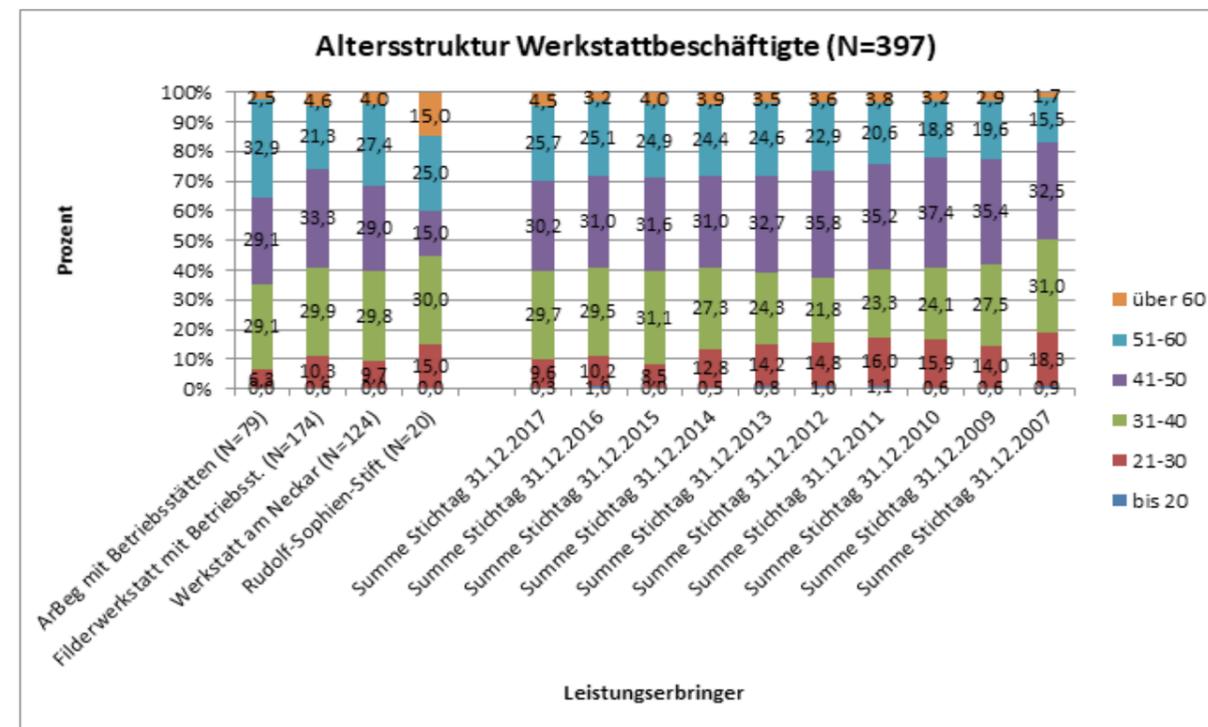


Abb. 17: Altersstruktur der Werkstattbeschäftigten im Landkreis Esslingen im Jahresvergleich und der einzelnen Träger für 2017

Über die letzten 10 Jahre sind kaum Veränderungen in der Geschlechterverteilung ersichtlich, rund 63% der Beschäftigten sind Männer, mit 37% sind die Frauen in der Minderheit. Die Beschäftigungsdauer bei laufenden Fällen lag zum Stichtag 31.12.2016 bei im Durchschnitt 70,2 Monaten.

Mit dem Bundesteilhabegesetz⁷⁸ hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2018 Regelungen zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erweitert, indem Leistungen bei anderen Leistungsanbietern ermöglicht werden. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch andere Leistungsanbieter sind im § 60 SGB IX beschrieben. Inwiefern sich das bisherige Alleinstellungsmerkmal der Werkstätten verändern wird, ist noch offen. Die Zugangsvoraussetzungen für die anderen Leistungsanbieter entsprechen dem Arbeitsbereich der Werkstätten, es entsteht ein gleiches

⁷⁷ KVJS Berichterstattung 2016– Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII
⁷⁸ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz-BTHG), veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Nr. 66 / 2016 am 29.12.2016

Rechtsverhältnis und die Beschäftigten haben ein Rückkehrrecht in die Werkstatt. Der Sozialplanung und dem Leistungsbereich kommt die Aufgabe zu, die Konzeptionen zu prüfen, um ggf. eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung abzuschließen, die insbesondere Aspekte der Qualitätssicherung, der Wirkungskontrolle und des Prüfungsrechtes beinhaltet.

3.5.1 Budget für Arbeit und Förderprogramm Arbeit inklusiv

Mit dem § 61 SGB IX hat der Gesetzgeber das Budget für Arbeit im Zuge des Bundesteilhabegesetzes neu eingeführt. Dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe wird eröffnet, bis zu 75% des Entgeltes ab dem ersten Monat bei einer Beschäftigung von Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu übernehmen, wobei der Lohnkostenzuschuss durch die Begrenzung in der Regel die Kosten der Werkstatt nicht übersteigen wird. Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Budgets für Arbeit ist eine abgeschlossene Berufsausbildung. Das Budget für Arbeit ist den Übergängen aus den Werkstätten vorbehalten und nicht für Schüler aus den Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren anwendbar. Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass in diesen Arbeitsverhältnissen keine Arbeitslosenversicherung entrichtet wird, da davon auszugehen ist, dass die dauerhafte Erwerbsminderung Bestand hat und somit die Personen nur eingeschränkt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Assistenzleistungen sind als Teil des Budgets mit einbezogen und werden im Zuge einer individuellen Teilhabeplanung mitbestimmt. Die Budgetform richtet sich an Personen mit einer Leistungsfähigkeit von 30% und weniger. Es ist davon auszugehen, dass der besondere Kündigungsschutz Anwendung findet.

Gegenüber dem Budget für Arbeit hat in Baden-Württemberg das Förderprogramm Arbeit inklusiv Bestand. Eine Fortsetzung von 2018 bis zunächst 2023 ist vereinbart. Die Eingliederungszuschüsse nach SGB III werden für die ersten 36 Monate durch die Agentur für Arbeit bzw. den zuständigen Rehabilitationsträger und ergänzend durch das Integrationsamt getragen. Ab dem 37. Monat teilen sich das Integrationsamt (bis 40%) und die Eingliederungshilfe (bis 30%) die Finanzierung, eine Förderzusage läuft für bis zu fünf Beschäftigungsjahre. Die Förderung erstreckt sich insbesondere auf Übergänger aus den Schulen für geistig behinderte Menschen sowie aus einer WfbM. Des Weiteren wird eine Leistungsfähigkeit von mindestens 30% vorausgesetzt. Arbeit inklusiv unterscheidet sich somit vom Budget für Arbeit.

3.5.2 Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe (früher Integrationsbetriebe) sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände trotz Fördermöglichkeiten und Einsatz von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt. Besonders erwähnt werden schwerbehinderte Menschen, die nach einer zielgerichteten Vorbereitung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer psychiatrischen Einrichtung für den Übergang auf den

allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommen.⁷⁹ Das Integrationsamt fördert aus Mitteln der Ausgleichsabgabe den Aufbau, die Erweiterung, die Modernisierung und Ausstattung einschließlich einer betriebswirtschaftlichen Beratung und einen besonderen Aufwand. Auch rechtlich unselbstständige Inklusionsbetriebe oder Inklusionsabteilungen von privaten Unternehmen oder öffentlichen Arbeitgebern können vom Integrationsamt unterstützt werden.⁸⁰ In Baden-Württemberg gibt es im mittelständischen Bereich rund 80 Inklusionsbetriebe in sehr unterschiedlichen Branchen.⁸¹

Im Landkreis Esslingen bestehen mit der ARBEG in Wernau (Neckar) und Sigmata in Deizisau zwei Inklusionsbetriebe. Die ARBEG Inklusion gGmbH firmiert seit 01.01.2017 unter dem Dach der Werkstätten-Esslingen-Kirchheim. Die Arbeitsbereiche umfassen allgemeine Fertigung, Elektronik, mechanische Bearbeitung und Messtechnik. Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung sind der vorrangige Personenkreis der ARBEG. Der Schwerpunkt von Sigmata liegt in der Informationstechnologie, der Technik und in kaufmännisch-betriebswirtschaftlichen Leistungen, vor allem geeignet für gut ausgebildete Fachkräfte mit Schwerbehinderteneigenschaften.

Inklusionsbetriebe sind durchaus geeignet, Menschen mit einer wesentlich seelischen Behinderung den Einstieg oder Wiedereinstieg in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu ermöglichen. Leider gelingt dies in nur wenigen Einzelfällen.

3.5.3 Integrationsfachdienst

Der Integrationsfachdienst (IFD) wird durch einen Trägerverbund zwischen dem VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. und dem Kreisdiakonieverband Esslingen getragen und arbeitet auf Grundlage des SGB IX. Der Kreisdiakonieverband vertritt den Verbund nach außen. Die strukturelle Verantwortung und die Finanzierung liegen beim Integrationsamt des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales. Integrationsfachdienste beraten und unterstützen sowohl arbeitsuchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber, letztere auch fallunabhängig. Ein besonderer Fokus der Arbeit der Integrationsfachdienste liegt auf der Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit wesentlicher Behinderung und von Beschäftigten der Werkstätten für behinderte Menschen auf ihrem Weg zu einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Für diese Aufgaben waren im Berichtsjahr 2017 6,6 Personalstellen zuständig. In 2017 wurden insgesamt 462 Personen vom IFD betreut. Kontaktaufnahmen zum Dienst entstanden vor allem durch Arbeitgeber und durch Eigeninitiative der Betroffenen sowie durch die Deutsche Rentenversicherung, Kliniken, Ärzte und das berufliche und private Umfeld der Klienten. Des Weiteren gab es Anfragen über die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), über Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren (ehemals Förderschule und Schule für geistig behinderte Schüler) und über die Berufsvorbereitende Einrichtung (BVE) im Landkreis Esslingen. Der Schwerpunkt der Betreuungen aller unterstützungsrelevanten Behinderungen lag in der Altersgruppe von 20 bis 55 Jahren, 1/3 der Personen sind der Gruppe der Menschen mit einer seelischen Behinderung zuzurechnen.

79 Bundesteilhabegesetz Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016 (§ 215 Teil III Kapitel 4 SGB IX)

80 <https://www.kvjs.de/behinderung-und-beruf/integrationsfirmen/>

81 <http://www.iubw.de/>

Die Gründe und Ursachen für den hohen Anteil an Menschen mit einer seelischen Behinderung / psychischen Erkrankung liegen u.a. an den gestiegenen Anforderungen an Flexibilität, verdichteten Aufgaben, höherem Zeitdruck, Umstrukturierungen und Konflikten am Arbeitsplatz.

Der IFD bietet folgende Unterstützung an:

Informationsveranstaltung für Arbeitgeber und deren betriebliche Helfer zum Thema Umgang mit Mitarbeitern mit einer seelischen Erkrankung, auch fallunabhängige Beratung für Arbeitgeber, Beteiligung am Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, Vorbereitung und Begleitung bei einer Wiedereingliederung nach längerer Krankheit, Vernetzung mit den komplementären Hilfen der psychiatrischen Versorgung.

3.5.4 Rehabilitation für psychisch Kranke

Ziel der Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK) ist, die drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. RPK als medizinische und berufliche Rehabilitationsleistung mit begleitenden psychosozialen Maßnahmen stellt eine Komplexleistung dar. Sie sollte möglichst unmittelbar an die Akutbehandlung ansetzen, wenn eine entsprechende Wiedereingliederung angezeigt ist, also die Bedürftigkeit, Fähigkeit und Prognose für Rehabilitation gegeben sind. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat eine sogenannte RPK-Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungs- und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen erstellt und um Handlungsempfehlungen ergänzt.⁸² Rehabilitation, zumindest die ambulante Rehabilitation, soll das berufliche sowie persönliche Lebensumfeld einbeziehen. Die Angebote sind möglichst wohnortnah und vernetzt zu erbringen und die Einbindung in die regionale Versorgung ist sicherzustellen.

Das Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart ist mit seinen stationären und teilstationären Angeboten die nächstliegende und für den Landkreis Esslingen zuständige Einrichtung. Die 20 stationären und 10 ambulanten Plätze sind für die Stadt Stuttgart und die umliegenden Landkreise äußerst knapp bemessen. Eine teilstationäre Maßnahme kann lediglich wohnortnah realisiert werden, was nur für Teile der Landkreisbewohner bei günstigen Verkehrsverbindungen möglich ist. Dies trifft für die Fildern und das Neckartal von Esslingen bis Plochingen zu.

Eine Auswertung der Belegungssituation aus dem Landkreis Esslingen im Zeitraum 2012 bis 2016 zeigt, dass insgesamt 40 Personen, davon 23 Männer und 17 Frauen, RPK-Leistungen im Rudolf-Sophien-Stift in Anspruch genommen haben. Die Belegung mit Herkunft aus dem Landkreis schwankt zwischen 6 und 9 Rehabilitanden pro Jahr. Leistungsträger war 32 Mal die Deutsche Rentenversicherung, 6 Mal die Krankenkasse und je 1 Mal die Agentur für Arbeit und eine private Krankenversicherung. Das Durchschnittsalter betrug 35,1 Jahre, die durchschnittliche Belegung lag

⁸² Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main, Januar 2011

bei 384 Tagen, also bei etwas über einem Jahr. Die längste Maßnahme dauerte rund 25 Monate, die kürzeste nur einen Tag. Je 10 Rehabilitanden nutzen das stationäre bzw. stationäre mit sich anschließendem teilstationären Angebot. 20 Personen führten ausschließlich eine teilstationäre Maßnahme durch.

Durch die geringen Platzzahlen und die Konzentration auf wenige Standorte in Baden-Württemberg ergeben sich längere Wartezeiten, die einen zeitnahen Übergang bzw. Eintritt in die Rehabilitation nach einer Akutbehandlung erschweren oder unmöglich machen. In der Folge kann dies zu stationären Wiederaufnahmen und zur Chronizität führen, wenn motivierte Leistungsberechtigte teilweise über Monate auf eine Aufnahme warten müssen. Rehabilitation sollte im Sinne eines mobilen nachgehenden Angebotes die Lücken schließen. Damit könnte der Rehabilitationsauftrag in der sozialpsychiatrischen Versorgung gestärkt und mit der Gemeindepsychiatrie verzahnt werden.

Das Rehabilitationszentrum grund.stein in Tübingen verfügt seit Mai 2016 ebenfalls über eine Zulassung als RPK-Einrichtung und wird von wenigen Leistungsberechtigten aus dem Landkreis in Anspruch genommen. Für eine stationäre Maßnahme kommen auch alle weiteren Einrichtungen (Ulm, Wiesloch, Heilbronn, Karlsbad etc.) in Frage.

Die Kranken- bzw. Rentenversicherung finanziert die medizinischen Leistungen. Die Kosten der beruflichen Rehabilitation werden in der Regel durch die Rentenversicherung oder die Agentur für Arbeit getragen. Als Voraussetzungen für eine Bewilligung einer Maßnahme gelten neben einer ausreichenden Motivation eine günstige Prognose zur beruflichen Wiedereingliederung und eine Belastbarkeit von 3-4 Stunden der Arbeitsfähigkeit.

Im Landkreis Esslingen hat die Rehabilitationseinrichtung in Denkendorf in Trägerschaft des Reha-Vereines eine Zulassung über 10 Plätze zur Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen. Ein Träger beruflicher Rehabilitationsleistungen ist im Landkreis das Christliche Jugenddorfwerk Deutschland (CJD) in Kirchheim u.T.. Dort sind 20 Rehabilitationsplätze vorhanden. Zielgruppe des CJD sind junge Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder drohender psychischer Behinderung mit dem Ziel einer beschützten Berufsausbildung in verschiedenen Arbeitsfeldern. Leistungsträger ist die Agentur für Arbeit. Beide Anbieter decken Teilbereiche der Rehabilitation ab.

Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes und der Änderungen im SGB IX sind alle Rehabilitationsträger gefordert, die in ihren Zuständigkeiten liegenden Teilhabeaufgaben zu realisieren. Der Zugang, insbesondere im Bereich der Frührehabilitation, stellt sich für Rehabilitanden mit einer psychischen Erkrankung oftmals als schwierig bzw. unübersichtlich dar. Zu geringe Kapazitäten und lange Wartezeiten erschweren die erforderliche Nahtlosigkeit in Behandlung und Rehabilitation. Die Umsetzung einer ambulanten oder mobilen Rehabilitation, die Entwicklung ambulanter Nachsorgekonzepte oder ein ambulantes Reha-Budget sind Überlegungen, die aus Sicht des Landes weiterhelfen könnten.⁸³

⁸³ Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg S. 175

3.5.5 Handlungsempfehlungen

Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur
• Entwicklung spezifischer Qualifizierungsmaßnahmen auf dem 1. Arbeitsmarkt
• Umsetzung des BTHG für die Bereiche andere Leistungsanbieter und Budget für Arbeit mit Klärung der Rahmenbedingungen
• Personenzentrierte psychiatrische Rehabilitationsangebote über Modellvorhaben im Rahmen des BTHG aufbauen, insbesondere ambulante Rehabilitation
• Weiterentwicklung der Tagesstruktur für Menschen mit seelischer Behinderung bei nicht Vorhandensein der Werkstattfähigkeit

3.6 Wohnen

Mit der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird sich das Wohnen für Menschen mit Behinderungen verändern. Im ab dem Jahre 2020 gültigen Eingliederungshilferecht (Teil 2 im Sozialgesetzbuch IX) ist es Aufgabe der Eingliederungshilfe, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen (Kapitel 6 Soziale Teilhabe § 113 BTHG).

Ab 2020 erfolgt die Trennung zwischen der Fachleistung, künftig im SGB IX (Betreuungsleistung im Wohnen, Assistenzleistungen, Hilfsmittel etc.) und den existenzsichernden Leistungen (verbleiben im SGB XII – Unterkunft, Heizung, Verpflegung, einmalige Beihilfen etc.). Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Personen nach § 53 SGB XII Absatz 1 und 2 in Verbindung mit der Eingliederungshilfe-Verordnung. Die Neufassung des Behinderungsbegriffs erfolgt auf Basis der ICF⁸⁴ ab dem Jahr 2023.

Bereits im letzten Psychiatrieplan wurde festgestellt, dass nicht jede psychische Erkrankung zu einer dauerhaften Behandlungsnotwendigkeit oder einer Behinderung führt. Entsprechend des Nachranggrundsatzes der Eingliederungshilfe sind daher Leistungen vorrangiger Leistungsträger, insbesondere der Behandlung und Gesundheitsvorsorge, zu berücksichtigen. Auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung steht Normalität im Wohnen – also das Wohnen im eigenen Wohnraum in Miete oder Eigentum, alleine, in Ehe, Partnerschaft, Familie, mit Kindern oder in anderen Konstellationen – im Vordergrund. Mit einer psychischen Erkrankung oder einer eingetretenen seelischen Behinderung können Einkommenseinbußen und in der Folge ein Verlust des Wohnraumes verbunden sein. Mietschulden sind nach wie vor die häufigste Ursache für eine drohende oder eintretende Obdachlosigkeit.

⁸⁴ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (World Health Organization Genf 2001)

Bedingt durch die Wohnungsknappheit im Landkreis Esslingen ist es in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden, Wohnraum zu finden. Stark gestiegene Mietpreise führen zudem zu einer Verdrängung, die bis weit in mittlere Einkommensschichten hineinreicht. Beide Phänomene wirken sich auch nachteilig auf die Fluktuation aus stationär oder ambulant betreuten Wohnformen aus, indem diese erschwert und damit auch Neuaufnahmen blockiert werden.

Die Prognose im Wohnen (Eingliederungshilfeleistung) wurde im letzten Psychiatrieplan mit einer jährlichen Steigerung von bis zu 5 Fallkonstellationen (vergleichbar stationär) angenommen. Auf die Bewertung wird im Kapitel stationäres Wohnen eingegangen.

Ambulante Leistungserbringer im Landkreis sind die Arche Notzingen, die Evangelische Gesellschaft, die Stiftung Jugendhilfe aktiv, der Kreisdiakonieverband, der Reha-Verein Denkendorf, die Samariterstiftung, der Sozialpsychiatrische Dienst Nürtingen, die Sozialpädagogischen Wohngruppen Plochingen, der Wohnverbund Esslingen, die Offene Herberge und die Werkstatt für persönliche Entwicklung.

Durch einen Trägerwechsel zum 01.01.2017 hat der Reha-Verein die ambulanten und stationären Plätze (Einrichtung Krone) im Verbund Plochingen von der ARBEG übernommen. Die ambulant betreuten Wohnplätze der ARBEG im Verbund Nürtingen werden durch die Samariterstiftung weitergeführt. Ab 01.10.2017 kam der VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. als ambulanter Leistungserbringer in Esslingen hinzu. Die Veränderungen erfolgten in Absprache und im Einvernehmen mit der Psychiatrieplanung und dem Leistungsträger.

Stationäre Leistungserbringer im Landkreis sind die Arche Notzingen, der Reha-Verein Denkendorf, die Sozialpädagogischen Wohngruppen Plochingen (Einzelfallregelung), die Samariterstiftung Nürtingen und der VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. in Esslingen.

3.6.1 Ambulant betreutes Wohnen

Betreuung im ambulant betreuten Wohnen wird als Einzelwohnen, Paarwohnen oder in Wohngemeinschaftsform durchgeführt. Ein weiteres Angebot besteht in der begleiteten Wohnform in Familien (BWF). Das Miet- und Betreuungsverhältnis ist in der Regel voneinander getrennt. Teilweise, insbesondere bei den Wohngemeinschaften, treten die Leistungserbringer als Vermieter oder auch Untervermieter auf. Der Lebensunterhalt und die Wohnung werden vom Leistungsberechtigten über Leistungen der Sozialhilfe (Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld) oder über andere Einkünfte (Arbeitseinkommen, Renten, Kranken- oder Arbeitslosengeld, SGB II-Leistungen etc.) bestritten, Kombinationen sind möglich. Die Finanzierung der Betreuungsleistungen erfolgt weitgehend nach dem Sachleistungsprinzip, das heißt, dass der Leistungserbringer die Assistenzleistungen in Form von Pauschalen mit dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe abrechnet. Im Einzelfall wird die Leistung über ein persönliches Budget erbracht.

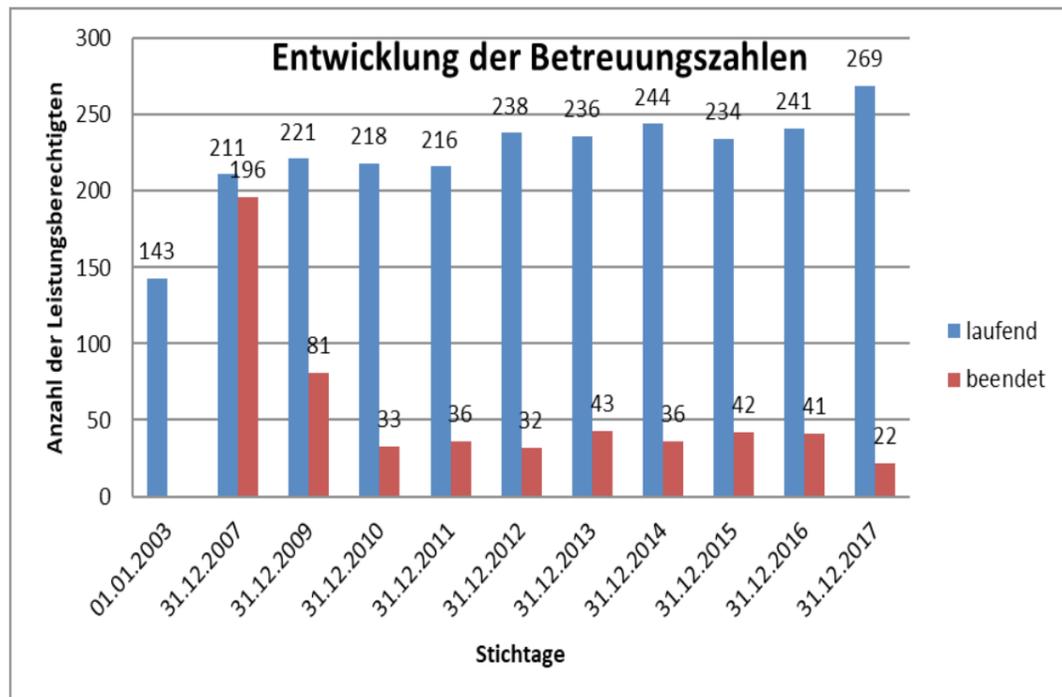


Abb. 18: Entwicklung der Betreuungszahlen von 2003 bis 2017 – beendete Fallzahlen in 2007 und 2009 beziehen sich auf Zeiträume von 5 bzw. 2 Jahren.

Die Entwicklung im ambulant betreuten Wohnen im Landkreis (Kreisperspektive) zeigt, dass sich die Betreuungszahlen zwischen 2012 und 2016 bei rund 240 Personen eingependelt hatten. Im Jahr 2017 erfolgte eine deutliche Steigerung auf 269 belegte Plätze. Bei durchschnittlich 35 Personen pro Jahr konnte die Leistung beendet werden oder erfolgte ein Wechsel in eine andere Betreuungsform. Knapp die Hälfte der beendeten Betreuungen wurde durch die Sozialpsychiatrischen Dienste oder andere Unterstützungsformen weiter betreut.

Bei rund einem Drittel kam es zu einer stationären Aufnahme (Eingliederungshilfe oder Pflegeeinrichtung), zu Abbruch oder Beendigung auf eigenen Wunsch. Sonstige Gründe sind darüber hinaus maßgebend.

Ein Anstieg der Betreuungen ist durch einen nahezu kontinuierlichen Personalstand bei den Leistungserbringern und fehlenden Wohnraum begrenzt. Von den sich im Jahr 2017 im ambulant betreuten Wohnen befindenden Personen waren rund 81% in Trägerschaft des Landkreises, 12% bei anderen Trägern (in der Regel andere Kreise) und 7% Selbstzahler in Teilen oder vollständig. Ambulant betreutes Wohnen in anderen Kreisen in Trägerschaft des Landkreises Esslingen (Leistungsträgerperspektive) ist hier nicht berücksichtigt. Zum Stichtag 31.12.2014 erhielten laut der Situationsanalyse des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales⁸⁵ 69,9% der Klienten die Leistung des ambulant betreuten Wohnens im Landkreis.

85 KVJS Berichterstattung: Situationsanalyse zum Stand der Sozial- und Teilhabeplanung in Baden-Württemberg Juli 2017 S.60

Mit Beschluss des Sozialausschusses vom 21.05.2015 (Vorlage SoA 39/2015) wurde die Verwaltung beauftragt, eine Leistungs- und Prüfungsvereinbarung gem. § 75 Abs. 3 SGB XII zum ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung im Landkreis Esslingen mit den Leistungserbringern abzuschließen. Die Vereinbarung hat seit Sommer 2015 Bestand. Sie ist gekennzeichnet durch fünf nach Hilfebedarfen gestaffelte Vergütungspauschalen, ermöglicht eine bedarfsgerechte und passgenaue Unterstützung und bildet unterschiedliche, auch höhere Bedarfe im ambulanten Betreuungssetting ab. Als Hilfeplanungsinstrument wird bis auf Weiteres der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan der Aktion psychisch Kranke genutzt. Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes führt das Land Baden-Württemberg ein neues Bedarfsermittlungsinstrument ein.

Ein Blick auf die durchschnittliche Betreuungsdauer zeigt, dass diese bei den laufenden Fällen in den letzten 10 Jahren deutlich von rund 4 Jahren auf knapp 6 Jahre angestiegen ist. Dies bedeutet, dass es einen Kern von Leistungsberechtigten gibt, die über viele Jahre die Betreuungsleistungen erhalten. Bei den beendeten Betreuungskonstellationen ist der Verlauf uneinheitlich.

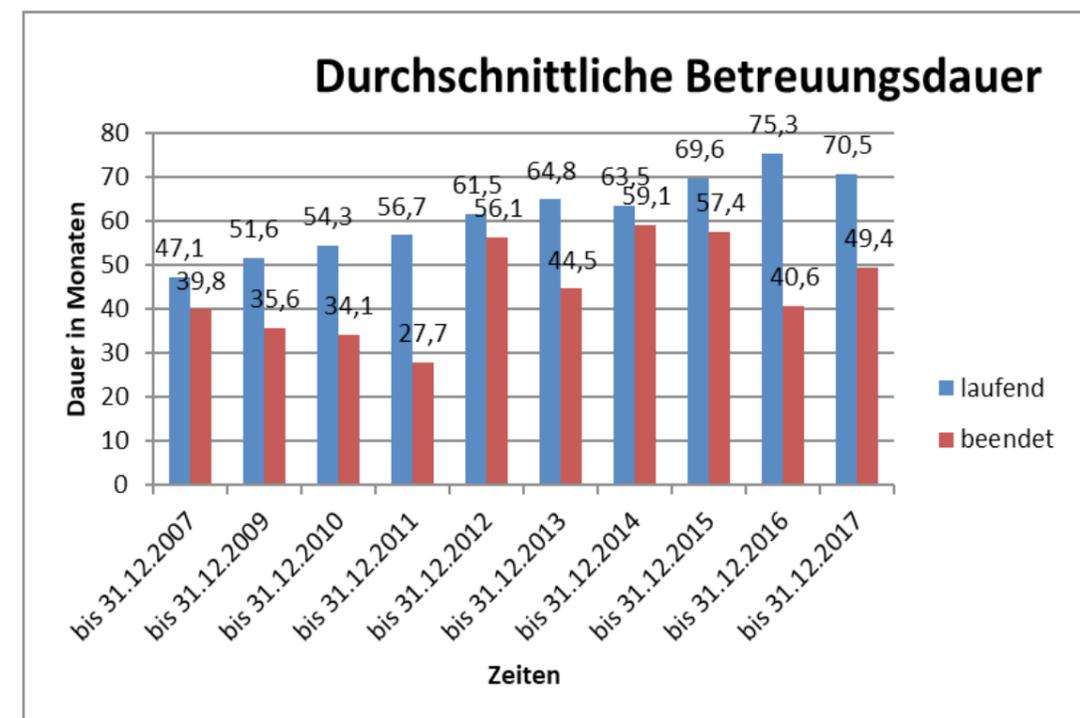


Abb. 19: Durchschnittliche Betreuungsdauer (laufender und beendeter Fälle) zum Stichtag in Monaten

Im Folgenden ist die Altersverteilung im ambulant betreuten Wohnen in der Kreisperspektive dargestellt.

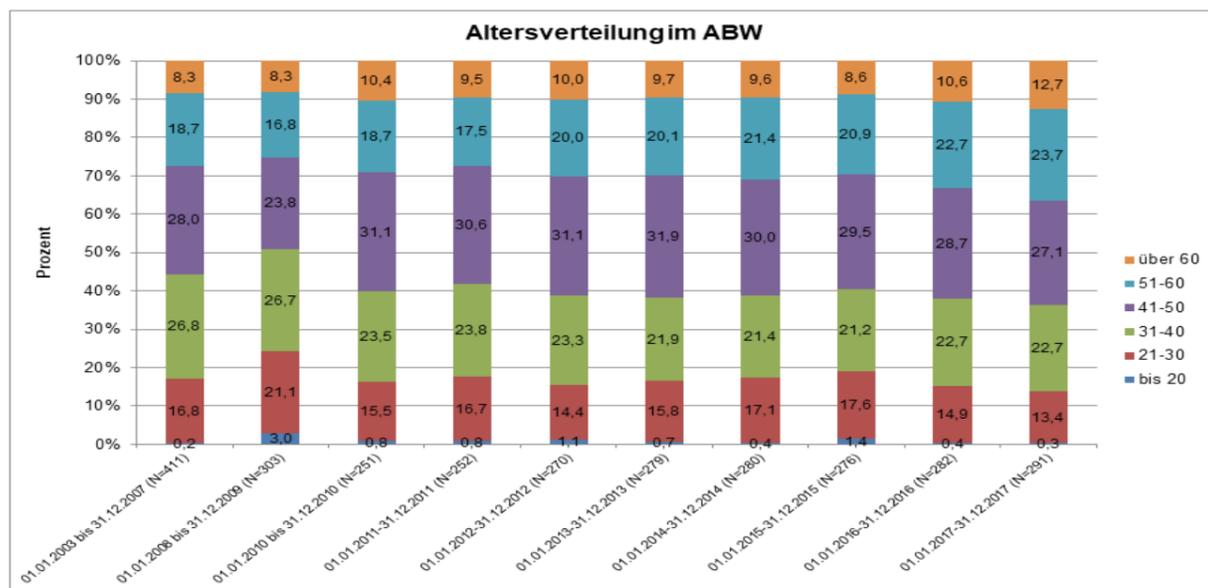


Abb. 20: Altersverteilung im Ambulant Betreuten Wohnen für im jeweiligen Zeitraum betreute Leistungsberechtigte (laufende und beendete Fälle)

Die Abbildung zeigt, dass der demografische Wandel sich bedingt in der Altersverteilung widerspiegelt. Lag die Altersgruppe der über 50-Jährigen vor 2007 noch bei 27%, nimmt sie im Jahr 2017 einen Anteil von 36,4% ein. Für die Leistungserbringer ergeben sich daraus im Einzelfall andere Anforderungen, wenn Pflegebedarfe und Eingliederungshilfeleistungen aufeinandertreffen, die dann im Rahmen der Hilfeplanung bzw. des Teilhabe- und Gesamtplanverfahrens zu berücksichtigen sind. Ein Teil der Leistungsberechtigten bezieht auch ergänzende Betreuungsleistungen nach dem SGB XI.

Der Anteil von Männern im ABW lag im Jahr 2017 mit 48,8% gegenüber 51,2% von Frauen erstmals etwas niedriger. Signifikante Verschiebungen gab es in den letzten Jahren allerdings nicht.

Leistungen im ambulant betreuten Wohnen gehen bei den meisten Leistungsberechtigten mit tagesstrukturierenden Maßnahmen (Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Tagesstätten mit Arbeitsangeboten, Ergotherapie und in Einzelfällen auch der erste Arbeitsmarkt) einher. Nach wie vor sind medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, berufliche Ausbildung und Qualifizierung außerhalb der Werkstatt, insbesondere bei jüngeren Leistungsberechtigten, zu wenig im Fokus (vgl. auch 3.5.4).

3.6.2 Stationäres Wohnen

Der Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII⁸⁶ in seiner aktuellen Fassung beschreibt für Menschen mit einer wesentlich seelischen Behinderung im Leistungstyp I.2.3 die Zielgruppe, den Unterstützungsbedarf, die Ziele und die Art sowie den Umfang der Leistungen. Der Unterstützungs-

⁸⁶ Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII in der aktuellsten Fassung vom 22.11.2012 zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Dienste und Einrichtungen

bedarf wird derzeit mit dem HMB-W-Verfahren (Hilfebedarf für Menschen mit Behinderung im Wohnen) bestimmt. Gebildet werden fünf Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Hilfebedarf, wobei die Stufe 1 den niedrigsten und die Stufe 5 den höchsten Bedarf erfasst. Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung nach § 53 SGB XII in Verbindung mit den §§ 1-3 der Eingliederungshilfeverordnung. Das stationäre Angebot stellt die intensivste Betreuungsform im Wohnen dar. Sie unterliegt ordnungsrechtlichen Maßstäben der Landesheimbauverordnung, des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes, der Landespersonalverordnung und der Heimaufsicht. Zwischen Leistungsträger (Eingliederungshilfe) und Leistungserbringern ist eine Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung abgeschlossen. Die Vergütungen bestehen aus einer Grundpauschale (für Wohnen und Verpflegung), einer Maßnahmenpauschale (für Betreuungsleistungen) und den Investitionskosten. Ab dem Jahr 2020 wird sich diese Vergütungssystematik durch die Trennung in Fachleistungen und existenzsichernde Leistungen (siehe Bundesteilhabegesetz) ändern.

Die folgende Tabelle zeigt die Leistungserbringer im stationären Wohnen mit der Anzahl der belegten Plätze im Landkreis, der Belegung in Trägerschaft des Landkreises und anderer Kreise.

Tabelle 4: Leistungserbringer im stationären Wohnen und Platzzahlen

Stationäres Wohnen*	vereinbart	belegt (ES)**	andere Kreise	Summe
Arche	33	26	7	33
Reha-Verein (mit Krone)	42	15	24	39
Rudolf-Sophien-Stift	24	ab 2019	ab 2019	0
Samariterstiftung	24	20	6	26
Sozialpädagogische Wohngruppen	0	2	0	2
Verein für Sozialpsychiatrie	12	11	1	12
Summe	135	74	38	112

*Erläuterungen:

Bei der Arche wurde die Platzzahl erhöht, ein Neubau erfolgte. Der Reha-Verein hat zum 01.01.2017 die 14 stationären Plätze der Krone in Wernau (Neckar) vom vormaligen Träger ARBEG übernommen. Diese Plätze sind Menschen mit seelischer Behinderung und chronischer Abhängigkeitserkrankung vorbehalten. Am Standort Denkendorf erfolgen bei einzelnen stationären Plätzen medizinische Rehabilitationsleistungen, hier werden überwiegend jüngere Leistungsberechtigte betreut. Die Plätze des Rudolf-Sophien-Stifts werden ab Anfang 2019 erstmals belegt, dabei sind 12 geschlossene / beschützte Plätze sowie 12 offene Plätze vorgesehen. Die Plätze beim VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. wurden im IV. Quartal 2016 eröffnet.

** einschließlich Selbstzahler

Zum Stichtag 31.12.2007 gab es im Landkreis 91 stationäre Plätze, so dass sich das Versorgungsangebot im Landkreis perspektivisch bis zum Jahr 2019 mit 139 Plätzen um rund 53% verbessert haben wird. Weitere Kriterien zur Erreichung einer regionalen Versorgungsverpflichtung im Kreis sind die Reduzierung der stationären Betreuungsdauer und die vorrangige Aufnahme von Leistungsberechtigten aus dem Landkreis.

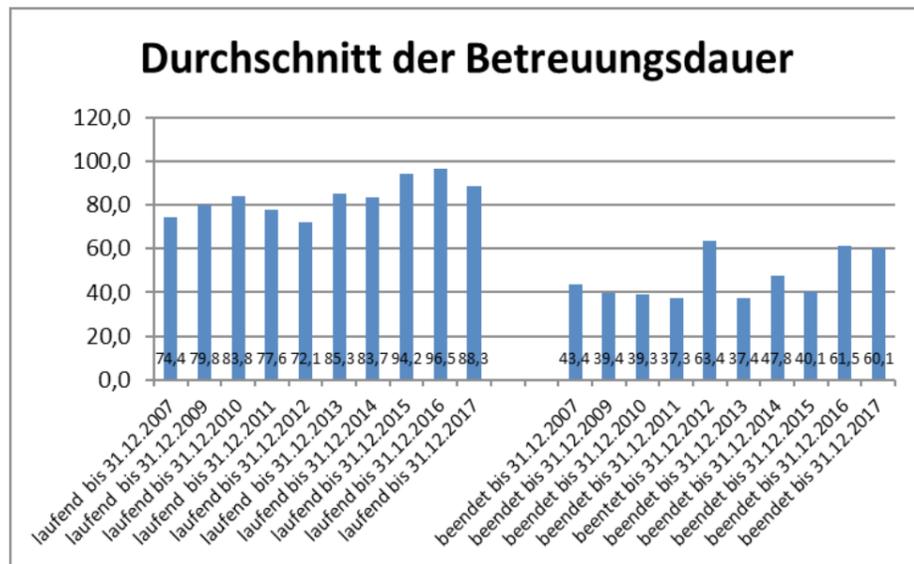


Abb. 21: Durchschnittliche Dauer stationärer Betreuungen laufender Fälle in Monaten im Landkreis

Zum Stichtag 31.12.2017 waren 112 Plätze belegt. Das Diagramm zeigt, dass die durchschnittliche Betreuungsdauer zum Stichtag 31.12.2017 auf etwa 7,5 Jahre angestiegen ist. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass mit der stationären Wohneinrichtung in Esslingen durch den VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. stationäre Plätze ab Dezember erstmals belegt wurden, liegt der Durchschnitt noch höher. Bei den beendeten Betreuungen liegt der Durchschnitt im Jahr 2017 bei rund 5 Jahren. Das Ziel einer Verkürzung der stationären Aufenthalte, wie als Maßnahme im letzten Psychiatrieplan definiert, konnte somit nicht erreicht werden. Ob sich die Einführung der flexiblen ambulanten Betreuung ab 2015 nachhaltig auswirkt, um die langen Betreuungszeiten im stationären Wohnen zu reduzieren, ist derzeit noch nicht zu beurteilen. Es bedarf auf jeden Fall der Anstrengung aller Beteiligten, zu tragfähigen und entwicklungsfördernden Lösungen im Einzelfall zu kommen. Kontextfaktoren wie der Wohnungsmarkt, die Beschäftigungsmöglichkeiten und die medizinisch-psychiatrische Versorgung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Der Mittelwert bei der Hilfebedarfsgruppe liegt bei 2,7 und in den Jahresvergleichen damit relativ unverändert. Dies bedeutet, dass die Bedarfe insgesamt nicht angestiegen sind. Mit 56% Männern gegenüber 44% Frauen überwiegt im Verlauf der letzten 10 Jahre der Männeranteil in den stationären Wohneinrichtungen im Landkreis für Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung.

Bei der Betrachtung der Altersstruktur zeigt sich, dass der Anteil der „älteren“ Bewohner in den Einrichtungen kontinuierlich ansteigt. Knapp ein Drittel (31,1%) der im Jahr 2017 betreuten Personen im stationären Wohnen ist über 50 Jahre alt. In die Gesamtzahl (N) sind sowohl die laufenden als auch die im jeweiligen Jahr beendeten Betreuungen einbezogen.

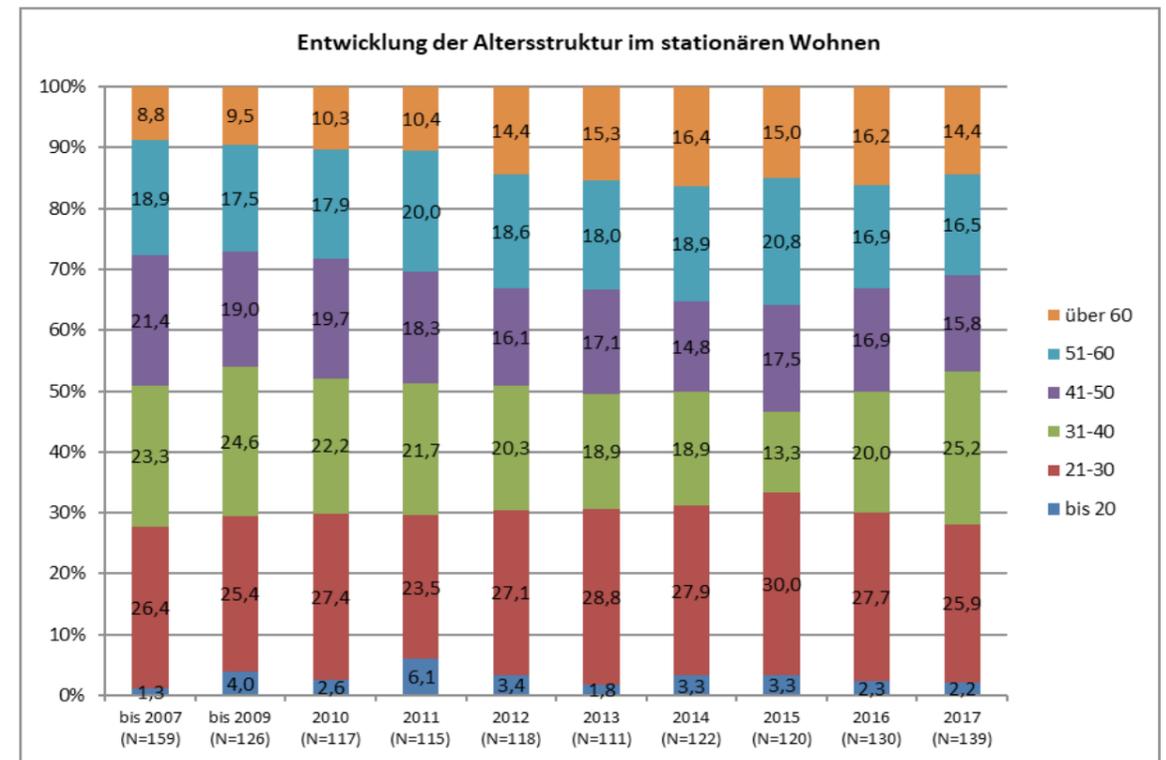


Abb. 22: Entwicklung der Altersstruktur im stationären Wohnen

Alle Leistungserbringer im stationären Wohnen haben Plätze in der Tagesstruktur nach dem Rahmenvertrag für den Leistungstyp I.4.5b, vereinzelt auch für Senioren (Leistungstyp 4.6), mit dem Landkreis vereinbart. Die Platzzahl lag im Jahr 2017 bei 72 Plätzen. Sie dient der Tagesstruktur von Personen mit schwerwiegenden psychischen Einschränkungen in Verbindung mit dem Leistungstyp I.2.3, die wegen der Art und Schwere der Behinderung nicht oder noch nicht in der Lage sind, eine Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder anderweitig auszuüben.

3.6.3 Eingliederungshilfeleistungen außerhalb des Landkreises

Zum 31.12.2007 betrug die Zahl landkreisexterner Leistungen im stationären Wohnen noch 110 Personen (bei insgesamt 161 Personen in Leistungsträgerschaft des Landkreises).

Mit Stichtag 31.12.2014 erhielten 84 Leistungsberechtigte, davon 73 in einem anderen Kreis und 11 in einem anderen Bundesland, Leistungen nach Leistungstyp I.2.3 im stationären Wohnen für Menschen mit einer wesentlich seelischen Behinderung. Bei insgesamt 145 Leistungsempfängern entsprach dies einer Eigenbelegungsquote im Landkreis von 42,1%. Damit liegt der Landkreis Esslingen im Mittelfeld im Kreisvergleich. Dies ergab die Datenerhebung zur Situationsanalyse des Kommunalverbandes.⁸⁷ Mit 40 stationären Betreuungen nahm der Landkreis Reutlingen den höchsten Anteil externer Betreuungen ein. Ansonsten verteilten sich die Belegungen auf weitere 15 Kreise und betragen weniger als 5 pro Kreis. Die Fallzahl 11 in anderen Bundesländern (2007 noch 24) ist teilweise durch Spezialangebote wie einer Einrichtung für jüngere Erwachsene mit Essstörungen zu erklären.

⁸⁷ KVJS Berichterstattung: Situationsanalyse zum Stand der Sozial- und Teilhabeplanung in Baden-Württemberg Juli 2017 S. 71

Die stationäre Belegung außerhalb des Landkreises ist zwischen 2007 und 2014 um rund ein Viertel zurückgegangen. Die stationären Fallzahlen konnten um 10% verringert werden. Als Gründe können altersbedingtes Ausscheiden, Wechsel in Pflegeeinrichtungen, vorrangig regionale Aufnahmeverpflichtungen und Ausbau des ambulanten Wohnens angenommen werden. Auch der bereits umgesetzte und eingeleitete weitere Aufbau von stationären Plätzen (siehe Kap. 3.6.2) trägt zu einer Reduzierung von Außenverlegungen bei.

Zum 31.12.2017 erhielten 85 leistungsberechtigte Menschen mit seelischer Behinderung Leistungen im stationären Wohnen außerhalb des Landkreises. Die sogenannte Außenbelegung ist somit seit 2014 konstant.

Im ambulant betreuten Wohnen erhielten zum Stichtag 31.12.2014 241 Personen Leistungen, 201 (83,4%) im Landkreis, 39 in anderen Kreisen (2007: 31 Personen) und 1 Person in einem anderen Bundesland. Darüber hinaus erhalten die Leistungsberechtigten in der Regel auch Leistungen zur Tagesstruktur (zum Beispiel im Arbeitsbereich der Werkstatt). Zum 31.12.2017 bezogen 278 Personen Leistungen im ambulant betreuten Wohnen (einschl. begleitetes Wohnen in Familien), 225 (80,9%) im Landkreis und 53 außerhalb.

Insbesondere bei der Steuerung von Neufällen kommt dem Träger der Eingliederungshilfe eine zentrale Bedeutung zu. Eine Umsetzung im Kreis sollte Vorrang vor externen Aufnahmen haben, sofern das Wunsch- und Wahlrecht sowie fachliche Gründe nicht dagegensprechen. Wenn keine (passenden) Angebote im Landkreis gemacht werden können, ist ein Ausweichen auf landkreisexterne Leistungen im Einzelfall unausweichlich.

3.6.4 Prognose im Wohnen

Zum Stichtag 31.12.2007 betragen die belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen 211, zum 31.12.2017 waren es 269 Plätze im Landkreis. Die erwartete Steigerung um jährlich 10 Betreuungsplätze wurde damit nicht erreicht. Im Mittel betrug der Zuwachs zwischen rund 5 belegte Plätze jährlich. Begrenzungen, wie oben beschrieben, liegen in den Personalressourcen der Leistungserbringer und dem Mangel an Wohnraum. Eine jährliche Nettosteigerung von 5 Plätzen ist als Prognose anzunehmen.

Im letzten Psychiatrieplan war ein jährlicher stationärer Bedarf von bis zu 5 Neufällen pro Jahr prognostiziert. Die Dokumentation der Hilfeplangespräche durch das Fallmanagement ergab für die Jahre 2011 bis 2016 sogenannte „echte“ 29 Neufälle. Damit lag der Durchschnitt bei 4,8 pro Jahr. Echte Neufälle bedeuten stationäre Maßnahmen in der Eingliederungshilfe im Leistungstyp I.2.3. Nicht berücksichtigt sind Mehrfachbehinderungen, die vor allem bei Trägern der Behindertenhilfe Leistungen erhalten. Die Prognose hat tendenziell Bestand. Mit der Auflösung der Grenzen zwischen stationär und ambulant (siehe Anmerkungen zum Bundesteilhabegesetz), der Möglichkeit, auch höhere Hilfebedarfe im eigenen Wohnraum zu betreuen, werden sich die bisher klassisch stationären Bedarfe eher verringern.

3.6.5 Handlungsempfehlungen

Wohnen	
•	Schaffung und Sicherung von Wohnraum für die Zielgruppen des Psychiatrieplanes, auch unter Berücksichtigung von barrierefreiem Wohnraum
•	Partizipation und Verbindlichkeit stärken, Begleitung, Anleitung, Fortbildungen der Bewohnervertretungen
•	Gemeinsame Versorgungsverantwortung und lösungsorientierte Teilhabeplanung
•	Berücksichtigung von Schnittstellen in der Weiterentwicklung der Angebote
•	Teilhabe verbessern, ländlichen Raum einbeziehen
•	Umsetzung der Anforderungen aus dem BTHG
•	Verkürzung der Betreuerdauer und weitere Flexibilisierung der Leistungen

3.7 Partizipation und Selbsthilfe

Beteiligung, Teilhabe und Mitwirkung sind Bestandteile der psychiatrischen Versorgung. Neben den Psychiatrie-Erfahrenen sind auch die Angehörigen und ehrenamtlich engagierten Bürgerinnen und Bürger im Blickpunkt. Teilhabe, Selbsthilfe und Engagement hat dabei auch die Aufgabe, Ressourcen zu mobilisieren.

3.7.1 Psychiatrie-Erfahrene

1992 wurden der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE e.V.) und 1993 die Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LAG PE BW) gegründet. Etwa im selben Zeitfenster und mit der Konkretisierung der Gemeindepsychiatrischen Verbundstrukturen im Landkreis konnte die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen in den Verbänden eingeleitet und gefestigt werden. Diese hat bis heute Bestand.

Allerdings war es nicht umsetzbar, eine kreisweite Organisationsform der Psychiatrie-Erfahrenen zu etablieren. Durch Eigeninitiative und über die Vernetzung in den GpVs ist es gelungen, themenbezogene Veranstaltungen (zum Beispiel Trialog Kirchheim oder öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen in Esslingen) durchzuführen. In den stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung und den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) sind Beteiligungsstrukturen bzw. Interessensvertretungen durch das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) bzw. durch die Werkstättenmitwirkungsverordnung (WMVO) vorgegeben und die Leistungserbringer gefordert, diese Anforderungen umzusetzen.

Das Erfahrungswissen von Betroffenen in eigener Sache als Expertenwissen in und außerhalb der psychiatrischen Versorgung zu nutzen, ist das Kernstück der Weiterführung der Selbsthilfe und wird unter dem Titel „Experienced Involvement“ („Ex-In“) gefasst. Seit Oktober 2010 gibt es unter Trägerschaft der Offenen Herberge e.V., die auch Leistungserbringer im betreuten Wohnen in Esslingen ist, ein Kursangebot in Stuttgart zur Qualifizierung von psychiatrie-erfahrenen Menschen. Die insofern ausgebildeten Personen mit Psychiatrie-Erfahrung können als Genesungsbegleiter und/oder als Referent eingesetzt werden. In den Gemeindepsychiatrischen Verbänden im Landkreis konnten in wenigen Konstellationen Erfahrungen mit dem Einsatz von ausgebildeten EX-IN-Absolventen gemacht werden.

3.7.2 Angehörige

Wenn in einer Familie eine Person psychisch erkrankt, sind die Angehörigen mit einer Vielzahl von Anforderungen, Gedanken und Gefühlen konfrontiert. Angehörige haben sich oftmals bereits Erfahrungen und Bewältigungsstrategien angeeignet, bevor der psychisch kranke Mensch Leistungen der Behandlung, Therapie und Betreuung erhält. Demzufolge holen sich die Familien in der Regel eher spät Hilfe und nutzen die familiären Ressourcen so gut es geht vorrangig. Die Angehörigen sind deshalb eine wichtige Partnerin bzw. ein wichtiger Partner im Hilfesystem und haben großen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit.⁸⁸

Dies sollte durch die Behandlungs- und Hilfesysteme berücksichtigt werden. Besondere Anforderungen sind an Angehörige in Krisensituationen gestellt, dabei manchmal auch die Ungewissheit, die Sorgen um den Patienten und die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeit.

Eine Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung stellen die Angehörigengruppen dar. Einzelne Dienste oder Einrichtungen stellen Angehörigengruppen Räumlichkeiten zur Verfügung, zum Beispiel die Tagestätten Esslingen und Plochingen. Diese Gruppen werden entweder durch erfahrene ehrenamtlich engagierte Angehörige begleitet und moderiert oder durch Hauptamtliche unterstützt. Auch in der medius KLINIK für Psychiatrie und Psychotherapie sind die Angehörigen im Blickfeld, indem die Angehörigen in die Einzelkontakte einbezogen werden und zeitweise auch eine Angehörigengruppe durchgeführt wird.

3.7.3 Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle

Durch die bereits seit 1997 im Landkreis vorhandene Beschwerdestelle lag eine gute Voraussetzung zur gesetzlich geforderten Umwandlung in eine Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle) vor. Auf Grundlage des vom Landtag am 12. November 2014 beschlossenen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes wurde im Jahr 2015 im Landkreis die IBB-Stelle eingerichtet. Die Bestellung der Mitglieder erfolgte im I. Quartal 2016 rückwirkend für die bereits im Jahr 2015 tätigen Mitarbeitenden. Die Zuwendung und Förderung richtet sich nach der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Förderung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (VwV-IBB) in seiner jeweils gültigen Fassung. Die Förderung umfasst eine Aufwandsentschädigung für die bestellten Mitglieder analog zur Satzung über die Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit des

⁸⁸ vgl. Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen (Landespsychiatrieplan) Baden-Württemberg Juli 2018 S. 88

Landkreises sowie über Sachmittel und Raumkosten. Aktuell ist die IBB-Stelle mit drei Psychiatrie-Erfahrenen, zwei Bürgerhelfern und einer Angehörigen besetzt, wobei der Sprecher gleichzeitig die Funktion des Patientenfürsprechers ausübt. Näheres regelt eine Geschäftsordnung auf Kreisebene, die im Psychiatrie-Arbeitskreis beraten und verabschiedet wurde. Die Mitarbeitenden treffen sich monatlich im IBB-Büro in Kirchheim u.T. in der Alleenstraße 92, um die laufenden Geschäfte, wie Beschwerden, Anfragen, Beratungen, Besuchstermine und Entlastungsgespräche, zu koordinieren.

Ziel ist es auch, den Bekanntheitsgrad und die Erreichbarkeit mit einem Internetauftritt, neuen Falblättern, Plakaten und über eine Mobilfunknummer zu verbessern und den veränderten Aufgabenzuschnitt zu kommunizieren. Grundsätzlich ist die Arbeitsweise der IBB-Stelle dialogisch geprägt, das heißt, dass Kenntnisse von Angehörigen, professionellen Bürgerhelfern und von Psychiatrie-Erfahrenen gebündelt werden. Dies ist insbesondere bei komplexen Themen, Fragestellungen oder Beschwerden sinnvoll. Zur sachlichen Prüfung angenommene Beschwerden oder Anregungen werden in einer mit den Beschwerdeführenden abgestimmten Form an die betroffene Stelle (Ärztin bzw. Arzt, Verwaltung, Einrichtung etc.) weitergeleitet, ggf. mit der Bitte um Stellungnahme. Von der IBB-Stelle kann das Angebot zu einem gemeinsamen Gespräch mit den Beschwerdeführenden und Vertreterinnen bzw. Vertretern der betroffenen Stelle gemacht werden. Näheres zu den Aufgaben und der Arbeitsweise regelt die Geschäftsordnung. Beschwerden stehen nicht unbedingt im Vordergrund. Die Bereiche der Information und Beratung werden an Bedeutung zunehmen. Die Zusammenarbeit mit der kommunalen Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen und der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) – die ihre Tätigkeit im Jahr 2018 aufgenommen hat – und Zuständigkeitsfragen sind noch näher zu bestimmen.

3.7.4 Freizeit- und Kontaktbereiche und ehrenamtliches Engagement

Der Landkreis Esslingen fördert die Gemeindepsychiatrischen Verbände bei ehrenamtlich oder durch die Selbsthilfe getragenen Freizeit- und Kontaktangeboten mit einem jährlichen Zuschuss. Diese Förderung hat die Unterstützung nichtprofessioneller Aktivitäten im Mittelpunkt. Dazu zählen Selbsthilfe-, Kontakt- und Freizeitgruppen, aber auch einzelne Veranstaltungen. Die Zielsetzungen der einzelnen Angebote sind dabei durchaus unterschiedlich, zum Beispiel die Verbesserung der Teilhabe oder inhaltlich orientierte bzw. themenspezifische Angebote. Weitere Fördermöglichkeiten sind durch die Krankenkassen gegeben.

Ehrenamtlich Engagierte sind in verschiedene Zusammenhänge eingebunden. Dazu zählen die Gruppenangebote, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Leistungserbringer im Wohnen oder der Werkstatt, in einzelnen Angeboten und der jeweiligen Trägerstruktur. In der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle) sind sogenannte Bürgerhelfer gegen Aufwandsentschädigung beteiligt. In den medius KLINIKEN gibt es einen ehrenamtlichen Besuchsdienst.

3.8 Gemeindepsychiatrische Verbände

Im Landkreis Esslingen wurden bereits Mitte der 80er Jahre, ausgehend von den Sozialpsychiatrischen Diensten, fünf Versorgungsregionen gebildet. Anfang bis Mitte der 90er Jahre schließlich

gründeten sich die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GpV), deren Zielsetzung es war, alle im Versorgungsgebiet an der Betreuung und Behandlung chronisch psychisch erkrankter Menschen einzubinden und zu vernetzen. Diese Entwicklung wurde durch die Sektorsierung und Durchmischung der klinisch psychiatrischen Versorgung unterstützt, indem Patientinnen und Patienten wohnortbezogen und unabhängig vom Krankheitsbild auf die gleiche Station aufgenommen werden und sowohl stationär als auch ambulant eine Behandlungskontinuität durch Bezugspersonen gewährleistet wird.

Im § 7 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes des Landes sind die Zusammensetzung, die Aufgaben und Zielsetzungen der Gemeindepsychiatrischen Verbände aufgeführt und gesetzlich geregelt. Im Mittelpunkt stehen die bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung, die Kooperation nach innen und außen sowie die Versorgungsentwicklung durch die Stadt- und Landkreise in ihrer bestehenden Zuständigkeit für die kommunale Sozialplanung.

3.8.1 Aufbau und Struktur der Verbände

Die Verbände sind durch unterschiedliche Rahmenbedingungen (z.B. durch Verkehrswege, städtische und/oder ländliche Strukturen, vorhandene Einrichtungen) gekennzeichnet. Kliniken, Tageskliniken und Werkstätten sind nicht in allen Regionen des Landkreises gleichermaßen vorhanden, sie haben ohnehin Versorgungsfunktion für den ganzen Landkreis (siehe auf Übersichtskarten im Kapitel 1.4).

Insbesondere zwischen den Verbänden im Filderraum und in Plochingen besteht eine deutliche Divergenz bezüglich der Einwohnerzahlen. So hat sich die Einwohnerzahl im Einzugsbereich des GpV Filder seit 2009 um rund 8.000, in den anderen Verbänden demgegenüber um 2.000 bis 3.000 Einwohner erhöht. Demzufolge sind Nachsteuerungen und Anpassungen der Leistungsangebote, der Finanzierung oder der Einzugsbereiche teilweise bereits erfolgt oder auch noch zu leisten.

Die fünf GpV nutzen Kooperationsvereinbarungen oder vertragliche Regelungen bzw. Geschäftsordnungen, die seit vielen Jahren als Grundlage ihres Zusammenwirkens dienen. Die Zusammensetzung der GpV ist im Wesentlichen unverändert und hat sich bewährt. Dem Grunde nach sind die Leistungserbringer, die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote Teil der Verbände. Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene arbeiten in den Verbänden mit. Leistungsträger sind ebenfalls – teilweise optional – eingebunden. Die GpV zeigen öffentlich mehr Präsenz und haben eine bedeutende Rolle in der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft, insbesondere in den Kommunen des Landkreises.

3.8.2 Sozialraum und Quartier

Der Sozialraum und das (Wohn-)quartier bilden auch den Mittelpunkt für die in der sozialpsychiatrischen Versorgung tätigen Akteure der Gemeindepsychiatrischen Verbände. Behandlung, Betreuung, Teilhabe und Personenzentrierung gelingen nicht ohne die Berücksichtigung und Einbeziehung des sozialen Kontextes und der strukturellen Rahmenbedingungen im Sozialraum. Eckpunkte zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns sind im Laufe der letzten Jahre weiterentwickelt

worden. Die Psychiatrieplanung unterstützt den Sozialraumbezug und die Partizipation. Sozialpsychiatrisches Handeln ist daher auch auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse, die Einflussnahme auf städtebauliche, infrastrukturelle und barrierefreie Maßnahmen gerichtet. Bereits im letzten Psychiatrieplan (2010 bis 2014) hat sich gezeigt, dass die Schaffung und der Erhalt von Wohnraum in den Kommunen des Landkreises einen hohen Stellenwert einnehmen. In den letzten Jahren haben sich die Bedingungen verschärft. Der GpV ist allerdings nicht der alleinige Handelnde. Daher ist es zu empfehlen, mit den anderen im Sozialraum agierenden Bereichen der Alten-, Jugend-, Behinderten- und Sozialhilfe eng zu kooperieren und zu gemeinsamen Lösungen auf den Ebenen der Städte und Gemeinden zu kommen.

3.8.3 Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ)

Im Gemeindepsychiatrischen Zentrum wird die ambulante psychiatrische Versorgung möglichst „unter einem Dach“ gebündelt, um die Ressourcen effektiv einzusetzen und personenbezogen auszugestalten. Den Kern bilden der Sozialpsychiatrische Dienst, die psychiatrische Institutsambulanz und die Tagesstätte. Soziotherapien (SGB V-Leistung) und sonstige Gesprächsangebote ergänzen das Angebot.⁸⁹ Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz macht keine konkreten Vorgaben zur Umsetzung eines GpZ. Es hat lediglich einen auffordernden Charakter der Kooperation und Vernetzung mit dem Schwerpunkt der Behandlung und der Orientierung auf Leistungen nach dem SGB V. Die GpZ sind Teil der Gemeindepsychiatrischen Verbände. Besonders im ambulanten Bereich besteht die Chance, die GpZ in Richtung von ambulant tätigen Behandlungsteams weiter zu entwickeln und damit zu einer bedarfsgerechten, passgenauen, Ressourcen schonenden und fachlich hoch kompetenten Arbeitsweise unter Einsatz unterschiedlicher Berufsgruppen zu kommen. Ambulante Behandlungsteams können auch im Sinne einer Vermeidung einer teilstationären oder stationären Behandlung tätig werden. Bislang sind dieser wünschenswerten Entwicklung durch unterschiedliche Finanzierungen, institutionelle Eigenheiten und nicht gegebene Rahmenbedingungen Grenzen gesetzt. Eine Umsetzung wird nicht ohne Unterstützung des Landes und der zuständigen Leistungsträger, insbesondere der Krankenkassen, gelingen.

3.8.4 Hilfeplanung, Teilhabe- und Gesamtplanverfahren

Hilfeplanung

Mit der Zuständigkeit des Landkreises als Träger der Eingliederungshilfe seit 2005 wurde die Hilfe- und Gesamtplanung über die Jahre kontinuierlich weiterentwickelt. Mit dem seit 2007 praktizierten Hilfeplangespräch ist ein bewährtes Instrument eingeführt, das eine hohe Partizipation der Leistungsberechtigten, eine unmittelbare Gesprächsbeteiligung der Betroffenen und ihrer Vertreter gewährleistet und ein hohes Maß an Verständigung, Lösungsorientierung und somit Fachlichkeit bietet. Grundlage der Hilfeplangespräche ist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Dieses Manual der Hilfeplanung wird vorwiegend durch die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Kliniksozialdienste sowie andere Zuweisende mit den Antragstellern erarbeitet. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass neben den Problemlagen auch die Fähigkeiten beschrieben werden und sich die Zielorientierung an den sogenannten SMART-Kriterien ausrichtet, das heißt, die Ziele soll-

⁸⁹ Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen (Landespsychiatrieplan) Baden-Württemberg Juli 2018 S. 50

ten spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert sein; schließlich münden die Ziele in ein Vorgehen und sind letztlich Teil der Gesamtplanung der Eingliederungshilfe.

Zum 01.07.2015 schlossen die Leistungserbringer mit dem Landkreis eine Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung für das ambulant betreute Wohnen mit 5 differenzierten und flexiblen Betreuungsintensitäten ab. Dazu wurden die Instrumente der Hilfeplanung angepasst. Von 2007 bis zum 30.06.2016 wurden die Erstgespräche für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung durch das Fallmanagement gemeinsam mit der Psychiatrieplanung geführt, dann wurde die Teilnahme der Psychiatrieplanung aus Kapazitätsgründen beendet. Das Fallmanagement der Eingliederungshilfe führt sowohl Erst- als auch Folgehilfeplanungen durch. Es ist sozialräumlich nach Maßgabe des gewöhnlichen Aufenthaltes der Leistungsberechtigten vor Eintritt des Hilfebedarfes zuständig. Die Zahl der Hilfeplangespräche betrug im Jahr 2014 N=371, in 2015 N=345, in 2016 N=436, in 2017 N=454 und im I. Halbjahr 2018 N=220. Dokumentiert ist hier ausschließlich der Personenkreis der Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung.

Regelhaft finden zwischen der Psychiatrieplanung und dem Fallmanagement Absprachen statt, um die sich aus den Hilfeplanungen ableitenden Bedarfe zu erfassen.

Teilhabeplanverfahren

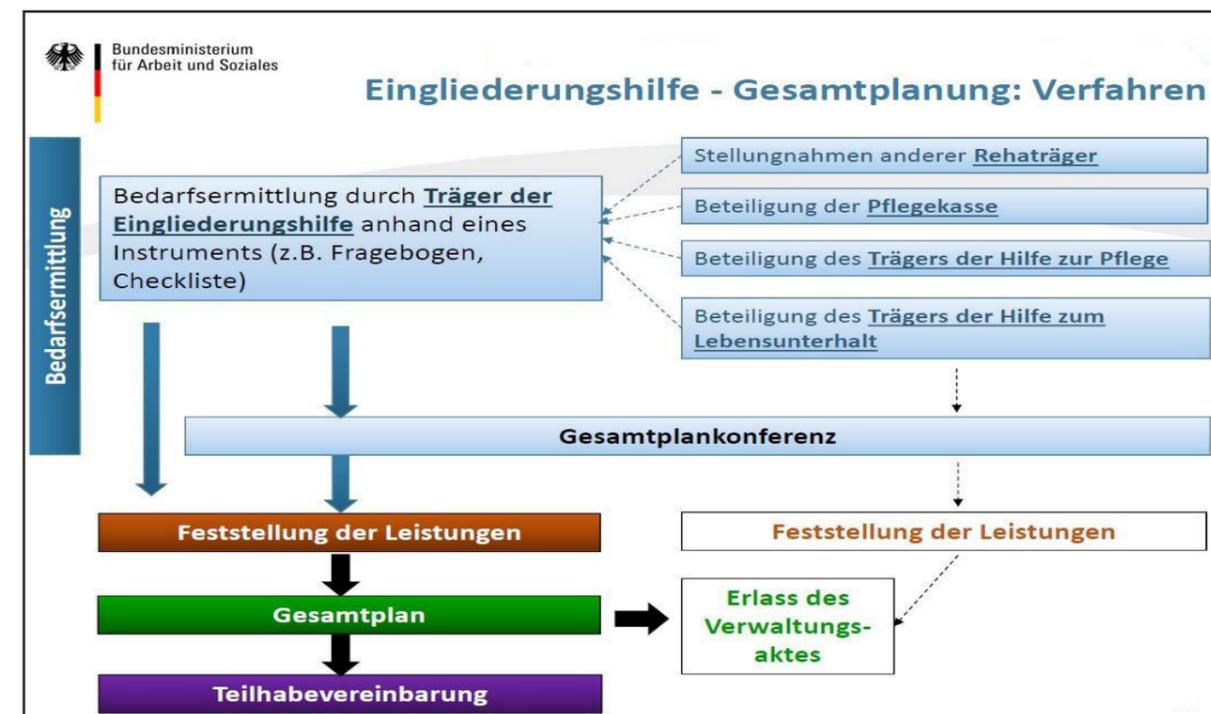
Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes unterliegen das Teilhabe- und das Gesamtplanverfahren umfangreichen Änderungen, die sich zunächst im SGB XII (§§ 141 ff) und im SGB IX (§§ 117 ff) abbilden. Die Teilhabeplanung ist Aufgabe aller Leistungsträger im SGB IX, die Gesamtplanung hingegen obliegt dem Träger der Eingliederungshilfe. Zuständig für die Koordinierung und Erstellung der Teilhabeplanung ist der jeweils leistende Rehabilitationsträger. Dabei wird der Teilhabeplan zu einem standardisierten Verwaltungsverfahren. Der Ablauf ist gekennzeichnet durch die Antragstellung, die Zuständigkeitsklärung, die Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfes und der Bestimmung der Teilhabeziele und deren Fortschreibung. Wenn mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind, kann eine Teilhabekonferenz mit Zustimmung des Leistungsberechtigten und auf seinen Wunsch hin durchgeführt werden. Die Rehabilitationsträger haben umfassende Berichtspflichten im sogenannten Teilhabeverfahrensbericht auferlegt bekommen. Eine trägerübergreifende Zusammenarbeit und Teilhabeplanung findet auch im Zusammenhang der Beantragung von Leistungen im Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich und Arbeitsbereich der Werkstätten für Menschen mit Behinderung und bei anderen Leistungsanbietern statt.

Gesamtplanverfahren

Seit 01.01.2018 ist die zweite Stufe des Bundesteilhabegesetzes in Kraft getreten. Die Aufgabe der Erstellung der Gesamtplanung fällt in die Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe. Was bisher im § 58 SGB XII geregelt war, ist im Wesentlichen inhaltsgleich künftig (übergangsweise im SGB XII und ab 2020 im SGB IX) bestimmt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) hat eine Orientierungshilfe zur Gesamtplanung erstellt.⁹⁰ Das Gesamtplanverfahren dient der Ermittlung, Planung, Steuerung, Dokumentation und Wirkungskontrolle

⁹⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS): Orientierungshilfe zur Gesamtplanung Stand Februar 2018

von Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zur vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.⁹¹ Das nachfolgende Schaubild⁹² des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales stellt den Prozessablauf der Gesamtplanung dar:



Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes sind die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen (§ 118 Abs. 2 SGB IX). Das Ministerium für Soziales und Integration hat unter Beteiligung der Leistungsträger, Leistungserbringer und der Betroffenen eine Bedarfsermittlungsinstrument (BEI Baden-Württemberg) entwickeln lassen, das von Oktober 2018 bis März 2019 erprobt werden soll. Der Landkreis Esslingen nimmt an der Erprobung teil. Das Bedarfsermittlungsverfahren soll nach einer Evaluation eingeführt und landesweit einheitlich umgesetzt werden.

3.9 Gremienstrukturen

3.9.1 Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie

Die Stadt- und Landkreise sollen nach § 8 Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz im Rahmen der Daseinsvorsorge die Koordination der Hilfeangebote in ihrem Zuständigkeitsbereich sicherstellen. Dies ist die zentrale Aufgabe der Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie (Psychiatrie-Arbeitskreis). Mitglieder in der Kreisarbeitsgemeinschaft sind Vertretungen der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen, der freien Wohlfahrtspflege, der Landkreisverwaltung,

⁹¹ ebd. S. 3

⁹² Schaubild Gesamtplanung: Quelle Bundesministerium für Arbeit und Soziales

der Städte und Gemeinden sowie die Personen der Clearingstelle im Landkreis (Verbundsprecher, Chefärzte etc.).

Den Vorsitz der Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie hat der Sozialdezernent / die Sozialdezernentin inne, die Geschäftsführung obliegt der Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung. Das Gremium berät die Landkreisverwaltung zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und zur Umsetzung gesetzlicher Anforderungen. Seine Zuständigkeit umfasst die Struktur und Fortschreibung der psychiatrischen Versorgung, die Regelungen und Formen der Zusammenarbeit unter allen Beteiligten, die Steuerung unter Beachtung der vertraglichen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen und konzeptionelle Weiterentwicklungen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann die Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie Arbeitsgruppen einsetzen und Entscheidungen an die Clearingstellen delegieren. Die Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie hat sich eine Geschäftsordnung gegeben. Feste Arbeitsgruppen unter dem Dach der Kreisarbeitsgemeinschaft sind die Arbeitsgruppen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie.

3.9.2 Clearingstelle

Die Clearingstelle ist der geschäftsführende Ausschuss der Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie. Zu ihren Aufgaben gehört insbesondere die Vor- und Nachberatung der Kreisarbeitsgemeinschaft, die Begleitung der Arbeitsgruppen, die Koordination von Arbeitsaufträgen, die Beratung von Planungsvorhaben und die Gewährleistung des Informationsflusses (in beide Richtungen) zwischen der Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie und den fünf regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Die inhaltliche Zuständigkeit umfasst auch die Gesamtplanung der psychiatrischen Versorgung. Die Koordination der Clearingstelle obliegt der Sozialplanung der Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung des Landkreises. Mitglieder der Clearingstelle sind die Sprecher der Gemeindepsychiatrischen Verbände, die ärztlichen Leitungen der Kliniken und der Tagesklinik, die Landkreisverwaltung durch das Amt für besondere Hilfen und die Psychiatrieplanung.

Zweimal jährlich tagt die Clearingstelle in erweiterter Form mit den Leistungserbringern und Leistungsträgern für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen. Diese gemeinsamen Sitzungen dienen der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, der Erfassung, Darstellung und Bewertung der Hilfestrukturen und Bedarfsfragen.

3.9.3 Kreisangehörigenbeirat

Der Kreisangehörigenbeirat trifft sich in der Regel einmal im Monat auf Landkreisebene. Der Beirat besteht aus drei bis vier engagierten Angehörigen, von denen zwei auch Mitglieder in der Kreisarbeitsgemeinschaft Psychiatrie sind. Die Angehörigen sind auch auf Landesebene in den Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. eingebunden. Ein wichtiges Anliegen der Angehörigen ist die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und eine Verbesserung des Zuganges zu Rehabilitationsangeboten. Letzteres ist aus Sicht der Angehörigen dringend erforderlich, um durch präventive und rechtzeitige Maßnahmen Chronizität zu vermeiden. Dazu ist aus Sicht der Angehörigen eine abgestimmte, aktive und nachgehende Arbeitsweise die wesentliche Voraussetzung. Sie verweisen auch auf die in Familien mit psychischer Erkrankung vor-

handenen Sorgen und Nöte und die mit der Erkrankung und ihren Folgen verbundene Hilflosigkeit sowie mögliche körperliche, seelische, finanzielle und soziale Schäden bei nicht rechtzeitiger oder ausreichender Behandlung und Unterstützung.

3.9.4 Handlungsempfehlungen

Vernetzung allgemeine Psychiatrie	
•	Umsetzung der Teilhabe- und Gesamtplanung nach BTHG
•	Weiterentwicklung der Verbände und Gemeindepsychiatrischen Zentren
•	Stärkung der Angehörigenarbeit und der Selbsthilfe (Psychiatrie-Erfahrene) durch aktive Einbindung in die Gemeindepsychiatrischen Verbände und Gremien

4 Gerontopsychiatrie

4.1 Vorbemerkung

Gerontopsychiatrie legt als Teilgebiet der Psychiatrie das Augenmerk auf Menschen mit psychischen Erkrankungen in höherem Alter. Sie umfasst alle F-Diagnosen des ICD-10 (die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, deutsche Fassung) und ist sektorenübergreifend, also ambulant, teilstationär und stationär sowie durch unterschiedliche Sozialgesetzbücher und Leistungsbereiche von Bedeutung.

Der Sozialausschuss des Kreistages hat am 11. November 2004 den letzten gerontopsychiatrischen Plan beraten und zur Kenntnis genommen.⁹³ Mit einem Auftrag der Planungsfortschreibung durch den Ausschuss im Jahr 2008 war auch die Erarbeitung eines neuen Gerontopsychiatrieplans verbunden. Ein unter Federführung der Psychiatrieplanung des Landkreises erstellter Plan wurde im Jahr 2012 aufgrund der Umstrukturierungen der Kliniken nicht veröffentlicht. Weiterentwicklungen dieses Planentwurfes finden sich in den folgenden Kapiteln wieder.

Auch auf Landesebene stand die Weiterentwicklung des Psychiatrieplanes an. Außerdem hat der Landtag in Baden-Württemberg eine Enquete-Kommission mit dem Ziel eingesetzt, Pflege zukunftsorientiert und generationengerecht zu gestalten.⁹⁴ Dabei wird die Demenzerkrankung als eine der wichtigsten psychiatrischen Einzeldiagnosen, die zu Pflegebedürftigkeit führt, benannt und auch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität identifiziert.⁹⁵

⁹³ Sozialausschuss des Landkreises - Sitzungsvorlage Nr. 152/2004 vom 26.10.2004

⁹⁴ Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 15/7980

⁹⁵ ebd. S. 11

Die Kommission beschreibt im Bericht 2016 die zentralen Eckpunkte und Empfehlungen:

- Selbstbestimmung ermöglichen,
- Fachkräftesicherung, Stärkung des Pflegeberufs, Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
- Sicherstellung der Aus- und Weiterbildungsqualität,
- Pflegeberatung ausbauen,
- lebensphasengerechte Wohnangebote,
- besondere Aspekte bei der Pflege und Betreuung,
- pflegende Angehörige stärken,
- bürgerschaftliches Engagement fördern,
- Präventionspotenziale nutzen,
- Rehabilitation ausbauen,
- generationengerechte Finanzierung,
- Sektorengrenzen überwinden.

Der neu gefasste Pflegebedürftigkeitsbegriff im Pflegestärkungsgesetz II und die Anpassungen im Pflegestärkungsgesetz III für die Träger der Sozialhilfe bilden eine wesentliche Grundlage der gesetzlichen Rahmenbedingungen auch für die Gerontopsychiatrie. Das Psychisch-Kranken-Hilfegesetz in Baden-Württemberg gibt ebenfalls Hinweise für die Gerontopsychiatrie in Bezug auf psychisch kranke und behinderte Personen sowie für Unterbringungsmaßnahmen und den Maßregelvollzug. Die Landesregierung will die Belange älterer Menschen mit psychischen Belastungen in die Aufgabengebiete der Gemeindepsychiatrischen Verbände integrieren.⁹⁶

4.2 Grundlagen

4.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Zu nennen sind Pflegeleistungen, Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und zusätzliche Betreuungsleistungen.

Für die Erbringung von Pflegeleistungen sind die häusliche Krankenpflege (nach SGB V) und die Pflegeversicherung (nach SGB XI) ausschlaggebend. Richtlinien regeln die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern.

Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, entweder als Pflegesachleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung. Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege sind weitere Leistungsformen. Pflegebedürftige haben schließlich nach § 43 SGB XI Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.⁹⁷

⁹⁶ Koalitionsvertrag Baden-Württemberg 2016-2021
⁹⁷ SGB-Texte mit SGG Boorberg-Verlag

Für vollstationäre Pflege besteht in Baden-Württemberg ein Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI. Im Bereich der Sozialhilfe regelt ein Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII die Leistungen.

Stellt ein gesetzlich Versicherter oder sein Vertreter einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung, wird der Pflegebedürftige zunächst durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet. Sodann trifft die Pflegekasse die Leistungsentscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens.

Die zentrale Aufgabe des Medizinischen Dienstes im Rahmen des SGB XI ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Begutachtungen werden durch qualifiziertes Personal, also Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Fachkräfte durchgeführt. Das SGB XI definiert in § 14 Abs. 2 die Bereiche, die zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Dazu gehören Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbeitrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Er dient der Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.⁹⁸

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes werden 72,6 % der Pflegebedürftigen (N=2,076 Millionen) zu Hause versorgt, davon allein durch Angehörige 48,4% und zusammen mit oder durch Pflegedienste 24,2%. Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Heimen beträgt 783.416 Personen, was einer Quote von 27,4 % entspricht.⁹⁹ Etwa zwei Drittel der Leistungsberechtigten sind Frauen.

Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes betragen die Krankheitskosten durch psychische Störungen und Verhaltensstörungen im Jahr 2015 etwa 44,4 Milliarden Euro. 15,1 Milliarden Euro wurden für Demenzerkrankungen und 8,7 Milliarden Euro für Depressionen ausgegeben.¹⁰⁰ In die Berechnungen fließen neben medizinischen Heilbehandlungen sämtliche Ausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein. Bei den Demenzen (ICD10 Diagnosen F00-F03) sind aus naheliegenden Gründen fast ausschließlich Menschen mit 65 Jahren und älter betroffen, die Kostenverteilung beträgt 11,2 Milliarden Euro bei Frauen gegenüber 3,9 Milliarden Euro bei Männern. Bei der Krankheitsdiagnose Depression (F32-F34) betragen die Krankheitskosten bei den über 65-Jährigen rund 1,9 Milliarden Euro (1,4 Milliarden Euro davon bei Frauen), was rund einem 22%-Anteil an den Gesamtkosten der Depressionsbehandlung entspricht. Aus Versorgungsaspekten betrachtet sind

⁹⁸ ebd. § 45 b SGB XI

⁹⁹ Statistisches Bundesamt: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2015

¹⁰⁰ Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand 2018

sowohl Demenz als auch Depression im Alter vorrangig ein weibliches Phänomen. Männer werden so lange wie möglich von Ehefrauen versorgt, die dann „unversorgt“ zurückbleiben.

4.2.2 Krankheitsbilder

Zu den gerontopsychiatrischen Erkrankungen zählen alle psychiatrischen Krankheitsbilder, die bei alten Menschen auftreten können. Die Beschreibung „psychisch kranke alte Menschen“ und „gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen“ wird sinngleich genutzt. Die folgenden Abschnitte umfassen eine Reihe wesentlicher psychischer Erkrankungen, die für das gerontopsychiatrische Arbeitsfeld von Bedeutung sind. Zu beachten ist, dass psychisch kranke alte Menschen häufig zudem unter körperlichen Erkrankungen leiden (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Skelett- und Muskelerkrankungen etc.), welche in der Behandlung, Therapie und Betreuung zu berücksichtigen sind.

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen¹⁰¹

Ursache dieser psychischen Krankheiten ist eine zerebrale Erkrankung, eine Hirnverletzung oder andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann das Gehirn direkt oder indirekt betreffen, medizinisch wird dann von einer primären bzw. sekundären Erkrankung gesprochen.

Eine Demenz ist ein gleichzeitiges Auftreten verschiedener Symptome (ein Syndrom) als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, Auffassung, Lernfähigkeit, Sprache und des Urteilsvermögens. Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation sind Begleitscheinung oder Vorboten der Erkrankung.¹⁰²

- **Demenz bei Alzheimer-Krankheit** als degenerative zerebrale Krankheit (verschiedene Typen, unterschiedlicher Beginn der Erkrankung und abweichende Verläufe),
- **Vaskuläre Demenz** bedingt durch Infarkte (ebenfalls verschiedene Formen),
- **Demenz mit anderen Ursachen** bzw. klassifizierten Krankheiten (zum Beispiel frontotemporale Demenz, Creutzfeldt-Jakob, Chorea Huntington, HIV etc.),
- **Nicht näher bezeichnete senile Demenz,**
- **Organisches Syndrom**, nicht durch Alkohol oder andere Substanzen bedingt,
- **Delir**, nicht durch Alkohol oder andere Substanzen bedingt,
- **Andere psychische Störungen** aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (zum Beispiel organisch wahnhaftige Störung),
- **Persönlichkeits- und Verhaltensstörung** aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (zum Beispiel organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma).

Die Alzheimer-Krankheit als eine Form der Demenz (Anteil etwa zwei Drittel) findet sich im Diagnoseschlüssel außerdem unter der Rubrik Krankheiten des Nervensystems wieder (ICD-10-GM G 30).

¹⁰¹ Diagnoseschlüssel nach ICD-10 GM Version 2010 (www.dimdi.de)

¹⁰² vgl. ebd.

Bei einer Demenz können sich Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen ergeben. Wiederkehrende Verrichtungen wie Körperpflege, Einkaufen, Essenszubereitung, Nahrungsaufnahme, soziale Kontakte und Freizeitgestaltung sind wie die Merk-, Lern- bzw. Ausdrucksfähigkeit und die Gedächtnisleistungen betroffen. Der Verlust der Orientierung zu Personen, zur Umgebung, zu Zeit und Ort sowie zum Gebrauch von Gegenständen sind zentrale Symptome der Erkrankung. Planungen, Entscheidungs- und Einschätzungsfähigkeiten gehen verloren. Oftmals treten in unterschiedlichen Phasen im Verlauf der Erkrankung Veränderungen der emotionalen Befindlichkeit auf. Verhaltensveränderung, zum Beispiel durch Verkennung von Personen bedingt – also ein Angehöriger wird als fremde Person wahrgenommen –, depressive Stimmungen oder wahnhaftes Erleben können Teil der Ausprägung der Erkrankung sein. Bei fortschreitender Demenz kann ein Zustand völliger Hilfs- und Orientierungslosigkeit (Weglauftendenz, umgekehrter Tag-Nacht-Rhythmus) erreicht werden, der eine permanente Betreuung bzw. Aufsicht erfordert.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an Demenz zu erkranken an, besonders deutlich im Lebensalter ab 80 Jahre. Die Prävalenzrate, also die Anzahl der Kranken an der Bevölkerung, liegt im Durchschnitt bei rund 6,9% (Männer) und 10,8 % (Frauen) bei den 65-Jährigen und Älteren.¹⁰³ Insgesamt sind bundesweit rund 1,2 Mio. Menschen von einer Demenzerkrankung betroffen.¹⁰⁴ Für den Landkreis Esslingen bedeutet die Betrachtung der Prävalenz im Jahr 2016 etwa 9.900 erkrankte Menschen. Die geschätzte Zahl der Menschen mit Demenz wird vorausgeschätzt im Jahr 2030 rund 12.700 betragen.¹⁰⁵

Affektive Störungen (F30-39)

Depressionen gehören neben Angsterkrankungen zu den häufigsten Störungen im Alter. Bei der Diagnostik depressiver Erkrankungen älterer Menschen ist es oftmals schwierig, abzuklären, ob Klagen über somatische Beschwerden Symptome einer körperlichen Erkrankung oder Ausdruck einer depressiven Stimmung sind.¹⁰⁶ Bei älteren Patienten sind weniger depressionstypische Symptome wie Niedergeschlagenheit sondern eher vegetative Störungen, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie körperliche Angstsymptome vorrangig. Die Prävalenz, also die Gesamtzahl aller Krankheitsfälle, die in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während einer Zeitperiode auftreten, liegt bei Menschen im höheren Alter bei 9,8% einer leichten Depression und bei 1,8% einer schweren Depression.

Frauen leiden an Depressionen doppelt so häufig wie Männer, mit zunehmendem Alter ist der Abstand rückläufig. Die Raten, jenseits des 65. Lebensjahres zu erkranken, steigen nicht an. Die Autoren verweisen darauf, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflusst. Auffallend ist, dass das Depressionsrisiko bei institutionell versorgten älteren Menschen ansteigt.¹⁰⁷

¹⁰³ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Selbsthilfe Demenz Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

¹⁰⁴ ebd.

¹⁰⁵ Klein, Alexandra Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg

¹⁰⁶ Weyerer Siegfried, Bickel Horst: Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart 2007

¹⁰⁷ ebd.

Angststörungen zählen mit einer Prävalenz von mehr als 10% zu den häufigsten psychischen Störungen des höheren Lebensalters.¹⁰⁸ Zu nennen sind vor allem Phobien und generalisierte Angststörungen. Häufig entsteht die Ersterkrankung im frühen bis mittleren Erwachsenenalter und nimmt teilweise einen chronischen Verlauf bis ins hohe Alter.

Suizidale Handlungen

Suizide treten bei älteren Menschen wesentlich häufiger auf als bei jüngeren. Mit zunehmendem Alter steigen sie kontinuierlich an. Die mit Abstand höchsten Werte weisen die 75-jährigen und älteren Männer auf.¹⁰⁹ Suizidversuche und Suizide im Alter stehen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, der Abnahme körperlicher Leistungsfähigkeit, Vereinsamung und einem Statusverlust.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

Nach dem 65. Lebensjahr sind schizophrene Neuerkrankungen extrem selten, wenn man organische Psychosen und andere wahnhaftige Störungen außer Betracht lässt. Bedeutender für die Gerontopsychiatrie sind daher Patienten mit einem chronisch schizophrenen Krankheitsverlauf, die sozusagen mit ihrer Erkrankung „alt“ geworden sind und im bisherigen Versorgungssystem nicht mehr oder nicht entsprechend passgenau betreut werden können.

Weitere Erkrankungen, die auch im Alter auftreten können, sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69).

Sucht im Alter

In den letzten Jahren wird dem Substanzmissbrauch und der -abhängigkeit im Alter mehr Beachtung geschenkt. Dabei spielt die demografische Entwicklung eine entscheidende Rolle, Bedarfe älterer Menschen ins Blickfeld zu nehmen. Bei Menschen im höheren Alter stehen der Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten (insbesondere Benzodiazepine) im Vordergrund. Aus Bevölkerungsstudien geht hervor, dass der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter zurückgeht.¹¹⁰ Ältere Menschen weisen selbst bei sinkenden Trinkmengen eine erhöhte Schädigung des zentralen Nervensystems auf.

Zu beachten ist allerdings, dass aufgrund der höheren Mortalitätsrate nur relativ wenige Alkoholranke ein höheres Lebensalter erreichen und wegen der im Alter häufiger auftretenden gesundheitlichen Beschwerden der Konsum tendenziell sinkt. Der Anteil Alkoholabhängiger in einzelnen Pflegeheimen ist leicht erhöht.

Zur Behandlung gelten bei älteren Menschen ähnliche Grundsätze wie bei jüngeren Alkoholkranken: Die Entgiftung, die Entwöhnungsbehandlung und die psychosozialen Hilfen. Klinische Erfahrungen zeigen, dass bei älteren Menschen der körperliche Entzug durchaus mit Komplikationen verbunden ist.¹¹¹

¹⁰⁸ ebd. S. 158

¹⁰⁹ ebd.

¹¹⁰ ebd.

¹¹¹ ebd.

In einigen Fachkliniken gibt es spezielle Angebote für ältere PatientInnen (z. B. 6-Wochen-Behandlung 55 Plus).

Zur Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist zu erwähnen, dass insbesondere die Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen einen deutlichen Anstieg mit zunehmendem Lebensalter erfahren hat. Eine ärztlich überwachte und zeitlich begrenzte Einnahme kann sich als sinnvoll erweisen, als problematisch dagegen eine unreflektierte Dauermedikation und ein fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Gefahren von Langzeit- und Hochdosisverordnungen. Alte Menschen mit einem dauerhaften Gebrauch reflektieren in der Regel nicht, dass sie eine – vom Arzt verordnete – Substanz mit Suchtpotential missbräuchlich anwenden und sich in die Gefahr der Abhängigkeit begeben.¹¹² Die Wechselwirkung zwischen Medikamenten und Alkoholkonsum kann sich problematisch erweisen. Bei einer Entzugsbehandlung sind die altersrelevanten Bedingungen zu berücksichtigen.

Menschen mit Behinderung und Demenz

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung, an einer Demenz zu erkranken. Während bei den über 65-Jährigen der Allgemeinbevölkerung circa 11% an einer demenziellen Erkrankung leiden, so steigt die Demenzrate bei Menschen mit Down-Syndrom dieser Altersgruppe auf 75% an.¹¹³ Bei Menschen mit geistiger Behinderung zeigen sich häufig Anzeichen für eine physiologische Voralterung. Für diese zahlenmäßig noch eher kleine Gruppe gilt es, sowohl den pflegebedingten als auch den behinderungsbedingten Erfordernissen Rechnung zu tragen, indem die Pflegeleistung zugänglich gemacht und Eingliederungshilfeleistungen ergänzend bedarfsbezogen gewährt werden. An der Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege sind fachlich integrierte Konzepte zu entwickeln, welche die unterschiedlichen Kompetenzen, Erfahrungen und Leistungen bündeln. 78% der Senioren mit Behinderung im Alter zwischen 65 und 74 Jahren im Landkreis Esslingen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, leben in einer stationären Einrichtung (Definition nach Ordnungsrecht). Im Alter von 75 Jahren und älter steigt der Anteil auf 89%. Neben den Unterstützungsformen im Wohnen ist die Tagesstruktur für Seniorinnen und Senioren mit Behinderung weiter zu entwickeln. Zum Stichtag 31.12.2017 bestanden Leistungsvereinbarungen über rund 60 Plätze in der Seniorentagesstruktur, die fast vollständig belegt waren. Mit steigenden Fallzahlen ist aufgrund des demografischen Wandels auch in der Behindertenhilfe zu rechnen.

4.2.3 Altersstruktur im Landkreis

In den letzten 20 Jahren hat sich die Altersstruktur der Bevölkerung im Landkreis Esslingen verändert. Der Anteil der Menschen im Alter über 65 Jahren hat sich von 14 Prozent im Jahr 1995 auf 21 Prozent im Jahr 2016 erhöht. Jeder 5. Einwohner im Landkreis Esslingen war demnach im Jahr 2016 älter als 65 Jahre. Der Anteil der jüngeren Menschen im Alter unter 40 Jahren hat im gleichen Zeitraum um 9 Prozentpunkte abgenommen und lag 2016 bei 44 Prozent. Im Landkreis Esslingen

¹¹² ebd.

¹¹³ Lindmeier, Bettina; Lubitz, Heike: Alternde Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz – Grundlage und Handlungsansätze Heft Teilhabe 4/2011, Jg. 50

vollzieht sich die allgemeine demografische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Gesellschaft. Wesentliche Gründe dafür wurden bereits genannt: eine gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung, die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge und eine bis zum Jahr 2011 gesunkene Geburtenzahl. Da es mehr ältere als jüngere Menschen gibt, wird die Alterung der Bevölkerung fortschreiten.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung im Landkreis Esslingen hat seit dem Jahr 1995 von 39,5 auf 43,5 im Jahr 2016 zugenommen. Dies entspricht der durchschnittlichen Zunahme in Baden-Württemberg.

Die Vorausberechnung der Bevölkerung in den einzelnen Altersgruppen zeigt, dass im Jahr 2030 fast jeder 4. Einwohner im Landkreis Esslingen über 65 Jahre alt sein wird. Vor allem die Zahl der hochaltrigen Bevölkerung im Alter über 80 Jahren wird stark zunehmen. Im Jahr 2016 gab es rund 30.200 Menschen im Alter über 80 Jahren. Ihre Zahl wird bis zum Jahr 2030 um rund 8.200 auf 38.500 ansteigen. Dies entspricht einer Steigerung von 27,2 Prozent. Die Zahl der Menschen im Alter über 90 Jahren wird sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppeln, von rund 4.100 auf 8.300.

Vor allem die Zunahme der hochaltrigen Bevölkerung im Alter über 80 Jahren wird voraussichtlich Auswirkungen auf den Unterstützungs- und Pflegebedarf der Bevölkerung haben. Neben Herausforderungen eröffnen sich jedoch auch neue Chancen: Gerade die wachsende Zahl der „jungen Senioren“ ist häufig hoch motiviert und bereit, sich bürgerschaftlich zu engagieren.

Für die Gerontopsychiatrieplanung ist insbesondere die Entwicklung der Zahl der über 80-jährigen Menschen von besonderem Interesse. In dieser Altersgruppe steigt der Unterstützungsbedarf mit zunehmendem Alter an. Die Zunahme betrifft alle Städte und Gemeinden, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. In Altdorf wird sich die Zahl der über 80-jährigen Menschen verdoppeln. In vier Gemeinden – Altenriet, Erkenbrechtsweiler, Neckartenzlingen und Schlaitdorf – wird die Zahl der über 80-Jährigen zwischen 60 und 70 Prozent zunehmen. Weitere fünf Städte und Gemeinden des Landkreises, darunter Aichtal, Filderstadt, Kohlberg, Oberboihingen und Wolfschlugen, werden einen Zuwachs an hochaltrigen Menschen bis zum Jahr 2030 voraussichtlich zwischen 40 und 60 Prozent verzeichnen.

4.2.4 Kreispflegeplanung

Mit Beschluss vom 11. Mai 2017 beauftragte der Sozialausschuss des Landkreises die Verwaltung, die Kreispflegeplanung unter fachlicher Begleitung des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS)¹¹⁴ hin zu einer Integrierten Sozialplanung für ältere Menschen weiterzuentwickeln.

¹¹⁴ Sitzungsvorlage Sozialausschuss des Landkreises Esslingen Nr. 39/2017

Hierbei werden folgende Planungsperspektiven eingenommen:

- demografische Entwicklung,
- Wohnen im Alter,
- Infrastruktur und Mobilität, Digitalisierung,
- Prävention und Gesundheitliche Versorgung im Alter,
- Pflege und Unterstützung im Alter,
- Information, Beratung und Edukation.

Ziel ist es, bis Ende des Jahres 2020 eine integrierte ganzzeitliche Kreispflegeplanung unter Berücksichtigung einer kreisweiten Quartiersstrategie zu erarbeiten. Mit dem hier vorgelegten Teil der Gerontopsychiatrie wird spezifisch aus der Perspektive gerontopsychiatrischer Fragestellungen und Bedarfe auf die dazu passenden Themenfelder eingegangen. Deshalb werden grundsätzliche Bereiche, wie zum Beispiel die demographische Entwicklung, die Beratungsstrukturen, der Pflegefachkräftemangel oder die Quartiersentwicklung, nur gestreift. Im Mittelpunkt der Psychiatrieplanung stehen gerontopsychiatrische Fragestellungen an der Schnittstelle „ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen“

4.2.5 Regionale Aspekte, Vernetzung und Erreichbarkeit

Aufgrund der Größe und insbesondere der Einwohnerzahl des Landkreises sind die regionalen Rahmenbedingungen und die örtlichen Besonderheiten auch im Kontext der Gerontopsychiatrie zu berücksichtigen. Eine gute Erreichbarkeit und eine Vernetzung der Angebote der gerontopsychiatrischen Hilfen stehen dabei im Mittelpunkt.

Zu nennen sind Nachbarschaftshilfen, Pflegedienste, Ehrenamtliche, Angehörige, Fachdienste und der medizinische Bereich. Insbesondere der Quartiersentwicklung in den Städten und Gemeinden kommt im Landkreis eine herausgehobene Bedeutung zu. Hier liegen die Chancen für eine wohnortnahe und bedarfsbezogene Entwicklung, um sich auf die Herausforderungen des demografischen Wandels einzustellen.

4.2.6 Geriatrie und Gerontopsychiatrie

Mit der Einrichtung der Klinik für Innere Medizin, Altersmedizin und Palliativmedizin entstand zum 01.10.2017 ein qualifiziertes altersmedizinisches Versorgungsangebot für ältere Patientinnen und Patienten als Teil der medius KLINIKEN. Für das Angebot stehen 20 Betten zur Verfügung. In der Regel sind die aufgenommenen Patienten älter als 75 Jahre und leiden unter verschiedenen Erkrankungen (Multimorbidität). Mit einer begleitenden geriatrischen Komplexbehandlung können Defizite und Pflegebedarfe verringert oder vermieden werden. Weitere Behandlungsziele sind die Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang des täglichen Lebens und die Erreichung größtmöglicher Autonomie und Mobilität. Neben somatischen Erkrankungen stehen auch die Abklärung und Behandlung von Demenz und Depression im Fokus. Dabei ist auch beabsichtigt, dass durch eine Mitbetreuung geriatrischer Patienten in anderen Abteilungen die gesamte klinische Versorgung profitieren kann.¹¹⁵

¹¹⁵ <https://www.medius-kliniken.de/standorte/medius-klinik-ostfildern-ruit/fachbereiche/innere-medizin-altersmedizin-und-palliativmedizin/ueber-die-klinik/>

4.2.7 Gerontopsychiatrisches Zentrum

Bereits die Expertenkommission auf Bundesebene hat 1988 als Grundlage für die Überlegungen das Konzept „Gerontopsychiatrisches Zentrum“ dargelegt.¹¹⁶ Als Kernpunkt sollte pro Einheit mit je 250.000 Einwohnern eine Funktionseinheit – das Gerontopsychiatrische Zentrum – dienen, das die zentrale Zusammenfassung einer Poliklinik, einer Tagesklinik und einer kleinen stationären „Assessment-Unit“ darstellt. Der Sozialausschuss hat sich im Jahr 2004 mit der Vernetzung im Bereich der Gerontopsychiatrie befasst. Dabei war vorgesehen, dass auch im Bereich der Gerontopsychiatrie die Hilfen fallbezogen und strukturell in der Art eines Verbunds koordiniert werden sollen. Diese Verbundlösung wurde als „Gerontopsychiatrisches Zentrum“ bezeichnet. Mit dem Aufbau des nächsten Bausteins (Tagesklinik) der gerontopsychiatrischen Versorgung sollte gleichzeitig der Einstieg in den Verbund realisiert werden. Die gerontopsychiatrische Tagesklinik besteht seit September 2004. Sie war als ein Baustein des Zentrums gedacht, das aus den weiteren Verbundbausteinen: (Geronto-)Psychiatrischen Institutsambulanz und SOFA bestehen sollte. Ein abgestimmtes System von Hilfeangeboten steht im Mittelpunkt eines Gerontopsychiatrischen Zentrums.

Es wird vorgeschlagen, als weitergehendes Konzept die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für Altersmedizin zu prüfen und ggf. umzusetzen.

4.2.8 Handlungsempfehlungen

Vernetzung Gerontopsychiatrie
<ul style="list-style-type: none">• Absprachen und Vertiefung der fallbezogenen Zusammenarbeit
<ul style="list-style-type: none">• Ausbau und Weiterentwicklung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums als Teil eines Kompetenzzentrums für Altersmedizin
<ul style="list-style-type: none">• Qualitätsoffensive zur Prävention (Demenzkampagnen, Bündnis gegen Depression etc.)

4.3 Wohnen

4.3.1 Zu Hause

Die Ausführungen zum Wohnen „zu Hause“ gelten für alle älteren Menschen, aber auch für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen.

Das Wohnen im Alter ist aufgrund des demografischen und sozialen Strukturwandels ein aktuelles und für die Zukunft bedeutendes Thema. Es sollte nicht auf eine besondere Lebenslage der Pflegebedürftigkeit oder eines sehr hohen Alters verengt werden.¹¹⁷ Wesentliche Aspekte für das Wohnen sind familiäre und nachbarschaftliche Beziehungen, quartiers- und stadtteilbezogene Rahmenbe-

dingungen, das bürgerschaftliche Engagement und sogenannte harte Faktoren wie Wohnungsbestand, Wohnform und Barrierefreiheit. 95% aller Menschen, die über 65 Jahre alt sind, leben in „normalen“ Wohnungen. Bei den hochbetagten Menschen (80 Jahre und älter) sind dies immerhin noch 89%. Pflege, wenn erforderlich, findet zu zwei Dritteln in der häuslichen und zu einem Drittel in Heimen (bei einem Durchschnittsalter von 85 Jahren) statt. Insbesondere für hochaltrige Senioren hängt der Erhalt einer selbstständigen Lebensführung wesentlich von einer altersgerechten Wohnsituation und einem barrierefreien Umfeld ab.¹¹⁸ Gerade hier besteht ein gravierender Mangelzustand, indem nur etwa 5% von elf Millionen Altershaushalten im Bundesgebiet in barrierefreien oder barrierearmen Wohnungen existieren.¹¹⁹

Der Wohnberatung kommt eine umfassende Aufgabe zu. Sie führt Beratungen über Wohnraumanpassungsmaßnahmen in der Wohnung des Ratsuchenden durch, überprüft die Wohnung nach Hindernissen bzw. Gefahrenquellen und empfiehlt Lösungsmöglichkeiten, zum Beispiel den Einsatz von Hilfsmitteln und baulichen Veränderungen. Die Wohnberatung im Landkreis Esslingen ist dezentral organisiert.

Es finden sich Wohnberatungsstellen in den großen Kreisstädten, in Esslingen, Filderstadt, Kirchheim, Leinfelden-Echterdingen, Nürtingen und Ostfildern mit hauptamtlichen Einsatzleitungen und rund 25 gut geschulten Volunteers in der Beratung.

Ziel ist ein möglichst selbstständiges Leben im Alter mit einer sozialen Teilhabe. Dazu sind die Umgestaltung von Wohnquartieren, dezentrale Einheiten, ein barrierearmer Öffentlicher Personennahverkehr, soziale Netzwerke und die Schaffung von Möglichkeiten der Kommunikation entscheidende Faktoren.

Erkennbar ist ein gesellschaftlicher Trend, neue Wohn- und Lebensformen im Alter zu gestalten. Gerade die Versorgung von an Demenz erkrankten älteren Menschen hat die Entwicklung von gemeinschaftlichen Wohnformen befördert.¹²⁰ Die Wohnraumgestaltung und die sozialen Bezüge sollen so ausgestaltet werden, dass Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. In diesem Zusammenhang kommen dezentralen Versorgungsangeboten, ehrenamtlichem Engagement und der Nachbarschaft eine wesentliche Bedeutung zu.

Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, die Sicherung der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe sind vorrangige Ziele, für die es die Wohn- und Infrastruktur zu gestalten gilt. Die Klammer im Sozialraum dazu bildet die Barrierefreiheit, die sich auf die Wohnangebote, den öffentlichen Raum sowie die Mobilität bezieht und soziale Netzwerke bzw. quartiersnah verfügbare Beratungs- und Leistungsangebote berücksichtigen sollte.¹²¹ Dementsprechend sind Aktivitäten der Stadtentwicklung, der Wohnbebauung, der Verkehrswege und der gesundheitspolitischen bzw. sozialen Infra-

¹¹⁸ ebd.

¹¹⁹ ebd.

¹²⁰ ebd.

¹²¹ Nachrichten des Deutschen Vereins (Januar 2011): Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur - Teil 1.

struktur an der Barrierefreiheit auszurichten. Der (Sozial-)Planung und Steuerung der Infrastruktur-entwicklung durch die Kommunen kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu. Kommunen, die sich senioren-, behinderten- und pflegegerecht entwickeln, sind gleichzeitig familiengerecht und attraktiver, da sie gleichzeitig generationsübergreifende Unterstützungsnetzwerke ermöglichen.¹²² Das Landratsamt ist Wohnraumförderstelle für alle 44 Städte und Gemeinden des Landkreises. Es ist das Ziel der Wohnraumförderung, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Wohnungsversorgung der Bevölkerung beizutragen. Hierzu stellen Bund und Land in ihren Haushalten alljährlich Fördermittel bereit. Beratung zu Förderprogrammen und Prüfung von Anträgen gehören zu den Aufgaben der Wohnraumförderstelle. Die Herstellung von barrierefreiem Wohnraum kann gerade für ältere Menschen von zentraler Bedeutung sein.

4.3.2 Betreutes Wohnen oder Seniorenwohnen

Diese Wohnform ist gekennzeichnet durch in der Regel barrierefreies Wohnen mit und ohne Betreuungsangebote in Einzelzimmern, Wohneinheiten oder Appartements, oftmals in räumlicher Nähe stationärer Einrichtungen. Zu bezahlende Inklusivleistungen sind neben den originären Wohnungskosten, beispielsweise ein Hausmeisterservice, eine soziale Beratung und eine Anbindung an ein Notrufsystem. Die mögliche Erfordernis der Pflege und Alltagsbewältigung wird über ambulante Dienste (Sozialstationen und Nachbarschaftshilfe) abgedeckt. Zusätzliche Wahlleistungen wie ein Mittagstisch, ein Einkaufs- und Begleitservice oder Hol- und Bringdienste können dazugekauft werden. Das Wohnangebot hat zum Ziel, so viel Selbstständigkeit wie möglich zu erhalten und bietet gleichzeitig ein gewisses Maß an Unterstützungsleistungen. Es unterscheidet sich nicht substantiell vom Wohnen im eigenen Wohnraum, auch dort können umfassende ambulante Leistungen hinzugezogen werden.

4.3.3 Wohnen in Wohngemeinschaften

Wohngemeinschaften nach dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz

In Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf leben bis zu 12 Menschen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen. Sie werden begleitet und bei Bedarf gepflegt. Die Pflege der Bewohner wird durch ambulante Dienste geleistet, die durch die einzelnen Bewohner frei gewählt werden können. Im Gegensatz zur stationären Versorgung werden für die Betreuung und die Pflege getrennte Verträge abgeschlossen. Vorrangiges Ziel der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist es, auch bei sehr umfassendem Pflegebedarf ein hohes Maß an individueller Selbstbestimmung und eine Wohn- und Pflegesituation zu gewährleisten, die sich an der eigenen Häuslichkeit orientiert. Für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen kann sich eine Wohngemeinschaft zur vertrauten Umgebung entwickeln, wenn die Begleitung durch feste Präsenzkräfte erfolgt. Darüber hinaus können sich Angehörige am Leben in der Wohngemeinschaft beteiligen oder sich an der Gestaltung des Alltags und der Organisation der Wohngemeinschaft beteiligen.¹²³

¹²² ebd.

¹²³ <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/betreuung-und-pflege/pflegeheim/ambulant-betreute-wohngemeinschaften-fuer-menschen-mit-demenz.html>, zuletzt geprüft am 03.08.2018

Das seit Mai 2014 gültige Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz, WTPG) gibt ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg einen gesetzlichen Rahmen und möchte dadurch dazu beitragen, dass mehr Wohngemeinschaften entstehen. Gleichzeitig soll durch das Gesetz die Qualität und der Schutz der Bewohner sichergestellt werden. Es legt die unterschiedlichen Formen ambulant betreuter Wohngemeinschaften fest und formuliert die jeweiligen Anforderungen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf orientieren sich am Alltag im Privathaushalt. Sie bieten aufgrund der kleinen Bewohnerzahl ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Orientierung und ermöglichen flexible Möglichkeiten der Unterstützung. Sie verfügen durch den Einsatz von Präsenzkräften und Alltagsbegleitern in der Regel über eine gute Personalausstattung, die häufig durch die Mitarbeit oder Beteiligung von Angehörigen und Ehrenamtlichen ergänzt wird. Die kleinen Platzzahlen erleichtern meist eine gute Integration in die Nachbarschaft.

Insbesondere in kleineren Gemeinden oder in Orts- und Stadtteilen besteht der Vorteil von Wohngemeinschaften darin, dass die gewohnte Umgebung für die Bewohner erhalten bleibt und bestehende Kontakte nicht verloren gehen.

Im Landkreis Esslingen gab es im Juni 2018 vier Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf nach dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz. Zwei Wohngemeinschaften nehmen ausschließlich Wachkomapatienten auf. Die beiden anderen Wohngemeinschaften, eine anbietergestützte und eine vollständig selbstverantwortete, richten sich an Menschen mit Demenzerkrankungen. Eine weitere anbietergestützte Wohngemeinschaft für 12 Menschen ist derzeit in Köngen geplant. Die Trägerschaft übernimmt die Sozialstation Wendlingen.

Wohngemeinschaften (vor Einführung des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes)

Zwei Wohngemeinschaften im Landkreis Esslingen waren bereits vor der Einführung des WTPGs entstanden. Die Wohngemeinschaft „Gemeinsam statt Einsam“ in Kirchheim u.T. entstand bereits 2005 aus einer Angehörigeninitiative, die einen Verein gründete. Die acht Plätze stehen Menschen mit Demenzerkrankungen zur Verfügung. Die Wohngemeinschaft „Lichtblick“ in Ostfildern entstand im Jahr 2012. Hier leben neun Personen zusammen. Als Vermieter tritt die Stadt Ostfildern auf, die das Grundstück zur Verfügung stellte. Die Wohngemeinschaft befindet sich im Nachbarschaftshaus Ostfildern, in dem außerdem eine Tagespflege, betreute Wohnungen für Menschen mit Behinderungen, ein Pflegeheim, ein Treffpunkt für die Einwohner des Stadtteils und die Beratungsstelle für ältere Menschen untergebracht sind.¹²⁴

4.3.4 Pflegeheime

Im Pflegeheim von heute leben mehrheitlich alte Menschen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern und dem daraus resultierenden besonderen Pflege- und Unterstützungsbedarf. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, verabschiedete der Landkreis im Jahr 1998 Planungshinweise für die Versorgung demenzkranker Menschen, die zwischenzeitlich in vielen Einrichtungen umgesetzt sind.

¹²⁴ Klein, Alexandra Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg

Am Beispiel von St. Vinzenz sollen offene und geschlossene Wohnformen in der Pflege beschrieben werden. Das Wohn- und Pflegezentrum (WPZ) St. Vinzenz der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung in Filderstadt ist eine geronto- und sozialpsychiatrische Facheinrichtung für den Landkreis Esslingen und die Stadt Stuttgart mit 200 Plätzen. Das WPZ St. Vinzenz bietet im Rahmen der Fachbereiche individuelle Wohnformen für Menschen mit körperlichen und psychischen Handicaps an:

- Für pflegebedürftige, ältere Menschen besteht ein Angebot im somatisch, palliativen Wohnbereich.
- Für Menschen mit Demenz bis hin zu schwerster Demenz bietet St. Vinzenz verschiedene spezielle Betreuungs- und Pflegekonzepte an, die dem z.T. herausfordernden Verhalten gerecht zu werden versuchen. Dabei wird in der Wohnraumgestaltung und in den Bereichen der Pflege und Betreuung speziell auf die Bedürfnislagen der Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen.
- Für Menschen mit psychischen Handicaps und psychiatrischen Krankheitsbildern verfügt das WPZ über entsprechende geschlossene, halboffene und offene Wohnmöglichkeiten. Das Angebot in der sozialpsychiatrischen Pflege und Betreuung reicht von geführtem strukturierten Tagesablauf bis hin zu einem möglichst selbstständig geführten Leben in einer stationären Einrichtung. Geschultes Fachpersonal unterstützt die Bewohnerinnen und Bewohner dabei, ihre Selbstständigkeit soweit wie möglich zu bewahren. Dies geschieht durch aktive Tagesgestaltung, behutsame Pflege und sorgfältige medizinische Versorgung.
- Eine besondere Wohnform ist das betreute Wohnen für jüngere Menschen mit psychischen Handicaps. Hier besteht für diesen Personenkreis die Möglichkeit eines normalen Mietverhältnisses mit Grundversorgung.

Flankiert werden die Pflege- und Wohnbereiche durch tagesstrukturierende Angebote der sozialen, ergo-, kunst- und musiktherapeutischen Dienste, der Sozialdienste, durch die seelsorgerliche Begleitung im Hause und durch die örtlichen Kirchengemeinden, durch zahlreiche ehrenamtlich Engagierte und durch den Förderverein Begegnung St. Vinzenz e.V..

Durch die konzeptionelle Umsetzung von Spezialisierung und Vernetzung werden im WPZ St. Vinzenz der Keppler-Stiftung möglichst individuelle Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote für Menschen mit psychischen und psychiatrischen Handicaps geschaffen. Eine weitere Vernetzung und Flexibilisierung in der sozialpsychiatrischen Landschaft im Landkreis durch Dienste und Leistungsträger würde diese Zielsetzungen noch verstärken und stabilisieren.

Erhebung in stationären Einrichtungen

An einer Stichtagserhebung der Psychiatrieplanung im Landkreis Esslingen zur Belegungssituation im Jahr 2010 beteiligten sich 42 Pflegeheime mit dem Schwerpunkt der Abfrage gerontopsychiatrischer Merkmale. Die Befragung umfasste sowohl die stationäre Pflege als auch die Tagespflege. Es

konnten Daten von 2.381 Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Pflege und 182 Personen der Tagespflege einbezogen werden.

Zentrale Ergebnisse waren:

- 2/3 der Bewohner in Pflegeheimen waren 80 Jahre alt und älter,
- 3/4 in der stationären Pflege waren Frauen, es überwog die Pflegestufe 2 (43%), gefolgt von der Pflegestufe 3 (33%),
- in der Tagespflege waren 55% jünger als 80 Jahre alt.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass gleichzeitig zwei oder mehr chronische Erkrankungen vorliegen. Dann spricht man von Multimorbidität. Betroffen sind rund drei Viertel der unter 80-Jährigen.¹²⁵ Im höheren Alter steigt die Multimorbidität weiter an.

Zur Erhebung der zu Grunde liegenden Erkrankungen der Menschen in den Pflegeheimen im Landkreis Esslingen wurden den Trägern Diagnoseschlüssel vorgegeben. Demenzen, psychische Störungen und Verhaltensstörungen, Psychosen und affektive Störungen wurden unter gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Nerven- und Kreislaufsystems unter somatischen Erkrankungen zusammengefasst.

Es zeigte sich, dass die gerontopsychiatrischen Erkrankungen, und dabei vorwiegend die Demenzen, eine zentrale Bedeutung einnehmen (42%). Sowohl vorliegende Demenz oder psychische Störung und eine oder mehrere somatische Störungen standen mit 32% an zweiter Stelle. An diesen Zahlen lässt sich die Erfordernis eines breiten fachlichen Spektrums an Pflege, Betreuung, Aufsicht und medizinischer Behandlung in den Pflegeheimen ablesen.

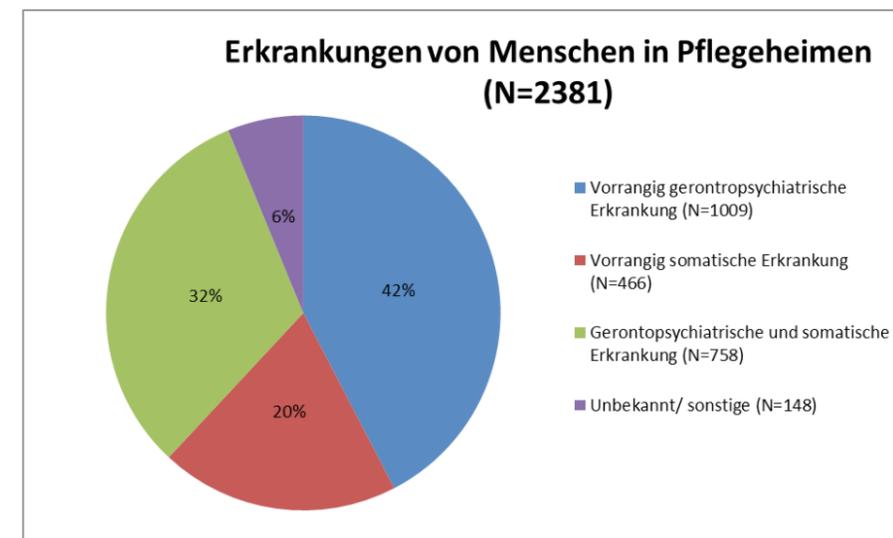


Abb. 23: Erkrankungen von Menschen in Pflegeheimen im Jahr 2010 (N=2381)

¹²⁵ Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin (vgl. Seite 39)

Da eine umfassende Erhebung sehr zeitaufwändig ist, wurde mit Stichtag 31.01.2018 eine ausgewählte Stichprobenerhebung durchgeführt, an der sich dankenswerterweise die städtischen Pflegeheime Esslingen, das Johanniterstift Plochingen, das Dr. Vöhringerheim Nürtingen und das Wohn- und Pflegezentrum St. Vinzenz in Filderstadt-Plattenhardt beteiligt haben. Ziel dieser Nacherhebung war es, Erkenntnisse über mögliche Veränderungen zu gewinnen. Mit der Nachuntersuchung wurden 763 Personen in stationären Wohnformen einbezogen. Bei rund 3.600 vorhandenen Pflegeheimplätzen entspricht dies einer Quote von 21,2%.

Die Hälfte der in die Untersuchung einbezogenen Personen ist älter als 87 Jahre (N=416). Das Durchschnittsalter lag bei 72,1 Jahren (ohne St. Vinzenz bei 85,4 Jahren). St. Vinzenz erfüllt einen spezifischen Versorgungsauftrag über 100 Plätze für die Fachrichtung Sozialpsychiatrie und 100 Plätze der Fachrichtung Gerontopsychiatrie. Insgesamt bietet die Einrichtung 100 geschlossene bzw. teilgeschlossene Plätze über beide Spezialisierungen. Es werden in der Einrichtung auch jüngere Personen betreut.

Die jüngste Person war zum Stichtag der Erhebung 48 Jahre alt.

Im Vergleich der Jahre 2010 und 2018 zeigt sich eine deutliche Verschiebung hin zum Auftreten sowohl einer psychischen Erkrankung oder Demenz als auch einer oder mehrerer chronisch somatischer Erkrankungen. 2010 war bei 72% der befragten Personen eine gerontopsychiatrische Erkrankung dokumentiert, 2018 bei der Stichprobe waren es 69%, wobei der Anteil der Mehrfacherkrankungen deutlich zugenommen hat.

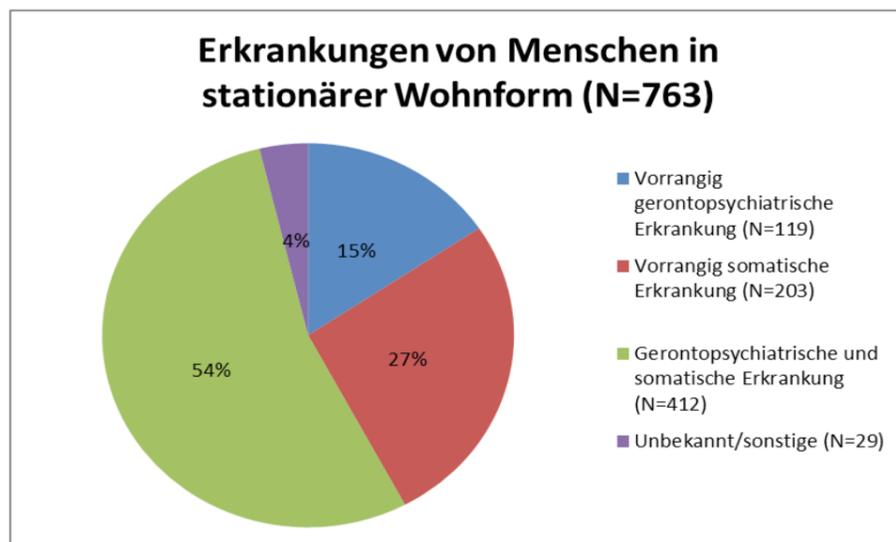


Abb. 24: Stichprobenerhebung zu Erkrankungen von Menschen in Pflegeheimen zum 31.01.2018 (N=763)

Es kann angenommen werden, dass durch die beteiligten Einrichtungen in der Nachuntersuchung differenzierter ausgewertet wurde und durch das weiter gestiegene Alter der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die Anzahl der Mehrfacherkrankungen zugenommen hat.

Multimorbidität im weiteren Sinne, also das Auftreten von mindestens zwei chronischen Erkrankun-

gen – unabhängig, ob psychische oder somatische Erkrankung, lag bei der Nacherhebung bei 75%. Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade erfolgte zum 01.01.2017. Mit der Umstellung ist eine neue Systematik eingeführt worden. Sie beinhaltet auch die Nutzung eines neuen Begutachtungsinstruments. Bei der durchgeführten Stichtagserhebung zum 31.01.2018 ergab sich ein durchschnittlicher Pflegegrad von 3,4. Mit jeweils 32% bilden die Pflegegrade 2 und 3 die Schwerpunkte bei den Einstufungen. Nach § 43 SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen. Im Zuge laufender Erhebungen der integrierten Sozialplanung für ältere Menschen sind weitere Ergebnisse und Differenzierungen zu erwarten.

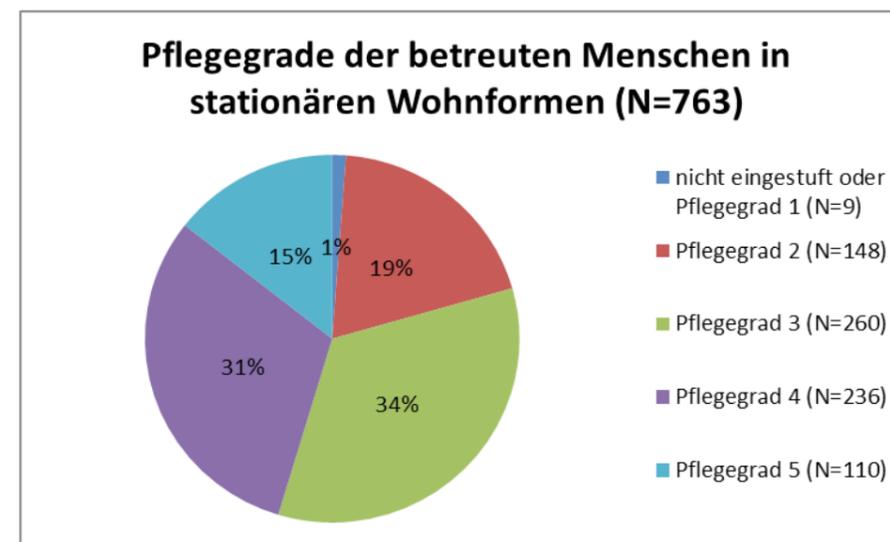


Abb. 25: Pflegegrade der betreuten Menschen in Pflegeheimen (Stichprobe N=763) zum 31.01.2018

Medizinisch-psychiatrisch-neurologische Versorgung in den (stationären) Wohnformen

Mit Stichtag 01.07.2018 wurden die stationären Pflegeeinrichtungen zur ärztlichen Versorgung durch Psychiater, Nervenärzte, Neurologen und die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) befragt. Von den rund 3.600 belegten Heimplätzen an 70 Standorten im Landkreis haben 32 Einrichtungsträger – teilweise mit mehreren Einheiten – mit einer Kapazität von 2.466 stationären Plätzen (dies entspricht 68,5% der Platzzahlen) geantwortet.

17 aus den teilnehmenden 32 Einrichtungen sehen einen Mehrbedarf an einer medizinisch-psychiatrisch-neurologischen Versorgung: 14 Einrichtungen halten eine höhere Präsenz der niedergelassenen Psychiater in den Heimen bzw. eine höhere Frequenz (häufig genannt anstatt kein Kontakt, zumindest Quartalskontakt oder besser monatlicher Kontakt) für erforderlich. Drei Einrichtungen betonten ausdrücklich den Wunsch, durch die PIA eine Versorgung sicher zu stellen. Fünf Träger haben sich nur zur Versorgungssituation geäußert, ohne weitergehende Bedarfsaussagen zu tätigen.

Aus Sicht von zehn Heimen war der Bedarf gedeckt: Acht Einrichtungen werden kontinuierlich von niedergelassenen Psychiatern und/oder Neurologen aufgesucht – positiv hervorgehoben wurde die teilweise gegebene Doppelqualifikation der Psychiatrie und Neurologie. Schließlich werden zwei Einrichtungen durch eine Praxis außerhalb des Landkreises betreut, eine Einrichtung durch eine PIA

mit Standort in einem anderen Landkreis. Zwei weitere Einrichtungen werden vollständig durch die PIA versorgt.

Unbenommen von der freien Arztwahl, die auch für Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Einrichtungen gelten sollte, ist festzustellen, dass die medizinisch-psychiatrische Versorgung in den Heimen uneinheitlich funktioniert. Von einer flächendeckenden Versorgung kann allerdings keine Rede sein. Die reglementierende Haltung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben zur Versorgung mit niedergelassenen Psychiatern trägt dabei auch nicht zur Verbesserung bei. Die Heimeinrichtungen und die klinische Psychiatrie unterliegen gleichermaßen dem Versorgungsdefizit, in dem es zu einer Nichtsicherstellung der Behandlung, zu möglichen Fehleinweisungen und zu Belastungen für Personal und Angehörige kommen kann. Dies kann weder im Sinne der Patientinnen bzw. Patienten noch im Interesse der Leistungsträger, insbesondere der Krankenversicherung, liegen.

4.3.5 Handlungsempfehlungen

Wohnen Gerontopsychiatrie	
•	Ausbau der Wohnformen zwischen eigener Häuslichkeit und stationärer Einrichtung, auch Entwicklung alternativer Wohnformen mit Sozialraumbezug und in Kombination mit Tagesstruktur, speziell für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
•	Vorrang ambulanter und teilstationärer Unterstützungsleistungen zur Unterstützung des häuslichen Pflegearrangements
•	Verbesserung der ärztlichen Versorgung, abgestimmte und bedarfsorientierte ärztlich-psychiatrische Versorgung, insbesondere in den stationären Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zwischen niedergelassenen Psychiatern und PIA
•	Ausbau der gerontopsychiatrischen Pflege

4.4 Unterstützungs- und Entlastungsangebote

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (2015) wurde ein Entlastungsbetrag von 125 Euro für alle pflegebedürftigen Menschen eingeführt. Der Betrag für niedrigschwellige Betreuungsangebote, der zuvor ausschließlich von Menschen mit einer „eingeschränkten Alltagskompetenz“ zur Verfügung stand, wurde dadurch abgelöst. Infolgedessen wurde eine Anpassung der Betreuungsverordnung des Landes Baden-Württemberg notwendig. Diese neue Unterstützungs- und Angeboteverordnung trat 2017 in Kraft und regelt zukünftig alle Angebote. Aktuell gibt es im Landkreis Esslingen rund 100 Angebote, die anerkannt sind. Bis Ende des Jahres 2018 werden alle bislang anerkannten Angebote – bedingt durch eine Übergangsregelung der Verordnung – neu anerkannt.

Eine aktuelle Ist-Erhebung wird aufgrund dessen im Rahmen der Integrierten Sozialplanung für ältere Menschen vorgestellt.

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten. Sie helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind¹²⁶

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote).
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden).
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

4.5 Tagesstruktur

Auch für ältere und hoch betagte Menschen ist eine geregelte Tagesstruktur von Bedeutung. Wenn Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeführt wird oder werden muss, treten andere Elemente der Tagesgestaltung in den Vordergrund. Dabei kommen durchaus sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Vorstellungen abhängig von psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zum Tragen. Aspekte der Gesundheitsfürsorge, der Mobilität, der Barrierefreiheit und Fragen der Teilhabe an der Gemeinschaft sind beispielhaft zu erwähnen. Der Tagesablauf richtet sich in der Regel an möglichst normalen Bedingungen aus und hat seinen Bezugspunkt im Wohnen und dem Wohnumfeld.

4.5.1 Inklusion über Quartierskonzepte

Die Bedürfnisse älter werdender Menschen spiegeln sich im Wohnumfeld am deutlichsten wider. Geht man mit zunehmendem Alter von einem tendenziell steigenden Unterstützungsbedarf aus, sind zunächst vorrangig der Erhalt von Fähigkeiten und das möglichst lange Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit von Bedeutung. Dies erfordert neben Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten auch spezifische Formen der Hilfeleistungen. Hier ist neben Individualität, Eigeninitiative und Nachbarschaftlichkeit eine gezielte Entwicklung des Wohnumfeldes erforderlich. Es bedarf somit nicht nur einer sozialen Verantwortung, sondern vor allem der Weiterentwicklung städtebaulicher Konzepte. Gefordert sind Städteplaner, die Wohnungswirtschaft, die Kommunen und nicht zuletzt

¹²⁶ § 45a SGB XI Absatz 1

die älter werdenden Menschen selbst, wenn es um die Bereitstellung von Funktionsräumen und die Nutzung von Treffpunktmöglichkeiten geht. Wohncafés und eine Gästewohnung sind mögliche Rahmenbedingungen, die für inklusive Quartierskonzepte stehen.¹²⁷

Im Wohnumfeld könnten im Rahmen der Tagesstruktur Beschäftigungs- und Betreuungsangebote entwickelt und vorgehalten werden. Auch das Angebot eines Mittagstisches und kulturelle Veranstaltungen sind zu erwähnen. Begegnungsstätten stellen eine weitere Option für inklusive Altenhilfeangebote dar. Aus sozialplanerischer Sicht ist der Inklusion über Quartierskonzepte getreu dem Motto „vom Normalen zum Besonderen“ Priorität einzuräumen.

Die Quartiersentwicklung ist somit nicht nur in sozialen Arbeitsfeldern (Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Altenhilfe etc.), sondern insbesondere städteplanerisch von hervorgehobener Bedeutung. Sie ist Ausdruck für die Lebens-, Arbeits- und Wohnqualität. Alle Städte und Gemeinden im Landkreis sind gefordert und haben sich auf den Weg gemacht, sie sind im Sinne der Daseinsvorsorge für ihre Bürger und mit ihnen gemeinsam tätig. Am Beispiel der Stadt Ostfildern wird die Richtung deutlich: Die Quartiersentwicklung zielt nicht nur darauf, einzelne Angebote und Versorgungsleistungen zu optimieren, sondern weit umfassender, gemeinsam mit den Menschen und Organisationen im Quartier, das Lebensumfeld auf die Bedürfnisse von Menschen mit Unterstützungsbedarf anzupassen.¹²⁸ Hiermit verbunden ist auch die Zielsetzung, dass Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen möglichst lange und möglichst gut betreut in ihrem Wohnumfeld leben können. Der Landkreis Esslingen hat sich mit vorerst neun kreisangehörigen Kommunen mit der Idee Quartiersforscher – Gestaltung lokaler Altenhilfelandschaften – am Ideenwettbewerb erfolgreich beworben.

4.5.2 Bürgerhäuser

Mehrgenerationenhäuser haben die Funktion von Bürgerhäusern und sind somit für die kommunale Daseinsvorsorge wichtig. Sie ergänzen Quartiersentwicklungen, dabei sind sie Begegnungsorte, an denen das Miteinander der Generationen aktiv gelebt werden kann. Sie bieten Raum für gemeinsame Aktivitäten und schaffen generationsübergreifend Nachbarschaft in der Kommune.¹²⁹ Im Mittelpunkt der Angebote steht in der Regel ein offener Treff, zum Beispiel mit einem Cafébetrieb verbunden. Betreuungs-, Lern- und Kreativangebote, Kurse der Weiterbildung, Sprachkurse für Migrantinnen und Migranten sowie Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind wesentliche Beispiele für Aktivitäten in den Mehrgenerationenhäusern. Neben den Begegnungsmöglichkeiten sind Bildung und Kultur, Bewegung, Spiel und Sport, Gesundheit und Beratung Teil der Angebotsstruktur. Niederschwelligkeit und Bürgernähe sind wesentliche Merkmale. Im Fokus steht die Förderung, Koordination und Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement und die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für in diesem Sinne freiwillig Tätige. Charakteristisch für die Arbeit im Mehrgenerationen- und Bürgerhaus ist es, dass die Ideen, Aktivitäten und Anliegen von Bürgerinnen und Bürgern in unterschiedlicher Weise aufgegriffen werden. Die Umsetzung erfolgt durch Institutionen, Vereine, Einzelpersonen, in fast allen Fällen unterstützt oder initiiert durch bürgerschaftlich Engagierte.

¹²⁷ <http://www.integrative-wohnformen.de>

¹²⁸ Integrierte Stadtentwicklungsplanung der Stadt Ostfildern 2. Auflage Juli 2017 S.61

¹²⁹ <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/>

Mit dem Mehrgenerationen- und Bürgerhaus Pliensauvorstadt in Esslingen (Trägerschaft Stadt), dem Mehrgenerationenhaus Linde in Kirchheim u.T. (Kreisjugendring) und dem Evangelischen Familienzentrum in Filderstadt-Bernhausen sind drei Einrichtungen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gelistet. Bundesförderprogramme unterstützten die Arbeit der Mehrgenerationenhäuser, zuletzt mit einem Förderprogramm zum 01. Januar 2017.

Im Bereich „Alter und Pflege“ besteht die Chance, die Etablierung von Unterstützungs- und Beratungsangeboten für ältere Menschen, Pflegebedürftige und Demenzzranke und ihre Angehörigen auszubauen. Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit mit Institutionen wie Altenpflegeheimen, Kindertagesstätten und Erwachsenenbildung kann sowohl inhaltlich als auch organisatorisch auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen: gemeinsame Veranstaltungen, öffentliche Feste und Begegnungen.

4.5.3 Tagesstätten

Tagesstätten für chronisch psychisch erkrankte Erwachsene halten ein niederschwelliges Angebot in Form offener Hilfen vor. Die Finanzierung erfolgt über eine pauschale Förderung und Übernahme von Mietkosten. Hinzu kommt eine Finanzierung eines Arbeits- und Beschäftigungsangebotes (für 2018 insgesamt 545.000 Euro). Zu den Aufgaben der Tagesstätten gehören Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsbewältigung, zum Beispiel die Förderung von lebenspraktischen Fähigkeiten, Beschäftigungsangebote, die Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Beratungsangebote. Im Landkreis Esslingen gibt es fünf Tagesstätten, zwei in Trägerschaft des Reha-Vereins e.V. für Bernhausen und Kirchheim unter Teck, je eine bei der Brücke e.V. für Plochingen, der ARBEG Care gGmbH für Nürtingen und beim VSP - Verein für Sozialpsychiatrie e.V. für Esslingen. Grundsätzlich besteht für den Zugang in die Tagesstätten keine Altersbegrenzung. Die älteren Personen in den Tagesstätten sind in der Regel schon längere Zeit Nutzer der Angebote. Neuzugänge über 65 Jahre sind im Einzelfall möglich.

Tagesstätten kommen prinzipiell auch für ältere psychisch kranke Menschen oder von psychischer Behinderung bedrohte ältere Menschen in Frage. Eine grundlegende Mobilität sollte vorhanden sein. Eine höhere Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sollte noch nicht vorliegen.

4.5.4 Handlungsempfehlungen

Tagesstruktur Gerontopsychiatrie	
•	Aufbau und Zugänge bedarfsbezogen in differenzierte Angebotsstruktur (z.B. im Quartier und in Bürgerhäusern) ermöglichen
•	Teilhabe- und bedarfsorientierte Tagesstruktur in Tagesstätten für Senioren mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung konzipieren

4.6 Pflege

4.6.1 Einführung zu Pflege

Durch die Pflegestärkungsgesetze haben sich maßgebliche gesetzliche Veränderungen ergeben, die sich auch auf die Pflegeinfrastruktur und die pflegerische Versorgung auswirken werden. Eine umfangreiche Erhebung bei den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen erfolgte im Sommer 2018. Die Auswertung der Daten und die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen erfolgen im Rahmen der Integrierten Sozialplanung für ältere Menschen.

4.6.2 Teilstationäre Pflege

Die Tagespflege stellt ein teilstationäres Angebot nach der Pflegeversicherung innerhalb des Sozialgesetzbuches XI dar. Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege wird Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 gewährt. Sie haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder zur Ergänzung der häuslichen Pflege erforderlich ist.¹³⁰

Ein Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg wurde mit Wirkung zum 01.01.2018 zwischen den Leistungsträgern und Leistungserbringern abgeschlossen.¹³¹ Er definiert den Rahmen der Pflege und Betreuung in den Tagespflegeeinrichtungen. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen im Bereich der Tagespflege definierte Pflegeleistungen. Dazu gehört auch die notwendige und angemessene Beförderung von Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück, sofern dies nicht von Angehörigen durchgeführt wird. Die Pflegeeinrichtung schließt mit der pflegebedürftigen Person einen schriftlichen Pflegevertrag mit den Einzelheiten der Leistungserbringung und den dazu vereinbarten Entgelten.¹³²

Tagespflege

Im Landkreis Esslingen besteht in 32 Einrichtungen die Möglichkeit zur Tagespflege. Das Pflegestärkungsgesetz hat zu einer kontinuierlichen Nachfragesteigerung in der Tagespflege geführt. Sie ist gleichzeitig eine Form der Tagesstruktur für ältere Menschen, die kognitive Einschränkungen haben, motorische Handicaps aufweisen, psychisch erkrankt sind oder alleine zuhause leben und ihrem Tag eine Struktur geben möchten.

Es werden drei unterschiedliche Formen der Tagespflege unterschieden:

- **Tagespflege im Verbund mit einem Pflegeheim oder mit einem ambulanten Dienst:**

Hier stellen die Einrichtungen ausgewiesene Räume zur Betreuung der Gäste zur Verfügung und die Abrechnung des Entgelts kann über die Verwaltung des Trägers erledigt werden (9 Anbieter im Landkreis – Stand Dezember 2017).

- **Integrierte Tagespflege:**

Hier werden die Gäste auf den Stationen mit den Bewohnern mitbetreut und die Abrechnung des Entgelts läuft auch über die angebundene Einrichtung (17 Anbieter).

- **Solitäre Tagespflege:**

Hier arbeitet die Tagespflege selbstständig, d. h. alle administrative Aufgaben werden aus dem bestehenden Personal bedient (6 Anbieter).

Die Tagespflege umfasst ein umfangreiches Tagesprogramm zur Förderung sozialer Beziehungen und dient dem Erhalt oder der Stabilisierung geistiger und körperlicher Fähigkeiten. Vereinzelt wird die Tagespflege auch an Wochenenden angeboten. Vor dem Hintergrund des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ trägt eine Ergänzung zu der häuslichen Pflegesituation und zur Entlastung von pflegebedürftigen Menschen vor allem auch mit gerontopsychiatrischer Erkrankung bei.

Aus planerischer Sicht sollte die Tagespflege mehr dezentral in Wohngebieten der Städte und Gemeinden entwickelt werden. Angebote in diese Richtung sind unter anderem die Tagespflegen der städtischen Pflegeheime in Esslingen oder die Tagespflegen in Ostfildern.

Das Durchschnittsalter der in die Nachuntersuchung einbezogenen Personen (N=142) lag bei 82,2 Jahren, wobei die Hälfte älter als 83 Jahre war. Die jüngste Person war 45, die älteste 100 Jahre alt. Im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2010 ist das Durchschnittsalter der Nutzer der Tagespflege um rund 3,5 Jahre gestiegen. Die Stichprobe zum 31.01.2018 ergab, dass auch im Bereich der Tagespflege die Kombination aus psychischer und somatischer Erkrankung am häufigsten ist (49%).

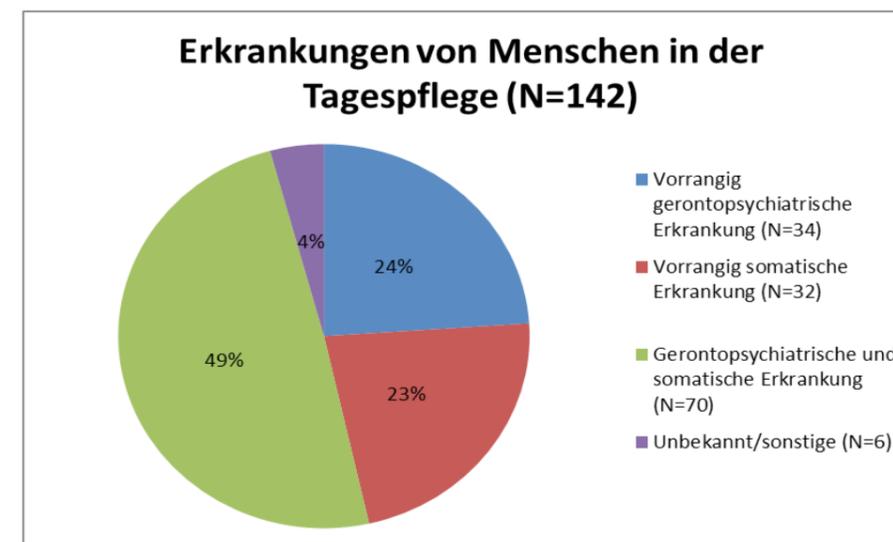


Abb. 26: Stichprobenerhebung zu Erkrankungen von Menschen in der Tagespflege zum 31.01.2018 (N=142)

Die überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen nimmt die Tagespflege an ein oder zwei Tagen in der Woche in Anspruch (71,8%). Sie ist damit als zumindest zeitweise Entlastung der häuslichen Pflegesituation von Bedeutung.

¹³⁰ § 41 SGB XI SGB-Texte Boorberg-Verlag

¹³¹ Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 15.11.2017

¹³² ebd.

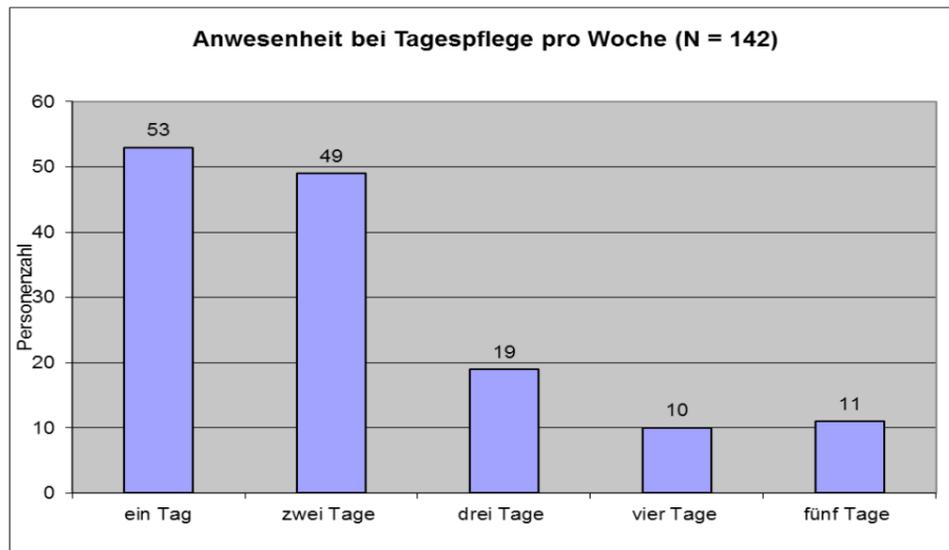


Abb. 27: Stichprobenerhebung zur Anwesenheit in der Tagespflege zum 31.01.2018 (N=142)

Die Personalsituation war das bedeutende Thema in der Untersuchung des Jahres 2010 der beteiligten Pflegeheime, die 34 von 35 Einrichtungen als sehr wichtig bzw. wichtig eingestuft hat, gefolgt von 32 Nennungen der ärztlichen Versorgung im Heim und 31 Nennungen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Auch bei der Nachuntersuchung ausgewählter Heime im Jahr 2018 hat sich die Personalsituation als gravierendes Thema abgebildet.

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Nachtpflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 haben auch Anspruch auf Nachtpflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder komplementär erforderlich ist. Für die Nachtpflege gibt es im Landkreis noch kein verlässliches Angebot. Sowohl über die Nachfragesituation als auch zum Bedarf liegen keine Daten vor.

4.6.3 Psychiatrische Pflege

Im § 27a der Richtlinien häusliche Krankenpflege wird die psychiatrische Krankenpflege ausgeführt. Zentrale Aufgabenbereiche sind das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz, das Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und das Entwickeln ausgleichender Hilfen bei krankheitsbedingten Einschränkungen von Fähigkeiten. Psychiatrische Krankenpflege ist bei Demenzen, organisch bedingten psychischen Störungen, Psychosen und affektiven Erkrankungen bis zu 4 Monaten und bis zu 14 Einheiten pro Woche fachärztlich ordnungsfähig. Fähigkeitsstörungen betreffen die Bereiche des Antriebs, der Ausdauer, der Belastbarkeit in Verbindung mit

der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs, d.h. Einbußen der Kontaktfähigkeit, der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und Problem lösendem Denken, den Zugang zur eigenen Krankheits-symptomatik, das Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen. Voraussetzung ist, dass der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt, um im Pflegeprozess die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflussen zu können, und zu erwarten ist, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von dem Versicherten umgesetzt werden kann. Können diese Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Maßnahmen nach Nr. 27a des Verzeichnisses ordnungsfähiger Maßnahmen nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau möglich. Dabei kann auch die Anleitung der Angehörigen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung Gegenstand der Leistung sein.¹³³

In der Praxis gibt es nur begrenzt Erfahrungen mit der Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege. Ambulante Pflege für gerontopsychiatrische Patienten wird im Landkreis Esslingen vor allem auf Grundlage der häuslichen Pflege durch die Sozialstationen und Krankenpflegevereine erbracht.

4.6.4 Häusliche Verhinderungspflege

Das Angebot der Häuslichen Verhinderungspflege wurde bereits im Jahr 1989 durch die Altenhilfe-Fachberatung des Landkreises Esslingen unter dem Namen „Gastbetten auf Zeit“ entwickelt. Ausgangspunkt war, dass die zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Esslingen für den tatsächlich vorhandenen Bedarf nicht ausgereicht haben.

Ziel des Angebotes ist die Entlastung für pflegende Angehörige. Die häusliche Verhinderungspflege stellt eine alternative Unterbringungsmöglichkeit für pflegebedürftige Menschen dar.

Ausgangspunkt war und ist, ein Angebot zu haben, dass eine optimale Lösung im Einzelfall ermöglicht, wenn pflegende Angehörige aus persönlichen Gründen bei der Pflege verhindert sind, z.B. durch Urlaub oder eigene Erkrankung.

Für Angehörige ist es ein großes Anliegen, dass der alte Mensch gut versorgt ist und sich während der Abwesenheit des Pflegenden wohl fühlt. Die Erfahrungen zeigen, dass es für ältere Menschen, vor allem bei einer Demenzerkrankung, von Vorteil ist, wenn sie bei Abwesenheit der Pflegeperson trotzdem in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können und dort von erfahrenen Betreuungspersonen versorgt werden.

SOFA hat die Betreuungspersonen sorgsam ausgewählt und geschult und steht ihnen bei Fragen zur Verfügung. Pflegende Angehörige können sich bei Bedarf an einer Häuslichen Verhinderungspflege telefonisch an SOFA wenden.

Bei einem ersten Telefongespräch mit den Angehörigen wird abgeklärt, ob dieses Angebot für den alten Menschen geeignet ist und welcher Betreuungs- und Pflegebedarf besteht.

¹³³ Psychiatrieplan 2010-2014 des Landkreises Esslingen - Allgemeine Psychiatrie

Dementsprechend sucht SOFA eine geeignete Betreuungsperson aus und kümmert sich um die weitere Vermittlung. Es folgt ein gemeinsamer Hausbesuch beim Pflegebedürftigen mit dessen Angehörigen und mit SOFA sowie der vorgesehenen Betreuungsperson. Bei diesem Gespräch werden alle Details zur Verhinderungspflege besprochen. Erst danach wird die Entscheidung getroffen, ob eine Vermittlung erfolgt.

Die Dauer der Verhinderungspflege kann von 1 Tag bis hin zu 3 Wochen variieren. Zudem können die Angehörigen wählen, ob die Betreuung nur tagsüber erfolgen soll oder auch über Nacht.

Die Finanzierung (Tagessätze zwischen 60-100 €, je nach Pflegegrad, und ein Nachtzuschlag von 20 € pro Nacht) erfolgt als Selbstzahler, sofern die entsprechenden Voraussetzungen auch im Rahmen des § 39 SGB XI zutreffen. Für die Vermittlung erhebt der Landkreis Esslingen eine Gebühr von 10 € pro vermitteltem Tag. Die Pflegepersonen werden fachlich von SOFA begleitet. Während der Vermittlung können die Pflegepersonen im Bedarfsfall telefonisch Kontakt zur Mitarbeiterin aufnehmen.

Zudem findet jedes Jahr ein fachliches Austauschtreffen zwischen allen Betreuungspersonen (derzeit 10 Personen) statt, welches von SOFA geleitet wird. Ca. alle zwei Jahre wird versucht, neue Betreuungspersonen zu gewinnen, da der Bedarf an einer häuslichen Verhinderungspflege in den letzten Jahren weiter gestiegen ist.

In den 29 Jahren wurden ausschließlich positive Erfahrungen gemacht. Aus diesem Grunde ist ein Schwerpunkt der Vermittlung, diejenigen auszusuchen, die zueinander passen.

Gelingen kann eine Vermittlung nur dann, wenn zwischen Betreuungsperson und Pflegebedürftigem von Anfang an eine Sympathie besteht. Angehörige, die dieses Entlastungsangebot einmal genutzt haben, kommen immer wieder darauf zurück. Um eine umfassende Abklärung und eine gute Vermittlung zu gewährleisten, fallen für die Mitarbeiterin durchschnittlich 5 Stunden pro Vermittlung an.

4.6.5 Entlass-Management und Überleitpflege

Das gesetzlich geforderte Entlass-Management, nach der Vorgabe des SGB V §39, wird in der täglichen Praxis im Krankenhaus durch vordefinierte Arbeitsabläufe in einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Pflegekräften und dem Team des Sozialen Dienstes gewährleistet. Es ist nicht auf gerontopsychiatrische Patienten begrenzt, aber erfährt für diese eine besondere Bedeutung im Sinne einer Überleitpflege.

Das Pflegepersonal führt bei Aufnahme für jeden Patienten ein initiales Assessment durch, wodurch möglicher Nachsorgebedarf bereits bei Aufnahme erfasst werden kann. Dieses Assessment wird von den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes überprüft und bearbeitet. Der Patient wird über seinen Anspruch auf Entlass-Management informiert und nach Rücksprache mit dem zuständigen Arzt planen die Mitarbeiter vom Sozialen Dienst alle notwendigen Maßnahmen für die Weiterversorgung nach dem Klinikaufenthalt. Hierunter fällt die Planung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung. Alle für die Entlassung zwingend notwendigen Verordnungen (Hilfs-, Heil- oder

Arzneimittel) werden vom Krankenhaus ausgestellt, damit eine möglichst lückenlose Weiterversorgung des Patienten gewährleistet werden kann. Zudem wird der nachsorgende Arzt (Hausarzt) über alle im Rahmen des Entlass-Managements organisierten Maßnahmen sowie die ausgestellten Verordnungen schriftlich informiert.

Über das gesetzlich vorgegebene Entlass-Management nach SGB V § 39 hinaus planen die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes auch Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder leiten Rehabilitationsmaßnahmen ein.

Der Soziale Dienst der Psychiatrie arbeitet eng mit Ämtern, Versicherungsträgern, psychiatrischen Einrichtungen und ambulanten psychiatrischen Diensten im Landkreis Esslingen zusammen. Dies ermöglicht es in vielen Fällen, auch komplexe soziale Schwierigkeiten zu entzerren und gemeinsam Perspektiven für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu entwickeln.

4.6.6 Kurzzeitpflege

Im § 42 SGB XI ist die Kurzzeitpflege definiert. Sie kann für eine Übergangszeit im Anschluss an eine Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, erfolgen. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Kurzzeitpflegeplätze werden im Landkreis von den stationären Pflegeeinrichtungen als eingestreuete Plätze vorgehalten. Auf die Pflege- und Unterstützungsbedarfe bei den Kurzzeitplätzen müssen sich sowohl die Leistungsberechtigten als auch das Pflege- und Betreuungspersonal einstellen. Dies ist durch häufigere Wechsel der Pflegebedürftigen und einen nicht immer in den Regelbetrieb passenden Ablauf erschwert. Aus fachlicher Sicht und unter Bedarfsgründen ist eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung sinnvollerweise gekoppelt mit einem Tagespflegeangebot auf Kreisebene zu prüfen. Es ist auch damit zu rechnen, dass klinische Behandlungszeiten noch weiter verkürzt werden und somit die Kurzzeitpflege an Bedeutung zunimmt.

4.6.7 Handlungsempfehlungen

Pflege Gerontopsychiatrie	
•	Aufbau einer Solitäreinrichtung der Kurzzeitpflege mit einem Kombinationsangebot der Tagespflege
•	Ausweitung der Kapazitäten der Kurzzeitpflege
•	Qualifizierung, Weiterentwicklung und kreisweiter Ausbau der psychiatrischen Pflege und Öffnung für die Gerontopsychiatrie
•	Einsatz von mehr gerontopsychiatrischen Fachkräften in der Pflege

4.7 Beratung, Begleitung und Betreuung

4.7.1 SOFA

SOFA wurde als Modellprojekt aus der Psychiatrischen Abteilung Nürtingen heraus gegründet. Zugrunde lagen Erfahrungen über Fehlplatzierungen älterer Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus mit einhergehenden Phänomenen wie verstärkte Desorientiertheit, ansteigende Morbidität und Mortalität. Der Auftrag war, eine Verbesserung vor allem in der ambulanten Versorgung der alterspsychiatrischen Patienten zu erreichen.

Neben der damals schon zahlenmäßig großen Gruppe der Demenzkranken sind ca. 60% der Patienten Menschen mit Depressionen, Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und anderen schweren psychischen Erkrankungen im Alter.

SOFA kooperiert eng mit den an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen. Soweit die Patienten in haus- und/oder fachärztlicher Behandlung sind, wird eine gute Zusammenarbeit mit ihnen gesucht.

Über viele Jahre hat SOFA ebenfalls intensive Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt, soweit diese mit gerontopsychiatrischen Fragestellungen befasst sind. Praktisch äußert sich dies in der Zusammenarbeit mit Pflegediensten, bei denen Patienten von SOFA mitbetreut werden, wie auch umgekehrt. Mit den Pflegestützpunkten erfolgt ebenso eine enge Zusammenarbeit wie mit den Nachbarschaftshilfen im Landkreis. Die Kooperation mit den Heimen gestaltet sich in der Regel intensiv im Übergang von der häuslichen Umgebung ins Heim, sofern die Patienten vorher von SOFA betreut wurden. Manche Heime nehmen SOFA für Fortbildungs- und Supervisionsveranstaltungen in Anspruch.

Die Aufgaben von SOFA umfassen grundsätzlich vier Bereiche:

1. direkte Betreuung und Begleitung der Patienten,
2. Begleitung und Beratung der Angehörigen, einzeln und in Gruppen,
3. Beratung anderer an der gerontopsychiatrischen Versorgung Beteiligter,
4. Mitarbeit in Gremien und „Motorfunktion“ für die gerontopsychiatrische Entwicklung.

Im Bereich der direkten Betreuung der Patienten ist in den letzten 10 Jahren eine besondere Entwicklung eingetreten: Alleinlebende Patienten aller Krankheitsbilder, vor allem auch außerhalb der Demenz, nehmen insbesondere im städtischen Umfeld massiv zu. Der Klärungs- und Betreuungsaufwand bei den Patienten hat steigende Tendenz, bei vielen ist weder die medizinische, noch die pflegerische, noch die soziale und finanzielle Situation geklärt. Die bestehenden sozialen Dienste fordern sehr häufig SOFA zur Unterstützung bzw. Übernahme bei diesen besonders schwierigen Patienten an.

Der Dienst steht immer wieder vor einem Dilemma.

Einerseits steigt der Betreuungsbedarf einzelner Patienten an, ohne dass Dienste vor Ort in der Lage wären, diesen Bedarf zu decken, andererseits sollen vor allem im Bereich der Demenzkranken die Hilfenetze mit Unterstützung von SOFA aufgebaut bzw. verbessert werden.

Wenn man sich also für ein verstärktes Engagement im Bereich der Altenhilfe-Strukturen entscheidet, hätte dies zwangsläufig eine Verschlechterung in der direkten Versorgung der Patienten zur Folge.

Angesichts dieser schwierigen Situation versucht SOFA sich auf folgende Aufgabenschwerpunkte zu konzentrieren:

1. Ein ambulantes gerontopsychiatrisches Assessment¹³⁴ mit Vorort-Abklärung und Diagnostik gerontopsychiatrischer Problemlagen.
2. Übernahme der Betreuung und Behandlung bei Patienten, die aufgrund der Schwere der Erkrankung bzw. der Begleitsymptome (Suizidalität, Unruhe, Aggressivität, Verwahrlosung) nicht weiterverwiesen werden können. Die damit verbundenen komplexen Problemlagen machen eine Betreuung durch SOFA notwendig, bevor andere Institutionen die Betreuung übernehmen.
3. Case-Management¹³⁵ bei Patienten, bei denen komplexe Betreuungs- und Versorgungslagen zu klären sind und entsprechende Hilfen und Maßnahmen eingeleitet werden müssen.
4. Beratung der Angehörigen und Bezugspersonen im Umgang mit den Patienten.
5. Angebot der Übernahme einer vorstationären Indikationsabklärung, also die Frage der Krankenhaus-Behandlung (auch der tagesklinischen Behandlung) abzuklären und ggf. zusammen mit den Haus- und Fachärzten geeignete ambulante Behandlungsmöglichkeiten einzuleiten.
6. SOFA baut seine Gruppenangebote (z.B. für depressiv erkrankte Frauen, psychisch kranke ältere Männer etc.) weiter aus.
7. SOFA beteiligt sich am Aufbau von speziellen Angeboten für Frühbetroffene sowie junge Menschen mit Demenz.
8. Im Rahmen der Altenhilfe kooperiert SOFA mit entstehenden oder bereits vorhandenen Netzwerkstrukturen:
 - Vorgesehen ist die Unterstützung von örtlichen bzw. wohnortbezogenen Angeboten in Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten, Nachbarschaftshilfen, Heimen, Kirchengemeinden, bürgerlichen Gemeinden und Projekten im Rahmen der örtlichen Altenhilfeplanungen.Solche Angebote werden bei Bedarf von SOFA in ihrem Aufbau unterstützt und die Beteiligten können ggf. fortgebildet und fachlich begleitet werden.

¹³⁴ Assessment = Umfassende Einschätzung einer Situation, eines Krankheitsbildes, einer sozialen und persönlichen Lage etc.

¹³⁵ Case-Management = Fallsteuerung; durchgehende Fallverantwortung in mehreren Funktionen: Koordinator, Anwalt, Berater, Betreuer etc.

- SOFA wirkt aktiv beim Aufbau von Besuchsdiensten für Demenzkranke mit und unterstützt diese durch Fortbildungen und Supervision.
- SOFA bietet dezentral Schulungsreihen für pflegende Angehörige an.
- SOFA bietet zentrale Fortbildungsveranstaltungen für Nachbarschaftshelferinnen und Pflegekräfte an, sofern solche Angebote nicht regional gewünscht sind.
- SOFA hat eine fachlich unterstützende und koordinierende Funktion bei den Demenzkampagnen inne.

4.7.2 Alzheimer Sprechstunden

Bereits 2003 wurde die erste Alzheimer Sprechstunde in Ostfildern angeboten. Träger und Organisator war die Leitstelle für ältere Menschen, Ostfildern. Dieses Angebot wurde inzwischen auf Esslingen, Kirchheim u.T., Nürtingen, Aichwald und Leinfelden-Echterdingen ausgeweitet. Einmal im Monat hält SOFA während zwei Stunden ein niedrigschwelliges Beratungsangebot (ohne vorherige Terminvereinbarung) zu allen Themen der Demenz vor. In Esslingen und Aichwald wurde das Angebot auch auf die übrigen psychiatrischen Krankheitsbilder und Problemlagen ausgeweitet. Ratsuchende können sich in dieser Zeit direkt persönlich oder telefonisch in der jeweiligen Sprechstunde an SOFA wenden.

4.7.3 Angehörigenberatung/Angehörigengruppen

Besonders wichtig in der gerontopsychiatrischen Beratung ist die Begleitung von Angehörigen durch Einzelberatung und das Angebot von Angehörigengruppen. Diese Angehörigengruppen sind offene Gruppen, die sich einmal monatlich für 1½ bis 2 Stunden treffen. Insgesamt existieren 14 solcher Gruppen unter Mitwirkung von SOFA.

Sowohl in der Einzelberatung als auch bei den Gruppen werden folgende Ziele verfolgt:

- 1. Informationsvermittlung:** Hier erhalten die Angehörigen Zugang zu möglichst vielen Informationen, wie Hinweise auf Entlastungsangebote, ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen, Finanzierungsmöglichkeiten durch die Pflegeversicherung und/oder Sozialhilfe, rechtliche Fragestellungen, Informationen zu Krankheitsbildern und zum Krankheitsverlauf sowie Hinweise auf Umgangsmöglichkeiten mit den Erkrankten.
- 2. konkrete Hilfestellungen:** Angehörige brauchen Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit ihren Schuldgefühlen, mit ihren Aggressionen, mit ihren Gefühlen von Angst, Enttäuschung, Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit, bei der Bearbeitung von Rollenkonflikten und bei der Rollenumkehr.

3. Anstoßen von Lernprozessen: insbesondere beim Akzeptieren des unumkehrbaren Krankheitsprozesses und des Anerkennens der eigenen Überforderung und daraus notwendigerweise resultierenden Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten.

4. Klärung von Beziehungskonflikten: Dies erfordert die schwierige Einsicht, dass die Erkrankten nicht mehr in der Lage sind, ihr Verhalten aktiv zu ändern und die einzigen Chancen in Verhaltensänderungen seitens der Angehörigen liegen.

5. Prävention als Ziel, eigene psychosomatische Erkrankungen der Angehörigen, ggf. ein „Burn-out“, oder depressive Erkrankungen der Angehörigen zu vermeiden.

Ein weiterer wichtiger Faktor, insbesondere in den Angehörigengruppen, besteht in der Erfahrung, dass die Teilnehmer in den Gruppen die lange vermisste Anerkennung für ihre Betreuungs- und Pflegeleistung durch die anderen Teilnehmer und die Gruppenleitung erhalten.

4.7.4 Pflegestützpunkte

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde 2008 die Möglichkeit der Errichtung von Pflegestützpunkten geschaffen. Zwei Pflegestützpunkte in sieben Teilpflegestützpunkten (Nordwest: Esslingen am Neckar, Leinfelden-Echterdingen, Ostfildern, Denkendorf, sowie Südost: Nürtingen, Kirchheim u.T., Filderstadt) wurden 2010 im Landkreis Esslingen eingerichtet und 2013 wurden beide Pflegestützpunktverträge verlängert und entfristet.

Durch die Kaskade der drei Pflegestärkungsgesetze besteht seit 2017 nunmehr die Möglichkeit, für Träger der Sozialhilfe weitere Pflegestützpunkte in ihrem Einzugsgebiet zu errichten. Im Sozialausschuss des Landkreises im Mai 2017 wurde über die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte berichtet sowie die Verwaltung mit der Überprüfung der Beratungsstruktur beauftragt. Im Zusammenhang mit der Integrierten Sozialplanung Lebenswelten älterer Menschen wurde eine Ist-Stand-Bestimmung sowie eine sozialräumliche Analyse vorgenommen. Erste Ergebnisse werden ebenfalls im Rahmen der Integrierten Sozialplanung Lebenswelten ältere Menschen vorgestellt.

4.7.5 Demenzkampagnen

Unter dem Motto „Wir sind Nachbarn“ startete bereits 2007 im Landkreis Esslingen eine Demenzkampagne in Ostfildern mit nahezu 40 Veranstaltungen. Die Besucherzahl (ca. 2000) war so unerwartet hoch, dass auch andere Altenhilfe-Planungskräfte im Landkreis ermutigt wurden, zu eigenen Veranstaltungsreihen einzuladen. So folgten Kampagnen in Denkendorf (2010), Deizisau (2010), Kirchheim u.T. (2010/2011), Esslingen (2010/2011), Dettingen u.T., Owen, Lenningen und Erkenbrechtsweiler (2011), dem Raum Weilheim (2011/2012), Plochingen (2013/2014), Köngen, Oberboihingen, Unterensingen, Wendlingen (2014) und Leinfelden-Echterdingen (2012/2015/2016). Auch in kleineren Kommunen waren die Veranstaltungsräume gut gefüllt. Mit ihrem Ansinnen, über Demenz aufzuklären, Ängste zu nehmen, Unterstützung aufzuzeigen und Betroffenen sowie Angehörigen ein Forum zum Austausch zu bieten, sind diese Veranstaltungen – inzwischen auch

andernorts – zu einem wichtigen Angebot der Altenhilfe geworden. Wenn auch gegenwärtig die Hochphase der Veranstaltungen vorüber ist, so ist es durch die Demenzkampagnen gelungen, Demenz als gesellschaftliches Thema im kommunalen Raum zu verankern und zu vertiefen.

4.7.6 Bürgerschaftliches Engagement

In den vergangenen Jahren hat sich nach dem Prinzip der „geteilten Verantwortung“ eine Fülle von Initiativen entwickelt, in denen Bürgerschaftliches Engagement eine unverzichtbare Rolle spielt.

Eine enorme Unterstützung leisten Freiwillige auch in den Pflegeheimen des Landkreises. Über 2.000 Menschen sind regelmäßig durch Besuche, Gruppenangebote oder Veranstaltungsorganisation in den Einrichtungen engagiert. Fast 30 Heime hatten sich zum BELA-Verbund („Bürgerschaftliches Engagement für das Leben im Alter“) auf Landkreis-Ebene zusammengeschlossen und profitieren gemeinsam von Austausch und Fortbildungen. Alle Einrichtungen profitieren darüber hinaus durch diese Einbindung ins Gemeinwesen. Mit B.U.S. (Bewegen-Unterhalten-Spaß) bestehen auf Kreisebene zahlreiche Gruppenangebote. Eine Übersicht findet sich auf der Homepage des Landkreises.

4.7.7 Unterstützte Selbsthilfe für Menschen mit Demenz

Menschen mit beginnender Demenz im jüngeren Lebensalter sind eine aktive, körperlich fitte, sehr heterogene, trotz Zunahme sehr kleine Gruppe (weniger als 1 von 1000 Menschen in der Altersgruppe 45-65 Jahre). Die Bedürfnislage ist anders als bei älteren Menschen und erfordert andere Angebote.

Für Menschen mit Demenz im jüngeren Lebensalter ist die Diagnose Demenz ein besonderer Einschnitt in ihrem Leben als ein kritisches Lebensereignis. Diese Menschen und ggf. ihre Partner stehen oft noch aktiv im Berufsleben, tragen Verantwortung, haben ggf. noch schulpflichtige Kinder, andere finanzielle Verpflichtungen und sind im Alltag terminlich eng eingebunden und gefordert. Der Weg bis zur Diagnose war unter Umständen lang. Die Folgen der Veränderungen sind weitreichend, der mit der Erkrankung verbundene Leidensdruck ist hoch. Es fällt extrem schwer, die Einschränkungen anzunehmen. Individuelle Hilfen und oft enges „Coaching“ des Familiensystems sind erforderlich. Der Bedarf ist auch abhängig vom Stand der Diagnosestellung. Zu unterscheiden ist eine prädiagnostische Phase, verbunden mit Unklarheit, Unsicherheit, Frust und möglichen Fehldiagnosen, eine Diagnosephase als „Schockzustand“ mit hoher Ambivalenz „zwischen Leugnung und Existenzangst“ sowie eine postdiagnostische Phase mit Stress, Scham, Angst, Wut, Traurigkeit, Annehmen etc.¹³⁶

Die Symptomatik ist für die Betroffenen und deren Umfeld oft enorm belastend. Je nach Erkrankung und Stadium sind die Symptome kognitive Einschränkungen wie Konzentrations- und Orientierungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Verhaltens- und Sprachstörungen. Häufige Begleitreaktionen sind Interessensverluste, sozialer Rückzug und andere depressive Züge bis hin zu Suizidalität.

¹³⁶ https://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/pdf-die%20Landesinitiative/140505_Forschungsergebnisse_Ursachen_Auswirkungen_Selbsthilfe.pdf

Eine ganz eigene Herausforderung ergibt sich aus der zunehmenden Vereinzelung und einem nicht vorhandenen familiären Netz vor Ort.

Wichtige Hilfen sind personenzentrierte Gespräche, Information, z.B. für Sicherheit sorgen und vorsorgen und den hohen Autonomiewunsch berücksichtigen: teilhaben, aktiv sein, mitbestimmen dürfen, ernstgenommen werden, Hilfe in Krisen, Umgang mit Rollenveränderungen, familiäre Konflikte begleiten. Besondere Beachtung gilt der Situation von Kindern im familiären System.

Notwendige Schritte und Unterstützung sind:

- Sicherheit und Klarheit schaffen durch frühe und bestmögliche Diagnostik und damit Annahme und Bewältigung zu fördern, frühzeitiges Krankheitsmanagement, Vorsorge, Übernahme von Verantwortung in der Familie fördern.
- Vorhandene Beratungsstrukturen sind häufig für Angehörige konzipiert, daher ist mehr unterstützte Selbsthilfe (individuell und in der Kleingruppe) und Beratung sowie Begleitung der Betroffenen selbst nötig.
- Hoffnung generieren und gemeinsam Wege und Perspektiven erforschen, Bewältigungsstrategien identifizieren und entwickeln (Ressourcenorientierung, Resilienz stärken, Hilfebedarf ermitteln).
- Umgang mit dem Verlust sinnvoller Beschäftigung: Hilfreiche (individuelle) tagesstrukturierende Beschäftigung finden und Aktivitäten reaktivieren gegen Langeweile und Frustration.
- Dabei „Hilf mir es selbst zu tun“-Unterstützung nach Bedarf aufbauen und Autonomiewunsch berücksichtigen (häufig noch keine praktische Hilfe oder Pflege erforderlich und auch nicht gewünscht).

4.7.8 Suchtprophylaxe und Suchtberatung

Seit 1992 besteht im Landkreis Esslingen das Angebot der Suchtprophylaxe als Anlauf- und Koordinationsstelle, die das Thema Suchtvorbeugung auch in die Seniorenarbeit und Altenhilfe transportiert. Für Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege, für pflegende Angehörige und für die offene Seniorenarbeit wurden Informationen zur Sucht im Alter zur Verfügung gestellt, Fortbildungsveranstaltungen organisiert und ein Curriculum für die Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege erarbeitet. In der Altenpflegeschule Nürtingen ist das Thema „Sucht im Alter“ seit über 15 Jahren als fester Bestandteil im Ausbildungscurriculum für das 2. Ausbildungsjahr festgeschrieben. Über eine Fachgruppe „Sucht im Alter“ konnten Entwicklungen und Bedarfe im Landkreis festgestellt und Veranstaltungen durchgeführt werden. Das Team setzt sich aus der kommunalen Suchtbeauftragten, SOFA und der Suchtberatungsstelle zusammen und unterstützt die Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege durch fachliche Beratung.

Suchtkranke alte Menschen gehören auch zum Personenkreis von SOFA. Zwischen 7-10% der von SOFA betreuten Personen sind suchtkranke alte Menschen. In der Betreuung geht es mehr um die Verbesserung der Lebensqualität älterer Suchtkranker als um die strikte Abstinenz.

Die Ziele einer Betreuung sind folgende:

1. einen verlässlichen Kontakt herstellen, den die Patientinnen und Patienten als wertschätzend erleben,
2. die Klärung der sozialen und finanziellen Angelegenheiten, mit dem Ziel der Konsolidierung,
3. die Vermeidung von „Total-Verwahrlosung“ (z.B. Aufräumen in überschaubaren Einheiten, wenn SOFA-Betreuende kommen),
4. die (Wieder-)Kontaktaufnahme zu Verwandten,
5. die Ehrlichkeit über den tatsächlichen Konsum.

Eine Motivation zur Verhaltens- und Konsumänderung besteht am ehesten, wenn die Sehnsucht der Patientinnen und Patienten nach der Wiederherstellung der eigenen Würde angesprochen werden kann. Das Thema Sucht im Alter nimmt zu. Sucht ist heute schon die dritthäufigste (psychische) Erkrankung im Alter nach Depression und Demenz.

Beratungsstelle Sucht und Prävention Landkreis Esslingen

Älteren Menschen, die mobil sind, stehen alle ambulanten Angebote der Suchtberatungsstellen im Landkreis offen. Sie können in die abstinenz-orientierten ambulanten Therapiegruppen integriert werden und haben häufig eine bessere Prognose als jüngere Menschen. Die Erfahrungen zeigen, dass sich ältere Menschen leichter zur Abstinenz motivieren lassen. Die Behandlungsergebnisse sind in der Regel gut. Wichtige Themen für ältere Menschen in der Therapie sind z.B. die Auseinandersetzung mit der Lebensbilanz und Aussöhnung mit wichtigen Bezugspersonen. Häufig drängt die Familie auf eine Veränderung, daher kommt der Angehörigenberatung eine besondere Bedeutung zu. Leistungsträger für eine ambulante Therapie für ältere Menschen sind in der Regel die Krankenkassen.

Die Gesamtzahl der betreuten Klienten der PSB Nürtingen lag im Jahr 2016 bei 836 Betreuungen, davon Neuzugänge N=633, in 2017 waren es 847 Betreuungen gesamt, Neuzugänge N=646. Bei den Personen über 60 Jahre betragen die Neuzugänge in 2016 N=79 Personen und in 2017 N= 95 Personen. In den letzten Jahren gab es einen leichten Anstieg der über 65-Jährigen in der Suchtberatung in der PSB Nürtingen. Die Zugänge in der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen lag in der Jahren 2010 bis 2016 im Mittel bei 156 Personen.

In der PSB Esslingen waren im Jahr 2016 rund 4% der Klienten bzw. Klientinnen älter als 65 Jahre.

Die Jugend- und Drogenberatung beobachtete im Laufe der vergangenen Jahre eine Anhebung des Altersdurchschnitts der Klienten mit eigener Problematik.

Klienten 50+ (50 Jahre und darüber) gab es im Jahr 2012 anteilig an der Gesamtzahl der Klienten in Höhe von 4,5%. Diese Zahl stieg in den vergangenen Jahren auf 7,3% im Jahr 2016 bei einer Gesamtzahl von rund 1.200 betreuten Personen an. In aller Regel handelt es sich dabei um Klienten, die in einem Substitutionsprogramm sind und vom Arzt mit Substitutionsmitteln, wie Methadon oder Buprenorphin (Analgetikum), versorgt werden.

4.7.9 Handlungsempfehlungen

Beratung, Begleitung und Betreuung Gerontopsychiatrie	
•	Weiterentwicklung der Grundversorgung und der Gruppenangebote (SOFA)
•	Gehstruktur (aufsuchend) verbessern und Beratungsangebote zugänglicher machen (Sucht)
•	Unterstützung pflegender Angehörige bedarfsgerecht weiter entwickeln

4.8 Medizinisch-therapeutische Behandlung und Rehabilitation

4.8.1 Ambulante Behandlung

Wie in den anderen Bereichen der Medizin haben die Hausärzte eine Filterfunktion hinsichtlich der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen. Da die Hausärzte eine Vielzahl von Patienten und eventuell deren Angehörigen schon über Jahre betreuen, haben die Hausärzte einen tieferen Einblick in die Sozial- und Familienstruktur. Damit können im Idealfall frühzeitig die notwendigen medizinischen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen und rechtlichen Hilfestellungen eingeleitet werden.

Eine ambulante fachärztliche Betreuung ist aufgrund der wenigen Fachärzte schwierig zu organisieren bzw. mit entsprechend langen Wartezeiten verbunden. Eine eventuelle Betreuung in der häuslichen Umgebung bei nicht mobilen, bettlägerigen Patienten ist nicht existent oder nur teilweise in den Demenzstationen der Pflegeheime gegeben. Bei kurzfristigen Änderungen der körperlichen und psychischen Situation sind „nur“ die Hausärzte in kurzer Zeit verfügbar. So bleiben diese ersten Ansprechpartner Träger der Behandlung und Überwachung der Therapie sowie der Krankheitsentwicklung. Mehrere Hausärzte nehmen allerdings keine neuen Patienten auf, sodass es im Einzelfall schwierig ist, überhaupt eine hausärztliche Versorgung zu ermöglichen.

Die Arzt-Patientenbeziehung in der Hausarztpraxis ist einem gesellschaftlichen Wandel unterworfen – eine jahrlange Betreuung ist oft nicht mehr gegeben, Familien negieren die Entwicklung von gerontopsychiatrischen Problemen (speziell Demenzerkrankungen). Alleinstehende Menschen mit diesen Erkrankungen neigen zum sozialen Rückzug und sofern aus anderen Gründen kein regelmäßiger Arzt/Patientenkontakt notwendig ist bzw. war, bleiben diese Menschen lange un- oder unterversorgt. Es gibt vor Ort nur bedingt adäquate pflegerische, sozialpsychiatrische ambulante Versorgungsstrukturen. Es besteht ein erhöhter Gesprächs- und Beratungsbedarf, sowohl seitens der Patienten als auch deren Angehörige mit entsprechend hohem Zeitaufwand.

Um einen möglichst hohen Anteil an gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung betreuen zu können, ist ein Netzwerk aus den verschiedensten Professionen wünschenswert. Je nach Ausprägung der gerontopsychiatrischen Erkrankung ist eine Versorgungs- und Betreuungsstruktur von regelmäßigen Besuchen (pro Woche oder Monat) bis hin zu einer rundum Tag- und Nachtversorgung notwendig.

Bei hohem Betreuungsbedarf, sei es zeitlich oder pflegerisch, behelfen sich viele Familien mit ausländischen Pflege- und Betreuungspersonen, wenn die familiären Ressourcen hierfür nicht ausreichen (speziell bei Demenzerkrankungen). Dies stößt an seine Grenzen, wenn es zu Verhaltens- oder Beziehungsstörungen kommt.

Ein großes Problem entsteht, wenn der/die betreuende Angehörige plötzlich erkrankt, im engeren Umkreis keine Familie zur Verfügung steht und kurzfristig eine Versorgung für den gerontopsychiatrischen Patienten benötigt wird. Hierfür fehlen die notwendigen Interventionsmöglichkeiten.

Eine besondere Herausforderung besteht bei der Betreuung von ausländischen Mitbürgern, die nicht ausreichend der deutschen Sprache mächtig sind. Es fehlen Fachärzte und Psychotherapeuten mit den entsprechenden Sprachkenntnissen zur Diagnostik und weiteren Betreuung. Dies ist auch schon in jüngerem Alter, z.B. bei depressiv erkrankten Menschen, ein Problem.

Zunehmend mehr Menschen verfassen eine Patientenverfügung und in diesem Zusammenhang auch eine Vorsorgevollmacht. Auch hierfür steigt der Beratungsbedarf in der täglichen Praxis. Wenn eine solche nicht besteht – und bei zunehmendem geistigen Abbau und anstehenden relevanten Entscheidungen eine gesetzliche Betreuung notwendig ist –, ist es sehr schwierig, diese zeitnah zu erreichen.

Der Mehraufwand, der für die Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten notwendig ist, wird im Honorarsystem nur bedingt für die ärztliche und die pflegerische Betreuung abgedeckt.

Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim haben Heimträger mit der AOK Baden-Württemberg, dem Hausärzterverband und dem Mediverbund einen Vertrag zur integrierten Versorgung im Pflegeheim (IVP) abgeschlossen. Eine schrittweise Umsetzung wurde ab 2011 durch weitere Beitritte von Ärzten, die in der hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind, und Einrichtungen in der Modellregion Esslingen / Stuttgart eingeleitet. Allerdings stagniert zwischenzeitlich die Entwicklung, da fast nur Heime aus Esslingen und Stuttgart beteiligt sind.

Drei Ziele standen im Vordergrund. Die Neuausrichtung und Intensivierung der ärztlichen und fachärztlichen Versorgung, die Regelung der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Ärzten sowie der Aufbau eines regionalen Versorgungsnetzes zwischen den Beteiligten durch aufeinander abgestimmte Leistungen – allerdings nur für die eigenen Versicherten – sind anzuführen. Nebenefekte sind eine Qualitätssicherung und Weiterentwicklung zwischen Arzt und Pflege, regelmäßige geriatrische Fortbildungen und eine Abstimmung der Überleitung ins Krankenhaus. Es handelt sich um einen sogenannten Selektivvertrag. Als Nachteil kann sich ein unterschiedliches System der ärztlichen Versorgung für beteiligte und nicht beteiligte Heimbewohner und Heime ergeben. Die Qualität der Versorgung konnte verbessert werden (14-tägige geplante Visiten und ein kooperatives Miteinander), insofern erfüllt die vertragliche Regelung ihren Zweck. Eine weitere Option stellt ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. Dadurch kann die Bereitschaft auf Heimbetreuung im hausärztlichen Bereich gesteigert werden.

4.8.2 Behandlung und Pflege zu Hause

Auf die stationsäquivalente Behandlung (StäB) wurde bereits im Kapitel 3.3.3 eingegangen. Für die Gerontopsychiatrie ergeben sich durch dieses relativ neue Behandlungssetting zusätzliche Möglichkeiten. Besonders für Patientinnen und Patienten, die durch einen Umgebungswechsel Nachteile in ihrer Erkrankung erfahren, beispielsweise durch eine zunehmende Verwirrtheit aufgrund eines Wechsels des Behandlungsortes oder dadurch, dass zu Hause eine Behandlung besser umsetzbar ist, kann das Angebot im Rahmen von StäB in Frage kommen. Die demografische Entwicklung wird im Übrigen zu dieser Entwicklung beitragen, da nicht alle Behandlungen klinisch stationär ausgeführt werden können.

4.8.3 Rolle der PIA in der gerontopsychiatrischen Versorgung

Die Institutsambulanz (PIA) versorgt neben einzelnen gerontopsychiatrischen Patienten als Nachbehandlung nach stationärem oder teilstationärem Aufenthalt mehrere Pflegeheime regelmäßig. Die Behandlung von sog. „herausforderndem Verhalten“ oder BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) vor Ort, wo der Betroffene lebt, ist deutlich sinnvoller, als die Verlegung in einen vollstationären Klinikrahmen. Transport und Milieuwechsel, und zwar auch bei der Rückkehr ins Heim, führen zu vermeidbarer Verschlechterung der Symptomatik. Deswegen ist die PIA-Arbeit im Heim, bei der auch pflegerische Beratung zum Umgang mit Demenzerkrankten stattfindet, der sinnvollere Weg.

Psychiatrische Institutsambulanzen an den medius KLINIKEN

Beginnend ab dem Jahr 2002 wurden in Baden-Württemberg die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) eingerichtet. Die Behandlung richtet sich an die Versicherten, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung auf die Leistungen durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen angewiesen sind. Dies beinhaltet, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung aufgrund besonders schwieriger Problematiken nicht erbracht werden kann und eine Komplexleistung durch multiprofessionelle Behandlungsteams erforderlich macht. Wesentliches Merkmal der Ambulanzen ist die Vermeidung und Verkürzung von Klinikaufhalten. Seit dem 01.07.2010 existiert eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Sie regelt Patientengruppen, die Behandlungsziele, den Zugang und die Leistungsinhalte, die Qualitätssicherung und Leistungsdokumentation. Kriterien für die Behandlung sind die Schwere und Dauer der Erkrankung, eine mangelnde Krankheitseinsicht, eine eingetretene oder drohende Chronifizierung und Gefährdungspotentiale. Gerontopsychiatrische Patienten sind Teil des Leistungsspektrums der Psychiatrischen Institutsambulanzen.

An fünf Standorten sind PIA-Angebote kreisweit in entsprechenden Behandlungsräumlichkeiten vorhanden. Dies ermöglicht kurze Wege, gute Erreichbarkeit und mit den komplementären psychiatrischen Angeboten Vernetzung vor Ort.

In komplexen Behandlungskonstellationen können die Psychiatrischen Institutsambulanzen – sofern nicht über die niedergelassenen Psychiater möglich – die medizinisch-psychiatrische Behandlungen und Konsultationen in den Pflegeheimen wahrnehmen. Die fachärztliche Behandlung ist dann ein

Beitrag für die Vermeidung von Klinikaufnahmen.

Bezogen auf das Jahr 2017 erfolgten durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen der medius KLINIKEN 4.656 Behandlungen. Pro Quartal bedeutet dies im Schnitt 1.164 Behandlungen. Die Zeiträume können ein bis vier Quartale dauern; wurde ein Patient nur in einem Quartal behandelt, erfolgt nur eine Zählung, bei einer Behandlung in zwei Quartalen entsprechend 2 Nennungen usw..

Der Anteil der Behandlungen der über 65-jährigen Patienten in der PIA betrug im Jahr 2017 im Schnitt 24%. Er liegt damit über dem Anteil der stationären Behandlung (18,5%). Bei einer Auswertung im Jahr 2011 lag er bei 17,6% in der PIA, bei der stationären Behandlung mit 19,9% dagegen höher. Trotz des demografischen Wandels ist es gelungen, den Anteil zumindest prozentual von der stationären Behandlung zugunsten der PIA-Behandlung zu verändern.

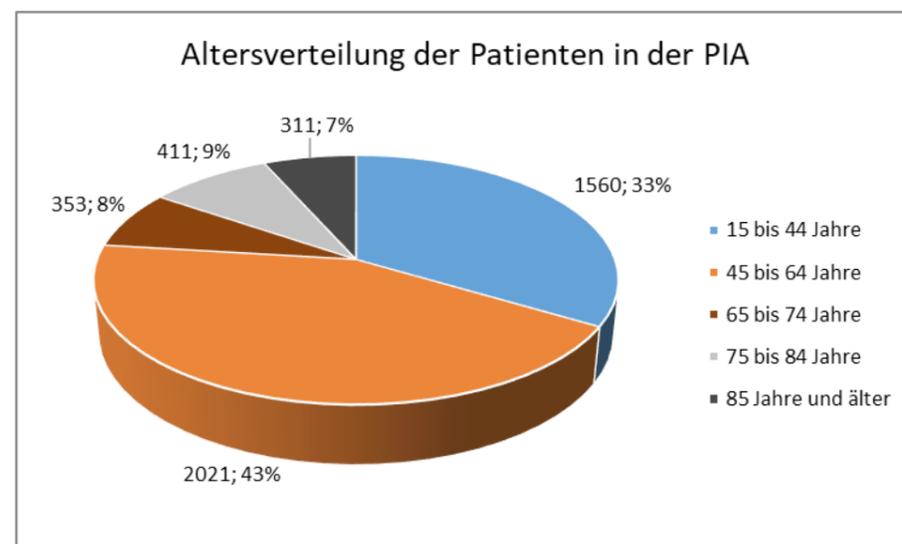


Abb. 28: Altersverteilung der Patienten in den Psychiatrischen Institutsambulanzen an den medius KLINIKEN im Jahr 2017

4.8.4 Gedächtnissprechstunden / Memorykliniken

Bereits 1981 wurde von der WHO die Einrichtung zur Frühdiagnose und Frühbehandlung von psychischen Störungen im Alter verlangt, um eine Isolation und Institutionalisierung von Alterspatienten möglichst zu reduzieren.

Zu den Aufgaben einer Gedächtnisambulanz gehören¹³⁷:

1. Früherkennung und Differentialdiagnose von Hirnleistungsstörungen im Alter,
2. Information der zuweisenden Ärzte in der Beurteilung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen,
3. Betreuung, ggfs. Behandlung der Patienten und Beratung der Angehörigen.

Eine Demenzerkrankung ist in großen Teilen der Bevölkerung nach wie vor tabuisiert. Dies hat zur Folge, dass viele potentiell Betroffene sich nicht diagnostizieren lassen. Die Möglichkeit, einen niedergelassenen Neurologen oder Gerontopsychiater aufzusuchen, wird deshalb selten genutzt.

¹³⁷ Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen: Welchen Beitrag kann eine Memory Clinic leisten? Vortrag Tagung BAGSO 18. Mai 2010, Demenz – Ein unausweichliches Altersschicksal? Bonn 2010

Meist sind es erhebliche kognitive Störungen und vor allem auch Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer Konsultation der Patienten in einem relativ fortgeschrittenen Stadium, oftmals auf Drängen der Angehörigen, führen.

Gedächtnissprechstunden werden häufig als weniger stigmatisierend erlebt: Gedächtnisprobleme im Alter sind nicht „anrüchig“.

Da die Beeinflussungsmöglichkeiten einer Demenzerkrankung in frühen Stadien besonders hoch sind, sollte auch der Zeitpunkt einer Untersuchung möglichst schon am Beginn einer Erkrankung erfolgen. Der Ausschluss anderer Erkrankungen, die zu Gedächtnis- und / oder Orientierungsstörungen führen können, ist eine weitere Chance, die in einer Gedächtnissprechstunde genutzt werden kann.

Untersuchungen der Essener Memory Clinic haben gezeigt, dass von 1.000 Patienten, die sich dort vorgestellt hatten, gut die Hälfte (51,5%) tatsächlich eine Demenz hatten, knapp ein Drittel (31,4%) wiesen andere psychische Störungen auf, die dann behandelt werden konnten. Immerhin bei 12,5% der Patienten fanden sich rein somatische Erkrankungen, die zu Gedächtnis- und / oder Orientierungsstörungen geführt hatten.¹³⁸

4.8.5 Ambulante und stationäre Rehabilitation

Für gerontopsychiatrische Patienten stellen die Optionen der ambulanten und stationären Rehabilitation bislang eher die Ausnahme dar. Die vorrangig zuständigen Rehabilitationsträger (Kranken- und Rentenversicherung) sind gefordert, das Potential der Rehabilitanden möglichst auszuschöpfen, um längerfristige oder dauerhafte Pflege möglichst zu vermeiden. Der geriatrischen Rehabilitation kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. Zur ambulanten Rehabilitation kann Krankengymnastik gehören, aber auch Elektrotherapie, medizinische Trainingstherapie, Massagen, Entspannungstherapie, psychosoziale Unterstützung und andere Hilfen. Zur stationären Rehabilitation zählen auch Kuren und Anschlussheilbehandlungen.

4.8.6 Gerontopsychiatrische Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung werden zunehmend mehr ältere, also auch mehr gerontopsychiatrische Patienten in den Allgemeinkrankenhäusern zur Behandlung aufgenommen werden. Dies betrifft vor allem die Disziplinen der inneren und chirurgischen Abteilungen, in denen es künftig neben der Behandlung und Erstversorgung vermehrt um Betreuung, Aufsicht und Pflege während der klinischen Behandlung gehen wird. Für alle Kliniken wird es daher erforderlich sein, sich auf die Personengruppe der gerontopsychiatrischen Patienten einzustellen. Das Betreuungs- bzw. Entlassmanagement erfährt zunehmend an Gewicht, da auch mit einer Zunahme an prekären Situationen zu rechnen ist. Eine enge Verzahnung mit der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung, mit den Betreuungsangeboten und den vor Ort vorhandenen Strukturen im Gemeinwesen wird der Schlüssel für gute Versorgungssituationen sein. Hier sind künftig Modelle integrierter Versorgung unabdingbar.

¹³⁸ ebd.

Die Kliniken im Landkreis Esslingen (die medius KLINIKEN, das Klinikum Esslingen und die Filder-klinik) sind gefordert, sich auf die Veränderungen der Patientenbedarfe vorzubereiten. Dem Grunde nach sollten sich die Allgemeinkrankenhäuser auf die Versorgung Demenzkranker einstellen und die besonderen Erfordernisse berücksichtigen, indem sie klinikinterne Angebote (zum Beispiel Diagnostik, Ergotherapie, Physiotherapie, Patientenbegleitung, Fortbildung) ausgerichtet auf ältere Menschen anbieten. Die Schnittstelle Gerontopsychiatrie und Geriatrie ist zu beachten. Für die Überleitung braucht es an den einzelnen Klinikstandorten passgenaue und bedarfsorientierte Übergänge in und aus der ambulanten Versorgung.

Es wird vorgeschlagen, unter Moderation des Landkreises standortbezogene Konzepte zu entwickeln.

Stationsübergreifende Angebote für Demenzkranke sind gegenüber der Schaffung von Demenzstationen zu bevorzugen. Dies könnte zunächst modellhaft erprobt werden.

Gerontopsychiatrische Konsile werden bereits durchgeführt, müssen künftig aber ausgeweitet werden. Sofern gerontopsychiatrische Betten im Allgemeinkrankenhaus bestehen, sind patientenbezogene Beratungen zwischen allen medizinischen Disziplinen leichter zu realisieren. Die Beratungen sind multiprofessionell anzulegen, da sich die Problemlagen in der Regel mehrdimensional abbilden. Falls an einem Klinikstandort keine psychiatrischen Angebote vorhanden sind, werden Absprachen für Konsile getroffen.

Die „Grünen Damen und Herren“ sind ein ehrenamtlicher Besuchsdienst der medius KLINIKEN. Der Dienst ist Hilfe von Mensch zu Mensch. Gespräche, Erledigungen, Unterstützung stehen im Vordergrund. Das Angebot kommt auch gerontopsychiatrischen Patienten zugute.

4.8.7 Psychotherapie und Soziotherapie

Psychotherapeutische ambulante Versorgung für ältere Menschen findet in der Regel nicht statt. Auf Bundesebene belief sich der Anteil der über 60-Jährigen an den von Krankenkassen finanzierten psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Psychotherapien auf ca. 0,6 Prozent. Nur 1,5% der über 60-Jährigen erhielten laut der Gerontologin Professor Dr. Dr. Ursula Lehr eine Psychotherapie.¹³⁹

Behandlungserfolge durch Psychotherapie sind bei Depressionen und Angsterkrankungen anerkannt und sollten auch im Seniorenalter genutzt werden. Dies ist durch verschiedene Studien nachgewiesen. Themen im Alter sind manchmal noch die Folgen des Krieges, häufig aber Trennungserlebnisse durch den Tod des Partners und anderer Bezugspersonen.¹⁴⁰

Für die Psychotherapie geht es bei vorhandenen Indikationen darum, sich auf den demografischen Wandel einzurichten und sich den ggf. besonderen Fragestellungen älterer Menschen anzunehmen.

¹³⁹ <http://www.bvpraevention.de>
¹⁴⁰ ebd.

Die Soziotherapie-Richtlinien¹⁴¹ beschreiben die Grundlagen und Ziele, die Indikation und Therapiefähigkeit, den Leistungsinhalt und -umfang der Therapie und der Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten und den Leistungserbringern und letztlich das Genehmigungsverfahren. Grundlegend ist zu bemerken, dass mit der Soziotherapie erstmalig ein gesetzlicher Anspruch auf eine ambulante Therapieleistung für Menschen, die an einer Psychose oder wahnhaften Erkrankung leiden, realisiert wurde, indem für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren maximal 120 Therapie-stunden ärztlich verordnungsfähig wurden. Neben der Erreichbarkeit der Therapieziele ist ein unzureichender Zugang zur Krankheitsproblematik, das Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen, eine Störung der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Merkfähigkeit) und des Antriebs bzw. der Ausdauer für eine Genehmigung wesentlich. Grundsätzlich besteht für die Indikation der Soziotherapie keine Altersgrenze, daher kommt die Leistung auch für ältere Menschen in Betracht. Diese wird im Landkreis Esslingen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste und die verordnenden Psychiater bedarfsbezogen umgesetzt. Eine Verordnung ist auch im Zuge des Entlass-Managements möglich.

4.8.8 Palliativversorgung

Schwerstkranken und sterbende Menschen werden in Deutschland in der Regel von ihrer Familie, ihren Nahestehenden und einem unterstützenden sozialen Umfeld versorgt. Durch den gesellschaftlichen Wandel (Änderung der familiären Strukturen und die demografische Entwicklung) wird diese anspruchsvolle Aufgabe durch eine vor allem ehrenamtlich getragene Hospizbewegung und eine multidisziplinäre Palliativversorgung unterstützt.¹⁴²

Palliativmedizin (Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden an und berücksichtigt psychische, soziale und spirituelle Probleme. Neben Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen können auch Patienten mit anderen, z.B. neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen (Multiple Sklerose, Parkinson, Schlaganfall, Demenz), in Betracht kommen. Ziel ist immer die Erhaltung oder die Verbesserung der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit.

Wenn der Patient in seiner gewohnten Umgebung (zu Hause, im Pflegeheim) sterben möchte, ist der Hausarzt zunächst der wichtigste Ansprechpartner für den Patienten und seine Angehörigen. In der allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung (AAPV) werden an behandelnden Arzt mitunter recht komplexe Aufgaben und Probleme herangetragen, die er dann mit Unterstützung der Angehörigen und Fachdiensten lösen muss.

Menschen mit psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter, insbesondere mit Demenzerkrankungen, stellen in ihrer letzten Lebensphase aufgrund einer häufig vorhandenen Multimorbidität die Angehörigen, das soziale Umfeld, die professionellen und ehrenamtlichen Hilfen vor

¹⁴¹ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B3 in Kraft getreten am 8. Juni 2017

¹⁴² Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.) September 2010.

besondere Herausforderungen. Die Begleitung der sterbenden Menschen erfolgt nur in wenigen Konstellationen im häuslichen Umfeld, sondern wird in der Regel in stationären Hospizen oder Pflegeeinrichtungen umgesetzt.

Informationen zur Palliativversorgung im Landkreis Esslingen sind über das Internet zugänglich.¹⁴³ Auf der entsprechenden Homepage finden sich Angaben zu Ärzten, ambulanten Pflegediensten, Apotheken, Hospizgruppen, Kirchen, Kliniken, Krankenkassen und Pflegeheimen, die im Bereich der Palliativversorgung Erfahrungen aufweisen oder tätig sind. Darüber hinaus gibt es Informationen über die spezialisierte, ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Landkreis Esslingen. Die SAPV bezieht sich also auf einen ganz bestimmten Patientenkreis (ca. 10% aller Palliativpatienten) mit besonders schweren oder komplexen Symptomen und Versorgungssituationen.

4.8.9 Geriatrische Rehabilitation

Zwischen der Gerontopsychiatrie und der geriatrischen Rehabilitation gibt es Schnittmengen. Geriatrie oder auch die Altersheilkunde, ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Die Behandlung alter Patienten bei akuten und chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzungen und spezieller auch palliativer Fragestellungen am Lebensende gehören zum Spektrum der Behandlung geriatrischer Patienten. Geriatrische Medizin geht über einen organzentrierten Zugang hinaus. Das Hauptziel der Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des Patienten mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabe.

Geriatrische Patienten sind definiert durch höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) und für Geriatrie typische Multimorbidität. Die Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen oder durch das Alter 80 plus aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. für das Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen die Gefahr der Chronifizierung sowie ein erhöhtes Risiko des Verlustes der Autonomie und der Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die Geriatrische Rehabilitation ist für die Sicherung der Lebensqualität und Selbstständigkeit wesentlich. Bei der Rehabilitation steht die Behandlung von Krankheitsfolgen und die Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit im Vordergrund.

Die geriatrische Rehabilitationsbehandlung setzt eine körperliche, geistige oder seelische Erkrankung voraus, welche die Teilnahme am häuslichen und außerhäuslichen Leben beeinträchtigt. Dabei ist die zentrale Zielsetzung die Verringerung oder Vermeidung der Pflegebedürftigkeit, somit die Wiedergewinnung, Verbesserung und Erhaltung der Selbstständigkeit bei den täglichen Verrichtungen, damit der ältere Mensch in seiner gewohnten Umgebung verbleiben kann. Die Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team und ist fächerübergreifend. Seit Schließung der geriatrischen Plätze im Jahr 2014 in Esslingen ist das Angebot nur außerhalb des Landkreises vorhanden.

¹⁴³ <http://www.palliativ-esslingen.de>

4.8.10 Ergotherapie

Nutzung von ambulanter Ergotherapie für gerontopsychiatrische Patienten – am Modell Karlsruhe

In der Arbeit der „Tagesklinik für Ältere“ in Karlsruhe hat sich im Verlauf der letzten Jahre gezeigt, dass es nach der Behandlung im tagesklinischen Rahmen in nicht wenigen Fällen zu Brüchen in der Weiterversorgung von gerontopsychiatrischen Patienten kommt. Dies bedeutet in der Folge immer wieder eine Wiederaufnahme in teilstationäre oder stationäre psychiatrische Behandlung. Empfehlungen zur Inanspruchnahme von ambulanten Angeboten, die während dem Aufenthalt in der Tagesklinik gemacht wurden, konnten krankheitsbedingt nicht von allen Patienten entsprechend umgesetzt werden. Um möglichst solche Versorgungsbrüche zu verhindern, wurde die bereits formal verfügbare Möglichkeit der ambulanten Ergotherapie zunehmend genutzt (Rechtsgrundlage: § 32 SGB V in Verbindung mit § 125 SGB V). Dazu wurde eine enge Kooperation zu in Karlsruhe und dem dazugehörigen Umland niedergelassenen Ergotherapie-Praxen durch Mitarbeiter der Tagesklinik aufgebaut. Inzwischen besteht eine Vernetzung mit 5 Ergotherapie-Praxen. Der Zugang zu diesem Angebot erfolgt formal über die ärztliche Heilmittel-Verordnung. Ein konkreter Ergotherapie-Bedarf wird im Entlassungsbrief der Tagesklinik als Empfehlung gegenüber dem weiterbehandelnden Fach- bzw. Hausarzt formuliert. Die weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzte verordnen dann diese Leistung, für die seitens der Krankenkassenmitglieder ein Rechtsanspruch besteht. Zumeist sind es niedergelassene psychiatrische Fachärzte, die diese Leistung, teilweise bei Bedarf auch über längere Zeit, verordnen.

Die beteiligten Ergotherapie-Praxen firmieren ausdrücklich damit, auch psychisch kranke Menschen zu versorgen und haben sich inzwischen auf die Belange und Bedürfnisse gerontopsychiatrischer Patienten eingestellt. In den meisten Fällen gibt es ein bis zwei Termine in der Woche, die entweder in der Praxis oder in Form von Hausbesuchen stattfinden. Ein Erstkontakt wird in vielen Fällen durch die Ergotherapeutin der Tagesklinik geknüpft. Sie begleitet Patienten zur Vorstellung in der betreffenden Ergotherapie-Praxis. Die grundlegend typischen ergotherapeutischen Angebote, klassisch aus dem handwerklich-kreativen Bereich, werden unter anderem durch spezifische Angebote wie Anbindung an Freizeitangebote, Aktivierung, z.B. auch durch gemeinsame Spaziergänge, kognitives Training am Computer (wenn eine Indikation dafür besteht) ergänzt. Ebenso umfasst die Dienstleistung ein ergotherapeutisch angeleitetes hauswirtschaftliches Training (Alltagstraining). Die Erfahrungen damit sind sehr gut. Wiederaufnahmen in die Klinik konnten mit diesem ambulanten Angebot merklich reduziert werden. Die Lebensqualität für die teilnehmenden Patienten konnte dadurch gesteigert werden.

4.8.11 Belegung Psychiatrie und Psychiatrische Institutsambulanz

medius KLINIK, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kirchheim

Betrachtet man die Fallzahlen in der stationären klinischen Behandlung der Altersgruppe der über 65-Jährigen, so war tendenziell eine Steigerung festzustellen. Während im Jahr 2003 noch 466 Behandlungen erfolgten, lag die Zahl im Jahr 2012 mit 636 am höchsten. Nach einer vorübergehenden Rückläufigkeit war die Zahl der Behandlungen zuletzt im Jahr 2017 mit 552 Personen wieder leicht steigend. Während die mittlere Altersgruppe etwas anstieg, sank tendenziell die Altersgruppe „65 bis 74 Jahre“, die „85 und älter“ blieb annähernd gleich.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie sind die vorrangigen Erkrankungen neben affektiven Störungen, Demenzerkrankungen und schizophrene Psychosen. Etwa 60% der behandelten Personen sind Frauen, der Altersschnitt insgesamt liegt ungefähr bei 75 Jahren.

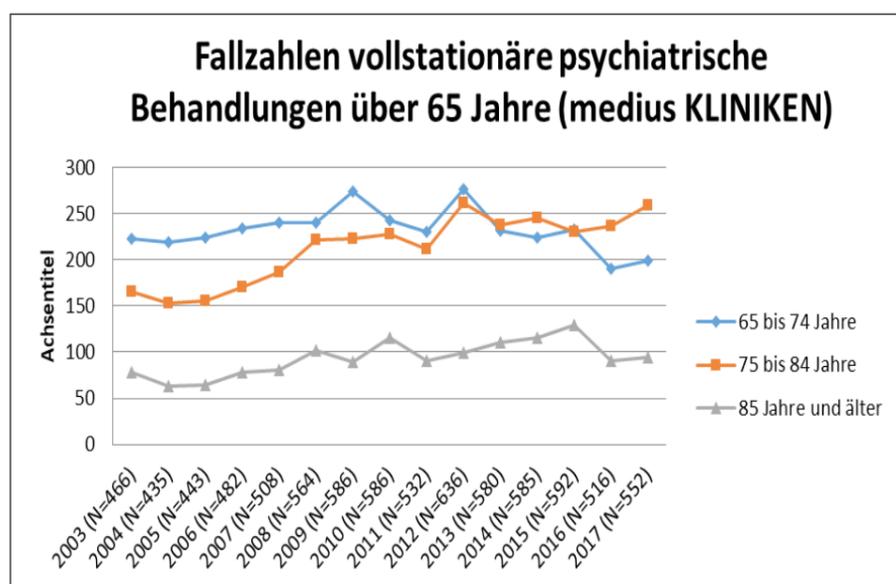


Abb. 29: Fallzahlen vollstationäre psychiatrische Behandlungen Patienten 65 Jahre und älter in den medius KLINIKEN 2003-2017

Die demografische Entwicklung der Erhöhung des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung spiegelt sich nur bedingt in den gerontopsychiatrischen Behandlungen an den Gesamtbehandlungen in den medius KLINIKEN wieder. Der Anteil stieg zwar tendenziell und kontinuierlich auf 23,2% im Jahr 2012 an, nahm seitdem aber wieder ab und lag 2017 etwa beim niedrigsten Wert des Jahres 2005. Die Zahl der Behandlungen älterer Patienten (65 Jahre und älter) stieg nicht in gleichem Maße wie die Zunahme der Gesamtfallzahl an. Gerontopsychiatrische Patienten bringen für das Versorgungssystem, die Behandlung, das Entlassmanagement und die sich anschließenden Betreuungsverhältnisse allerdings besondere Anforderungen mit sich.

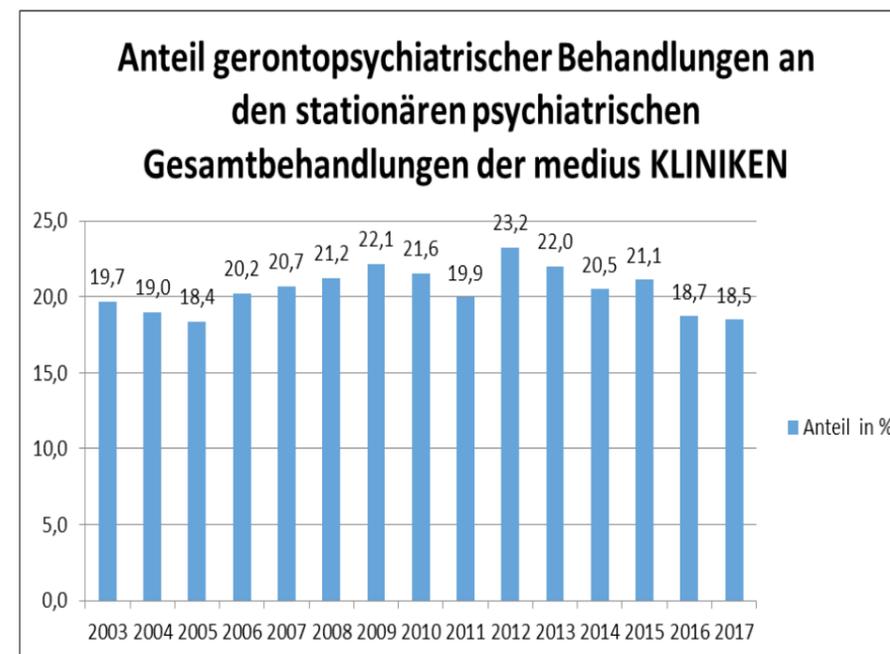


Abb. 30: Anteil der stationären gerontopsychiatrischen Behandlungen (Patienten 65 Jahre und älter) an den Gesamtbehandlungen in den medius KLINIKEN 2003-2017

Die gerontopsychiatrische Tagesklinik ist Teil der medius KLINIKEN, seit Februar 2017 mit Standort in Kirchheim u.T. bei aktuell 18 Behandlungsplätzen. Sie nahm im Jahr 2004/2005 in Nürtingen den Betrieb auf. Behandelt werden Menschen ab ca. 65 Jahren mit den Krankheitsbildern Demenzen, Depressionen, Psychosen, Suchterkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen. 6 weitere gerontopsychiatrische Tagesklinikplätze sind Teil der Tagesklinik in Bernhausen.

Die Entwicklung der Fallzahlen war relativ konstant, sie ist durch die Platzzahlerweiterung im Jahr 2017 gestiegen, die durchschnittliche Verweildauer lag bei unter 40 Tagen.

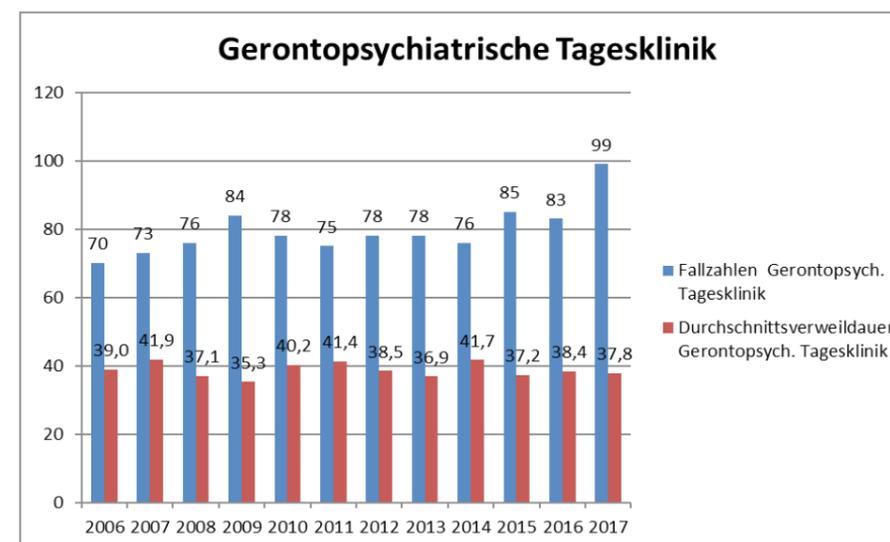


Abb. 31: Fallzahlen und Verweildauer gerontopsychiatrische Tagesklinik in Nürtingen (ab 2017 Kirchheim) 2006-2017

Die medius KLINIKEN arbeiteten an den bisherigen Standorten (Nürtingen und Plochingen) nach einem alters- und diagnosedurchmischten milieutherapeutischen Ansatz. Die Stationen sind sektoriert, d.h. jeweils bestimmten Einzugsgebieten zugeordnet, so dass wiederkehrende Patienten wieder vom selben Team behandelt werden können wie beim Voraufenthalt. Dies wird auch am neuen gemeinsamen Standort dem Grunde nach praktiziert. Außerdem sind die jeweiligen Sektortteams mit den komplementären Einrichtungen ihres Sektors vertraut. Die Altersdurchmischung bewirkt, dass sich ältere und jüngere Menschen wie in der Realität im Stationsalltag begegnen. Dies fördert Kommunikation und Austausch und trägt auch zu einer Entspannung des Stationsmilieus bei. Der notwendigen Spezialisierung wird zum einen durch überstationäre für den gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen zugeschnittene Angebote Rechnung getragen (Sturzprophylaxe, Gesprächsgruppe für Ältere, Singgruppe für Ältere, Hockergymnastik), andererseits gibt es auch im Bereich der Pflege auf der Station eine entsprechende Spezialisierung und vermehrt Einzel-Angebote auf Station. Eine Versorgung auf Spezialstationen für Demenz oder Depression wird zwar immer wieder von verschiedenen Seiten gewünscht, hat aber auch Nachteile.

Im Übrigen versorgt die Institutsambulanz (PIA) neben einzelnen gerontopsychiatrischen Patienten als Nachbehandlung nach stationärem oder teilstationärem Aufenthalt mehrere Pflegeheime regelmäßig. Die Behandlung von sog. „herausforderndem Verhalten“ oder BPSD (behavioral and psychological Symptoms of dementia) vor Ort, wo der Betroffene lebt, ist deutlich sinnvoller als die Verlegung in einen vollstationären Klinikrahmen. Transport und Milieuwechsel, und zwar auch bei der Rückkehr ins Heim, führen zu iatrogen (ärztlich erzeugter) Verschlechterung der Symptomatik. Deswegen ist die PIA-Arbeit im Heim, bei der auch pflegerische Beratung zum Umgang mit Demenzerkrankten stattfindet, der sinnvollere Weg.

Mit der Neuordnung der klinisch psychiatrischen Versorgung ist eine Ausweitung der gerontopsychiatrischen Tagesklinik auf jetzt 18 Behandlungsplätze vollzogen.

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Süd-Württemberg ist gemeinsam mit den medius KLINIKEN auch in der Gerontopsychiatrie als Pflichtversorger für den Landkreis Esslingen tätig. Innerhalb des Zentrums werden ältere Patienten konzeptgemäß ebenfalls auf anderen Abteilungen (Sucht, Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropsychiatrie) aufgenommen. Dies bedeutet, dass nicht alle Patienten über 65 Jahre ausschließlich auf einer gerontopsychiatrischen Spezialstation behandelt werden. Der Anteil der behandelten älteren Patienten aus dem Landkreis Esslingen liegt schätzungsweise zwischen 10 und 15%.

Das ZfP hält eine Spezialstation für Ältere mit Depression (Bühlhof) vor. Sie verfügt über 16 Behandlungsplätze. Das Behandlungskonzept ist auf die Erfordernisse älterer Menschen abgestimmt. Ein entsprechendes Therapieangebot bietet Unterstützung zur Lebensbewältigung.¹⁴⁴ Weitere Stationen sind die „Sucht plus“ für Patienten mit Doppeldiagnosen und die Spezialstation „Neuropsychiatrie I und II“ für Patienten mit Intelligenzminderung und akuter psychischer Erkrankung.

¹⁴⁴ <http://www.zfp-web.de>

Die Vernetzung zu weiterführenden Hilfen im Landkreis erfolgt fallbezogen über die Sozialdienste der jeweiligen Stationen. Außerdem besteht im Bedarfsfall eine enge Kooperation zwischen den medius KLINIKEN und dem Zentrum für Psychiatrie.

4.8.12 Handlungsempfehlungen

Diagnostik, medizinisch-therapeutische Behandlung und Rehabilitation Gerontopsychiatrie	
•	Verbesserung der Zugänge zur ärztlich-therapeutischen Versorgung auch unter dem Aspekt der Barrierefreiheit
•	Memoryklinisches Angebot im Rahmen der Psychiatrischen Instituts- und Vorschaltambulanz in Kooperation mit SOFA unter Berücksichtigung besonderer Demenzformen vorhalten
•	Umsetzung von stationsäquivalenter Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten
•	Planung und Umsetzung von mindestens zwei gerontopsychiatrischen Tageskliniken mit je 20 Plätzen, eine vorrangig im Bereich Esslingen – Filderraum mit Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz
•	Erhöhung der gerontopsychiatrischen Betten bzw. Behandlungsplätze aufgrund der Zunahme hochaltriger, multimorbider und alleinlebender Menschen (Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg S. 124)
•	Kooperation zwischen der Geriatrie und Gerontopsychiatrie weiterentwickeln
•	Psychiatrisches Liaisonangebot für gerontopsychiatrische Patienten im Allgemeinkrankenhaus

5 Besondere Zielgruppen und Übergänge

5.1 Menschen mit Doppeldiagnosen und Suchthilfe

Das Auftreten von zwei oder mehreren Erkrankungen wird als Komorbidität bezeichnet. Affektive Erkrankungen oder Psychosen und Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen, Spielsucht) treten dann in Wechselwirkung auf und bedingen in der Regel einen komplexeren Hilfebedarf, eine möglicherweise ungünstigere Prognose mit nachteiligen sozialen Folgeerscheinungen. Die Unterstützungssysteme der Suchtberatung und der Psychiatrie / Sozialpsychiatrie sind bei Komorbidität gleichermaßen oder komplementär gefordert. Eine Zunahme von Erkrankungen bei jüngeren Patienten ist im klinischen Sektor bei der Altersgruppe der 18- bis ca. 35-Jährigen festzustellen. Dies zeigen die Auswertungen im Kapitel allgemeine Psychiatrie (3.1.6). Drogenindizierte

Psychosen sind bei bestehender Verletzlichkeit schwierig zu behandeln und führen teilweise zu wiederkehrenden Selbst- oder Fremdgefährdungen mit der Konsequenz von Unterbringungsmaßnahmen.

Die Angebotsstruktur im Landkreis ist im Wesentlichen unverändert. Therapeutische Nachsorge-wohngemeinschaften für Suchtkranke gibt es in der Stadt Esslingen. In Wernau (Neckar) verfügt der Träger Reha-Verein über 14 stationäre und 5 ambulante Plätze im Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Doppeldiagnosen. Eine landkreisexterne Einrichtung, die auch mit Menschen aus dem Kreis belegt ist, stellt bspw. die Erlacher Höhe für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen über die Eingliederungs- oder die Wohnungslosenhilfe dar. Mit der Eröffnung eines beschützten Einrichtungsangebotes im April 2019 in Esslingen wird über die Eingliederungshilfe auch ein geschlossener Bereich zur Verfügung stehen.

5.2 Wohnungslose psychisch kranke Menschen

Für psychisch kranke wohnungslose Menschen können sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe (bis 2019 noch nach §§ 53 ff SGB XII) als auch Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (nach §§ 67 ff SGB XII) in Betracht kommen. Die Hilfen nach dem 8. Kapitel des SGB XII, also auch die Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII, sind gegenüber anderen Sozialhilfeleistungen nachrangig. Dabei ist zu beachten, dass die Hilfesysteme unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Zu berücksichtigen sind die Zielsetzungen der Eingliederungshilfe und die Erreichbarkeit der Ziele. Erst wenn Leistungen der Eingliederungshilfe nicht möglich sind oder nicht gewährt werden und darüber hinaus die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, haben psychisch kranke wohnungslose Menschen einen Rechtsanspruch auf Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII. Einzelne Hilfen nach §§ 67 ff SGB XII können auch zusätzlich gewährt werden.¹⁴⁵ Das Hilfesystem für wohnungslose Menschen im Landkreis Esslingen wurde ausführlich in der Sitzung des Sozialausschusses am 17. November 2016 dargestellt.¹⁴⁶

Im Landkreis Esslingen erhielten 2017 insgesamt 227 Personen Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII. Über die Einzelfallhilfe in Höhe von 2,88 Millionen Euro hinaus finanzierte der Landkreis Esslingen Hilfsangebote wie Fachberatungsstellen und Tagesstätten auch institutionell durch Personal- und Sachkostenzuschüsse in Höhe von 553.000 Euro.¹⁴⁷ Der überwiegende Teil der Wohnungslosen ist in der Zuständigkeit der Städte und Gemeinden auf Grundlage des baden-württembergischen Polizeigesetzes ordnungsrechtlich untergebracht. 2014 waren dies im Landkreis Esslingen 1.134 Personen.¹⁴⁸ Die Untersuchung kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass insbesondere körperlich oder psychisch kranke Menschen in der ordnungs-

rechtlichen Unterbringung, die jedwede Hilfe zur Behandlung ihrer Krankheit ablehnen, nicht hinreichend an institutionelle Hilfen angeschlossen seien.¹⁴⁹

Die bekannteste deutsche Untersuchung, die der Frage des Zusammenhanges von psychischer Erkrankung und Wohnungslosenhilfe nachgeht, stammt von Manfred Fichter¹⁵⁰ aus dem Jahr 2000. Demnach finden sich bei 70-95% der untersuchten wohnungslosen Menschen Auffälligkeiten, die mindestens einer psychiatrischen Diagnose entsprechen. Am häufigsten ist Alkoholsucht, gefolgt von Depressionen. Bei etwa 33% besteht Komorbidität, also das Vorliegen von mindestens zwei psychischen Erkrankungen. Meist handelt es sich dabei um die Kombination einer Suchterkrankung mit einer Angststörung und/oder einer depressiven oder schizophrenen Psychose. Wenn die Suchtmittelabhängigkeit (ca. 66% der Betroffenen) nicht mitgezählt wird, ist noch bei über 33% der Personen eine psychische Erkrankung festzustellen. Auf die Verhältnisse auf Kreisebene umgerechnet, bedeutet dies etwa 75 Leistungsberechtigte, die mit einer psychischen Erkrankung in der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII betreut werden und über 374 Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der ordnungsrechtlichen Unterbringung.

Die Untersuchung zur Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg hat auch die Übergänge Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe näher beleuchtet und festgestellt, dass weitergehende psychosoziale Hilfen für suchtkranke und psychisch kranke wohnungslose Menschen vorhanden sind, allerdings hinsichtlich der Nutzbarkeit und der Kooperation der Hilfesysteme an den Schnittstellen Verbesserungsbedarf besteht. Die Angebote der Suchthilfe und der Sozialpsychiatrie seien auch im Landkreis Esslingen für Wohnungslose zu hochschwellig.¹⁵¹

5.3 Übergänge von der Jugendhilfe

Auf Landkreisebene sind zwischen der Jugendhilfe (Kreisjugendamt / Amt für Soziale Dienste und Psychologische Beratung) und der Eingliederungshilfe (Amt für besondere Hilfen) Absprachen zum Übergang und zur Fallsteuerung an der Nahtstelle SGB VIII und SGB XII getroffen. Dies bezieht auch neue Fallkonstellationen ein und definiert die jeweiligen Zuständigkeiten und Verfahrenswege. Die Vereinbarung soll dazu beitragen, dass Leistungsberechtigte nicht durch einen möglichen Leistungsträgerwechsel Nachteile erfahren. Gleichzeitig soll eine fachlich fundierte Hilfe- und Gesamtplanung gewährleistet werden. Im Landkreis Esslingen besteht ein Vorteil darin, dass zwei Anbieter aus der Jugendhilfe (Stiftung Jugendhilfe aktiv, Werkstatt für persönliche Entwicklung) über Leistungsvereinbarungen sowohl mit dem Kreisjugendamt als auch dem Träger der Eingliederungshilfe verfügen. Damit kann im begründeten Einzelfall ein Leistungsträgerwechsel stattfinden, ohne dass die leistungsberechtigte Person den Wohnort oder die Bezugspersonen vollständig verändern muss.

¹⁴⁵ Landesarbeitsgemeinschaft der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege/KVJS, AG II: „Weiterentwicklung der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg. Arbeitsgruppe II Zielgruppen und Schnittstellen in der Wohnungslosenhilfe“, Mai 2008, S. 17 – 21.

¹⁴⁶ Sitzungsvorlage Sozialausschuss des Landkreises Vorlage Nr. 102/2016

¹⁴⁷ Sitzungsvorlage 39/2018 Landkreis Esslingen: Sozialbericht 2018, S. 22.

¹⁴⁸ Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (GISS): Wohnungslosigkeit im Landkreis Esslingen. Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung zu Umfang, Struktur und Hilfen für Menschen in Wohnungsnotlagen in Baden-Württemberg, Bremen, April 2016. Anmerkung: Die Zahlen berücksichtigen nicht den Zustrom von Flüchtlingen. Aktuellere Zahlen liegen nicht vor.

¹⁴⁹ ebd. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg, Bremen/ Stuttgart 2015, S. 88.

¹⁵⁰ Fichter Manfred: Wohnungslose und psychische Erkrankung, Psychiatrische Praxis Thieme-Verlag Heft 08, Jahrgang 34, 2007

¹⁵¹ Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (GISS) im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg, Bremen/ Stuttgart 2015, S. 15 und S. 91-93.

Für unversorgte junge Menschen mit psychischer Erkrankung braucht es gut abgestimmte Lösungen und passende Angebote. Hinweise dazu finden sich im Kapitel 2 „Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

5.4 Psychische Erkrankung und Selbst- bzw. Fremdgefährdung

Nicht jede psychische Störung geht mit einer Gefährdung (und umgekehrt) einher, aber insbesondere bei Menschen mit einer akuten psychischen Erkrankung kann selbst oder fremd gefährdendes Verhalten auftreten. In diesen Konstellationen sind zunächst Sicherungsmaßnahmen vorrangig, um im weiteren Verlauf durch Behandlung und Therapie auf die Erkrankung einwirken zu können. Dabei ist neben der ärztlichen Versorgung und den ggf. notwendigen ordnungspolizeilichen Maßnahmen vor allem das psychosoziale Hilfesystem gefordert.

Die Selbsttötungsrate in Baden-Württemberg lag in den Jahren 2010 bis 2015 bei rund 12 Personen auf 100.000 Einwohner. Die Selbsttötungen im Landkreis sind leicht rückläufig. Die Zahl lag zwischen 2012 und 2017 im Mittel bei jährlich 50 Personen. Ältere Personen und Männer sind dabei häufiger betroffen.

Tabelle 5: Entwicklung der Selbsttötungen 2012 – 2017 im Landkreis Esslingen

Jahr	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Männer	37	43	31	41	44	38
Frauen	7	9	12	9	11	17
Gesamt	44	52	43	50	55	55
auf 100.000 Einwohner	8,3	9,9	8,3	9,8	10,6	10,6

Jahresbericht 2017 – Arbeitskreis Leben e.V. (Quelle Polizeidirektion Reutlingen)

Zu den Angeboten des Arbeitskreises Leben (AKL) gehören die Beratung durch Fachkräfte und Begleitung durch fortlaufend qualifizierte Ehrenamtliche, z.B. in Situationen unterschiedlicher Gefährdungsgrade (Suizidgedanken bis akute Suizidalität der Klienten), Beratung Angehöriger und des Umfelds im Umgang mit Suizid, Trauerbegleitung nach erfolgter Selbsttötung und präventive Gruppenangebote. Die ehrenamtlichen Krisenbegleiter sind auch im Kontaktbereich – dem AKL-Treff – tätig. Der AKL betreute in den Jahren 2014-2017 im Jahresdurchschnitt rund 455 Personen, überwiegend aus dem Einzugsbereich des südlichen Landkreises. Einwohner aus den Einzugsbereichen Esslingen und Filder nutzen auch die Angebote des AKL Stuttgart. Gleichzeitige Betreuungen zwischen den ambulanten Angeboten der Gemeindepsychiatrischen Zentren und des AKL sind wie bisher schon gewünscht und stellen eine sinnvolle Ergänzung dar. Bei annähernd jeder zweiten Person war der Anlass der Kontaktaufnahme im Berichtsjahr 2017 eine akute Krise (46,1%), gefolgt von belastenden Lebenssituationen (37,9%), einer chronischen Krise (15,2%) und ohne Angabe (0,9%).¹⁵² Zugenommen haben, laut Jahresbericht des AKL, die chronischen Krisensituationen.

¹⁵² Jahresbericht 2017 Arbeitskreis Leben e.V. Nürtingen-Kirchheim

Das Land hat mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG)¹⁵³ im Teil 3 die Rahmenbedingungen der Unterbringung gesetzlich geregelt. Die Regelungen korrespondieren mit anderen gesetzlichen Vorgaben, vor allem dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) und dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Unterbringungsbedürftig ist, wer infolge einer psychischen Störung sein Leben oder seine Gesundheit erheblich gefährdet oder eine erhebliche gegenwärtige Gefahr für Rechtsgüter anderer darstellt, wenn die Gefährdung nicht auf andere Weise abgewendet werden kann.¹⁵⁴ Die Behandlung bedarf nach § 20 der Einwilligung der untergebrachten Person. Einer Behandlung gegen den Willen der Person sind enge Grenzen gesetzt. Sie darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden. Sie ist ärztlich anzuordnen, durchzuführen und nur auf Antrag der behandelnden anerkannten Einrichtung und mit vorheriger Zustimmung des Betreuungsgerichtes zulässig.¹⁵⁵

Im § 25 PsychKHG sind die Sicherungsmaßnahmen geregelt. Dazu zählt unter anderem auch die Fixierung, die ärztlich anzuordnen ist. Das Bundesverfassungsgericht hat mit seiner Entscheidung vom 24. Juli 2018¹⁵⁶ dargelegt, dass die Fixierung eine weitere Freiheitsentziehung darstelle, für die es einer besonderen Ermächtigungsgrundlage bedarf und die ihrerseits unter Richtervorbehalt stehe. Das baden-württembergische PsychKHG genüge diesen Anforderungen nicht. Dem Gesetzgeber wurde eine Übergangsfrist bis zum 30.06.2019 eingeräumt, um verfassungsgemäße Regelungen zu beschließen, die auch Auswirkungen auf den Personaleinsatz, die Anordnung, Überwachung und Dokumentation der freiheitsentziehenden Maßnahme und die rechtliche Aufklärung mit sich bringen.

Im Teil 4 des PsychKHG schließlich wurde der Maßregelvollzug, also der Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus (nach § 63 Strafgesetzbuch – StGB) und in einer Erziehungsanstalt (nach § 64 StGB) verankert.

Die Zahl der Unterbringungen in anerkannten Einrichtungen (psychiatrische Kliniken) nach Psychisch-Kranken-Hilfegesetz betrug im Jahr 2016 in Baden-Württemberg 3.618, die nach Betreuungsrecht 3.074 (ohne Heime).¹⁵⁷

5.5 Psychisch kranke Menschen aus der Forensik

Das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg ist mit seiner Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie für den Landgerichtsbezirk Stuttgart und damit auch für den Landkreis Esslingen zuständig. Die Zuständigkeit umfasst nach § 63 Strafgesetzbuch psychisch kranke oder erheblich persönlichkeitsgestörte Straftäter, die nach einer erfolgten Straftat im Kontext einer Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit richterlich untergebracht sind. Sie werden einer Behandlung und Therapie zugeführt. Die Schuldfähigkeit und Prognose sind strafrechtlich zu bewerten.

¹⁵³ Landtag von Baden-Württemberg: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfegesetz – PsychKHG) – Drucksache 15/5521

¹⁵⁴ ebd. § 13 Absatz 3

¹⁵⁵ ebd.

¹⁵⁶ Bundesverfassungsgericht Urteil vom 24.07.2018 (2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16)

¹⁵⁷ Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 16/3045

Für die Behandlung, Therapie, Rehabilitation und Betreuung kommen im Weiteren die Leistungen der Sozialgesetzbücher in Betracht.

Die nach wie vor größte Gruppe mit über 80 Prozent im Maßregelvollzug sind Patienten mit F2-Diagnosen (Psychische Störungen und Verhaltensstörungen, überwiegend chronisch psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis). In den letzten drei Jahren ist der Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund gestiegen, er liegt landesweit bei rund 50 Prozent. Neben der forensisch-psychiatrischen Problematik kommen dadurch aufenthaltsrechtliche und kultursensible Fragestellungen hinzu. Personen mit unklarer Aufenthaltsperspektive und Abschiebehindernissen erhalten für eine Nachbetreuung nur eingeschränkt Leistungen.

Eine Auswertung der Belegung im Zeitraum 2012 bis 2016 ergab, dass aus dem Landkreis Esslingen stammend 37 Personen (29 Männer und 8 Frauen) im Maßregelvollzug in der Weissenau untergebracht waren.

17 Personen kamen aus der Stadt Esslingen, 7 aus dem Einzugsbereich des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Nürtingen, 6 aus Kirchheim u.T. und Umgebung, 5 aus dem Bereich Plochingen und 2 aus dem Filderraum. Das Durchschnittsalter lag bei 41,6 Jahren, zum Stichtag 31.12.2016 waren die jüngsten Personen 22 Jahre, die Älteste 73 Jahre alt. 33 Patienten wohnten vor der Unterbringung mit Angehörigen zusammen oder selbstständig, 4 kamen aus einer betreuten Wohnform heraus in die Forensik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller im Zeitraum von 5 Jahren untergebrachten Personen betrug 31,3 Monate. Aufgenommen wurden in 2017 (N=1), 2016 (N=2), 2015 (N=4), 2014 (N=8), 2013 (N=6) und 2012 (N=4), die Neuaufnahmen waren also in den letzten beiden Jahren unterdurchschnittlich. Bei 24 Personen konnte die Maßnahme beendet werden, 13 befanden sich zum Stichtag 31.12.2016 weiterhin im Maßregelvollzug. 19 Personen konnten in den Landkreis zurückkehren, 11 davon wechselten in ein ambulant betreutes Wohnen, 7 in eine stationäre Maßnahme, 1 Person zu Angehörigen. 2 wurden in die Justizvollzugsanstalt verlegt, eine Person kehrte ins Ausland zurück, eine Person ist verstorben und schließlich fand sich für eine weitere Person eine sonstige Regelung. Diese Angaben zeigen, dass in einem hohen Maße die Rückkehr in den Landkreis Esslingen umgesetzt wurde.

Aus Sicht der Forensik konnte die Zusammenarbeit mit dem Landkreis positiv weiterentwickelt werden. Dazu beigetragen haben die Schaffung neuer Wohnplätze und die im Landkreis durchgeführten Hilfeplangespräche. Dennoch gibt es Wartezeiten für einen Wechsel in die betreuten Wohnformen, wenn diese angezeigt sind. Eine zentrale Anlaufstelle auf Kreisebene und mehr Verbindlichkeit der Leistungserbringer sind aus forensischer Sicht wünschenswert.¹⁵⁸

5.6 Geistige Behinderung und psychische Störungen

In der Behindertenhilfe nehmen Bedarfskonstellationen bei Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung in Kombination mit sogenanntem herausforderndem Verhalten zu. Im

¹⁵⁸ Stellungnahme von Martin Sickinger, ZfP Südwürttemberg, vom 27.10.2017

Landesrahmenvertrag sind für die Behindertenhilfe die Leistungen über spezielle therapeutische Wohngruppen (TWG) und über das längerfristig intensiv betreute Wohnen (LibB) vereinbart. Die Behindertenhilfe (Leistungsberechtigte, Angehörige, Leistungserbringer) stehen immer wieder vor dem Problem, dass psychische Störungen bzw. Erkrankungen für diesen Personenkreis nicht oder nicht ausreichend medizinisch-psychiatrisch betreut werden. Gefordert ist eine gute Differenzialdiagnostik, sorgfältige medikamentöse Einstellung und Qualifizierung der Bezugspersonen. Zu berücksichtigen sind andere Ausdrucksweisen, unterschiedliche Entwicklungsverläufe und genetisch oder organisch bedingte Einflüsse.

Der Gesetzgeber hat eine Verbesserung der Behandlung und der Zugangsmöglichkeiten möglich gemacht. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden zum 23.07.2015 die Grundlagen geschaffen, die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu verbessern. Über den § 119c SGB V wird die Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren ermöglicht.¹⁵⁹ Im Landkreis gibt es bislang kein entsprechendes Zentrum, in Baden-Württemberg waren es bis 2016 nur drei Zulassungen.

Die Münsterklinik in Zwiefalten und die St. Lukas-Klinik der Stiftung Liebenau behandeln Menschen mit akuten psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen. Zur Krisenintervention werden auch in den medius KLINIKEN – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – im Einzelfall Personen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung aufgenommen. Solange kein medizinisches Versorgungszentrum für die Leistungsberechtigten im Landkreis zur Verfügung steht, wäre eine intensivere medizinische Behandlung durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen – dabei mit einer Spezialisierung – eine Verbesserung der Versorgungsstruktur.

5.7 Psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf

Mit den Pflegestärkungsgesetzen haben sich die Grundlagen in den Sozialgesetzbüchern XI (soziale Pflegeversicherung) und XII (Siebtes Kapitel - Hilfe zur Pflege) verändert. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde im Hinblick auf kognitive und psychische Beeinträchtigungen erweitert. Mit der Einführung der Pflegegrade wurden auch Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen in die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit aufgenommen. Die Leistungen umfassen häusliche Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich kommt neben den Pflegegraden 2 bis 5 auch Anspruchsberechtigten mit Pflegegrad 1 zugute.

Die großzügige Überleitung der Bestandsfälle von den Pflegestufen in die Pflegegrade, insbesondere bei dementiellen Erkrankungen, führte sowohl im Bereich der ambulanten als auch der stationären Pflege zu höheren Leistungen der Pflegeversicherung und damit zu einem vorübergehenden Rückgang der Bestandsfälle und der Ausgaben in der Hilfe zur Pflege. Dieser Effekt wird sich ab 2018 bedingt durch Neueinstufungen und Personalkostensteigerungen wieder auflösen.

¹⁵⁹ Rundschreiben Landkreistag Baden-Württemberg Nr. 872/2018

Die folgende Tabelle weist alle Hilfeempfänger mit Leistungen der Hilfe zur Pflege, unabhängig von der (psychiatrischen) Erkrankung bzw. dem auslösenden Bedarf, auf.

Tabelle 6: Hilfeempfänger und Ergebnis – aus Sozialbericht Landkreis Esslingen 2017

Jahr	Hilfeempfänger*innen häusliche Pflege	Ausgaben	Hilfeempfänger*innen häusliche Pflege	Ausgaben
2013	296	2.790.369 €	1.070	13.886.863 €
2014	333	2.487.905 €	1.065	14.916.224 €
2015	300	3.070.171 €	1.041	14.133.038 €
2016	275	2.907.616 €	1.122	14.594.989 €
2017	232	2.649.260 €	1.028	13.128.900 €

Laut Datenbasis des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales¹⁶⁰ betrug die Zahl der über 65-jährigen Leistungsberechtigten in der stationären Hilfe zur Pflege im Jahr 2016 8,4 pro 1.000 Einwohnern (N=893) und lag damit unter dem Landkreisdurchschnitt von 9,7. Im Jahr 2016 erhielten bei den unter 65-Jährigen 5,5 Leistungsberechtigte (N=229) pro 1.000 Einwohnern stationäre Hilfe zur Pflege (Landkreisdurchschnitt 5,8).

Das Wohn- und Pflegezentrum St. Vinzenz in Filderstadt-Plattenhardt hat als psychiatrisches Fachpflegeheim einen Versorgungsauftrag schwerpunktmäßig für den Landkreis Esslingen. Weitere Ausführungen finden sich im Teil des Gerontopsychiatrieplans. Sogenannte eingestreute Plätze finden sich in verschiedenen stationären Pflegeeinrichtungen.

Eine Erhebung des Kreissozialamtes zum Stichtag 31.12.2013 hatte ergeben, dass von den damals 250 Personen bis 65 Jahre rund 42% aufgrund einer vorrangig chronisch psychischen Erkrankung, 26% aufgrund einer somatischen Erkrankung und 16% aufgrund einer chronischen Suchterkrankung sowie 16% bei unklarer Diagnose stationäre Leistungen der Hilfe zur Pflege erhielten.

Eine erneute Erhebung wurde mit Stichtag 31.12.2017 durchgeführt.

239 Personen bis 65 Jahre erhielten Leistungen der Hilfe zur Pflege in Trägerschaft des Kreissozialamtes, davon 139 Männer und 100 Frauen. Der Altersdurchschnitt betrug 55,2 Jahre. Die jüngste Person war 26 Jahre, die älteste 65 Jahre alt. Der Median lag bei 57 Jahren, das heißt, dass die Hälfte der Personen zum Stichtag über 57 Jahre alt war. 129 Personen erhielten die stationäre Pflegeleistung im Landkreis, 110 Personen außerhalb des Kreises. Am häufigsten wurde der Pflegegrad 3 (N=73), gefolgt von den Pflegegraden 2 (N=65), 4 (N=53) und immerhin 43 Personen im Pflegegrad 5 festgestellt. Die Auswertung zum 31.12.2017 ergab, dass von den 239 Personen bis 65 Jahre alt, rund 31% (N=74) aufgrund einer vorrangig chronisch psychischen Erkrankung, 33% (N=78) aufgrund einer somatischen Erkrankung und 16% (N=38) aufgrund einer chronischen Suchterkrankung oder 21% (N=49) bei unklarer Diagnose stationäre Leistungen der Hilfe zur Pflege

¹⁶⁰ KVJS Berichterstattung: Hilfe zur Pflege 2016, Kennzahlen aus den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg

erhielten. Bei den zuletzt genannten Personen war die Diagnose nicht ohne erheblichen Aufwand recherchierbar. Schlüsselt man die Hauptgruppen der Stichtagsuntersuchung von 2017 genauer auf, dann wird deutlich, dass Psychosen einen Großteil der psychischen Erkrankungen ausmachen. Bei Menschen mit Sucht(folgen) ist hauptsächlich der Alkoholmissbrauch oder eine durch übermäßigen Konsum ausgelöste Folgeerkrankung (Korsakow-Syndrom) ausschlaggebend. Innerhalb der Gruppe der somatischen Erkrankungen ist eine Häufung weniger deutlich. Multiple Sklerose, Schlaganfalls- oder Unfallfolgen sind als Haupt-Diagnosen weitestgehend gleichmäßig vertreten. Die Mehrzahl der Hilfeempfänger bis 65 Jahre in der stationären Hilfe zur Pflege sind von einer Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) betroffen.

In einem unter Vorbehalt zu treffenden Vergleich der beiden Erhebungszeiträume zeigte sich eine Verschiebung von Hilfeempfängern mit vorrangig psychischer Erkrankung hin zu Multimorbidität und organischen Erkrankungen.

5.8 Älter gewordene psychisch kranke Menschen

Es wird unterstellt, dass älter gewordene Menschen mit einer psychischen Erkrankung vergleichbare Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen vom Altwerden und Leben im Alter haben wie „gesunde“ Personen. Allerdings ist die Biografie mit hoher Wahrscheinlichkeit anders verlaufen, mit der Folge unterschiedlicher sozialer, finanzieller Ressourcen und Rahmenbedingungen. Lange Krankheitsverläufe bringen Nachteile in der Alterssicherung mit sich und wirken sich auf soziale und familiäre Bindungen aus. Eine chronisch psychische Erkrankung ist häufig mit Vereinsamung verbunden. Umstellungen ergeben sich für älter gewordene Menschen mit einer psychischen Erkrankung, wenn beispielsweise die Tätigkeit in einer Werkstatt endet und Unterstützungs- und Pflegebedarfe hinzukommen. Die Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe und der Pflege (Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege) sollten es ermöglichen, dass ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung möglichst ambulante Maßnahmen bedarfsbezogen und abgestimmt in Anspruch nehmen können.

5.9 Psychische Belastungen, Fluchterfahrung und Migration

Psychische Belastungen sind ein relevanter Faktor im Zusammenhang mit Fluchterfahrungen und Migration. Zu unterscheiden sind traumatisierte Menschen aufgrund von Kriegsergebnissen und Erlebnissen auf der Flucht, die Symptome einer Erkrankung aufweisen (vor allem depressive Störungsbilder, posttraumatische Belastungsstörungen, Angsterkrankungen), psychisch kranke Menschen, die bereits im Herkunftsland erkrankt waren (alle Diagnosen möglich) und suchtkranke Menschen mit Fluchterfahrung. Kombinationen, also Mehrfachbelastungen, sind möglich. Darüber hinaus bestehende Gewaltpotentiale und delinquentes Verhalten, sofern diese nicht im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen, fallen nicht in die Zuständigkeit der psychiatrischen Versorgung.

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bildet die Grundlage für Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen für den Personenkreis der Asylsuchenden. Nach § 4 AsylbLG werden zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen gewährt. Nach Rechtsauffassung der Bundesregierung soll es in begründeten Fällen Ansprüche auf Psychotherapie geben. Der Anspruch wird ergänzt durch die Öffnungsklausel des § 6 Absatz 1 des AsylbLG. Hier handelt es sich um einen zwingenden Anspruch für besonders vulnerable Gruppen, dazu gehören schutzbedürftige Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen oder Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Sie umfasst medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich psychologischer Betreuung.¹⁶¹

Schutzberechtigte (zum Beispiel anerkannte Asylbewerber) fallen in den Anwendungsbereich des SGB II und SGB XII. Sich im Asylverfahren befindende Personen erhalten im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes spätestens nach 15 Monaten Aufenthalt im Bundesgebiet Leistungen auf Sozialhilfeniveau und sind leistungrechtlich in ihrer Gesundheitsversorgung den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt.¹⁶² Der § 264 SGB V regelt die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung.

Im Landkreis Esslingen wurden im Jahr 2016 insgesamt 3.261 Flüchtlinge aufgenommen. Die vorhandenen Plätze in der vorläufigen Unterbringung waren laut des Sachstandsberichtes zur Unterbringung von Flüchtlingen im Landkreis Esslingen mit 4.847 Personen belegt (Sitzungsvorlage Sozialausschuss 20/2017). 2.881 Flüchtlinge sind aus der vorläufigen Unterbringung ausgezogen. Mit der Aufgabe der Sozialen Betreuung im Rahmen der Flüchtlingssozialarbeit hat der Landkreis den Kreisverband Esslingen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) beauftragt.

Aus planerischer Sicht sind für den psychiatrischen Bereich drei Problemlagen zu unterscheiden, wobei in Einzelkonstellationen Überschneidungen bestehen können.

Traumatisierte Menschen

Unter Federführung der Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung wurde am 11. Mai 2017 eine Konzeption dem Sozialausschuss zum abschließenden Beschluss im Ausschuss (SOA 36/2017) vorgelegt.

Sie verfolgt drei Ziele:

- Zielgruppenspezifische Qualifizierung der sozialen Regelsysteme im Umgang mit traumatisierten Menschen sowie Qualifizierung der dafür geeigneten Dolmetscher,
- Quantitative und qualitative Weiterentwicklung der bestehenden dezentralen Struktur der Psychologischen Beratungsstellen,
- Aufbau eines spezifischen therapeutischen Angebots zur Behandlung traumatisierter Menschen.

¹⁶¹ Bundesdrucksache 18/9009 –Deutscher Bundestag 18.Wahlperiode vom 04.07.2016
¹⁶² vgl. ebd.

Suchtkranke Menschen

Ebenfalls in einer Konzeption durch die Suchtprophylaxe, die Jugend- und Drogenberatung und die Suchtberatungsstellen wurden verschiedene Handlungsempfehlungen für den Umgang mit suchtkranken Menschen mit Fluchterfahrung entwickelt.

Folgende Ziele sind benannt:

- Qualifizierung und Fachberatung von Multiplikatoren,
- Suchtpräventive Angebote für die direkte Zielgruppe,
- Angebote und Maßnahmen für Geflüchtete in der Gemeinschaftsunterkunft und Anschlussunterbringung in der Kommune,
- Angebotsmöglichkeiten im Bereich der Suchtberatung/-Behandlung für Menschen mit Fluchterfahrung.

Psychisch auffällige Menschen

Innerhalb der Verwaltung des Landratsamtes wurde im Juli 2017 unter Beteiligung der Sozialbetreuung der vorläufigen Unterbringung ein Runder Tisch „Psychisch auffällige Personen mit Fluchterfahrung“ gebildet. Dieser hatte zum Ziel, einen notwendigen Hilferahmen für intensive Einzelfallhilfen zu konzipieren. Ein abgestimmtes Clearingverfahren beschreibt die passenden Hilfen und den Rahmen der Einzelfallhilfen. Mit der Umsetzung wurde ab August 2018 begonnen, die AWO mit der Leistungserbringung beauftragt. Mit einer Kerngruppe von rund 20 komplexen Fallkonstellationen wird gerechnet.

Auf die gestiegene Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund muss sich auch die psychiatrische Versorgung einstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Zuge der Globalisierung und der Fluchtbewegungen nicht nur die Zahl der Personen, sondern auch die der Herkunftsländer deutlich angestiegen ist. Damit sind differenzierte kulturspezifische Anforderungen zu berücksichtigen.

5.10 Rechtliche Betreuungen

Die Zahl der rechtlichen Betreuungen war im Landkreis Esslingen in den Jahren 2015 und 2016 mit 9,05 bzw. 9,06 Betreuungen pro 1.000 Einwohner nahezu konstant.¹⁶³ Zum Stichtag 31.12.2007 betrug die Quote 9,1%, so dass von einer moderaten, aus demografischen Gründen bedingten Steigerung gesprochen werden kann. Die Betreuungen werden zu 65% ehrenamtlich und zu 35% von Berufsbetreuern geführt. Mit rund 60% bilden die 71- bis 90-Jährigen die größte Gruppe der Betreuungsbedürftigen. Hauptgründe für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung sind vorwiegend die dementiellen Erkrankungen (in 35% aller Fälle) und seelische Behinderungen bzw. psychische Erkrankungen (33%). Zum 01.01.2018 sind die Aufgaben der Betreuungsgerichte von den Bezirksnotariaten auf die Amtsgerichte übergegangen.¹⁶⁴

Das Bundesjustizministerium führt gegenwärtig einen interdisziplinären und partizipativen Diskussionsprozess zur Selbstbestimmung und Qualität im Betreuungsrecht durch.

¹⁶³ Sozialleistungsbericht Landkreis Esslingen 2017
¹⁶⁴ ebd.

An diesem Prozess ist auch der Deutsche Landkreistag (DLT) beteiligt. Das Präsidium des DLT hat unter anderem festgestellt, dass sich das Instrument der rechtlichen Betreuung bewährt hat und die Landkreise als örtliche Betreuungsbehörden auf einem qualitativ hohen fachlichen Niveau arbeiten. Allerdings wird auch angemerkt, dass das Betreuungssystem insgesamt unterfinanziert ist und sowohl ehrenamtliche als auch Berufs- und Vereinstreuer nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen.¹⁶⁵

5.11 Handlungsempfehlungen

Besondere Zielgruppen
<ul style="list-style-type: none"> PIA-Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung öffnen
<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung der Hilfesysteme durch Annäherung zwischen Wohnungslosenhilfe und Gemeindepyschiatrischen Verbänden, Nutzung aufsuchender Konzepte
<ul style="list-style-type: none"> Für mehrfach beeinträchtigte Wohnungslose systemübergreifende und gemeinsame Angebote zwischen Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe entwickeln
<ul style="list-style-type: none"> Interdisziplinäres und einzelfallbezogenes Fallmanagement zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe vertiefen
<ul style="list-style-type: none"> Weitere Qualifizierung der Regelsysteme im Bereich Menschen mit Fluchterfahrung und psychischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung spezifischer klinisch-therapeutischer Angebote als ärztliche / psychotherapeutische Anschlussmaßnahme bzw. Abbau der Zugangsbarrieren und Ausweitung der Kapazitäten einer psychiatrischen Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit Fluchterfahrung

6 Leitlinien und Steuerungselemente

6.1 Versorgungsverpflichtung

Die Vertragspartner des Rahmenkooperationsvertrages Gemeindepyschiatrische Netzwerke haben für den Personenkreis der Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. wesentlich seelischer Behinderung die Übernahme einer Versorgungsverpflichtung nach Maßgabe der jeweiligen Zuständigkeit und der finanziellen Möglichkeiten erklärt.¹⁶⁶ Diese Versorgungsverpflichtung bedeutet, dass kein Leistungsberechtigter aufgrund der Art und/oder der Schwere der Erkrankung oder Behinderung von den notwendigen Hilfen ausgeschlossen wird. Damit verbunden ist auch eine bedarfsgerechte

¹⁶⁵ Landkreistag Baden-Württemberg Rundschreiben Nr. 748/2018
¹⁶⁶ Rahmenkooperationsvertrag Gemeindepyschiatrisches Netzwerk im Landkreis Esslingen

Sicherstellung der Versorgung, verbindliche Absprachen, die Umsetzung personenbezogener Hilfen und die kooperative Weitervermittlung in andere Leistungs- und Betreuungssysteme oder bei einem angezeigten Wechsel innerhalb des gleichen Systems. Für die Leistungserbringer und anderen Beteiligten gilt damit auch, die vorhandenen Angebote vorrangig Personen aus dem Landkreis zur Verfügung zu stellen.

Die Versorgungsverpflichtung ist eine zentrale Aufgabenstellung der klinisch-psychiatrischen Einrichtungen. Regionale Versorgungsverpflichtungen haben psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, psychisch kranke Patienten aus einer bestimmten Region stationär aufzunehmen. Dies trifft auch auf die medius KLINIKEN zu. Die eigenständige Wahl eines psychiatrischen Krankenhauses durch den Patienten / die Patientin bleibt davon unberührt. Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen sind sinnvolle Instrumente, um den Willen in der Behandlung zu dokumentieren und den Zugang zu Behandlung zu festigen.

6.2 Neue Finanzierungs- und Betreuungsformen

Die Einführung eines neuen Entgeltsystems in der klinischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP=Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) ist als relativ neue Finanzierungsform zu betrachten. Es soll laut Definition ein „lernendes System“ sein, welches im Verlauf stetigen Anpassungen unterworfen sein wird. Nach der fünfjährigen Optionsphase ist der PEPP-Katalog ab 2018 nun von allen psychiatrischen Krankenhäusern verpflichtend zur Abrechnung anzuwenden.¹⁶⁷ Als ein schwieriger Teil im Entgeltkatalog ist die festgeschriebene verweildauerabhängige Vergütung zu betrachten, die aufgrund einer degressiven Vergütungsregelung mögliche individuelle Schwankungen im Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf oder auch einen erhöhten Aufwand bei Krisen nicht ausreichend abbildet. Die Umsetzung von PEPP bedeutet vor allem auch einen erhöhten Dokumentations- und Kodieraufwand, der entsprechende Ressourcenanforderungen an Personal, technische Ausstattung und Rahmenbedingungen stellt.

Im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer wesentlich seelischen Behinderung konnte beim ambulant betreuten Wohnen ab 01.07.2015 eine neue Leistungs- und Vergütungsvereinbarung abgeschlossen werden.¹⁶⁸ Mit der Einführung von fünf nach Hilfebedarfen gestaffelten Pauschalen ist für die Leistungsberechtigten eine passgenauere Umsetzung der Hilfen möglich. Die Option einer höheren ambulanten Betreuungsintensität kann zu einer Vermeidung einer stationären Maßnahme führen oder einen Übergang / Wechsel aus der stationären Wohnbetreuung erleichtern. Ab dem Jahr 2020 werden sich durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) weitere grundsätzliche Änderungen durch die Trennung in Betreuungsleistungen und existenzsichernde Leistungen ergeben, die leistungsrechtlich und vergütungsbezogen noch umzusetzen sind.

¹⁶⁷ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp_entgeltsystem_1/pepp_entgeltsystem_2018.jsp
¹⁶⁸ Sozialausschuss des Landkreises Esslingen - Sitzungsvorlage Nr. 39/2015 vom 21.05.2015

6.3 Persönliches Budget und andere Budgetformen

Der Rechtsanspruch auf ein persönliches Budget besteht seit 01.01.2008. Mit der Änderung des SGB IX ist die Leistung des persönlichen Budgets (PB) im § 29 beschrieben. Es soll dem Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstständiges Leben ermöglichen und wird vom leistenden Rehabilitationsträger ggf. trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind auch Leistungen der Kranken- und Pflegekasse, der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit und der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe. Individuelle Förder- und Leistungsziele, der Nachweis über die Bedarfsdeckung und Qualitätssicherung sind Bestandteile der Budgetform und werden schriftlich vereinbart. Persönliche Budgets werden als Geldleistung ausgeführt. Der Budgetnehmer kauft sich sozusagen die Teilhabe- und/oder Pflegeleistungen ein. Die Umsetzung der Budgets erfordert auf Anbieterseite mehr Auswahlmöglichkeiten, die bislang leider kaum vorhanden sind.

Zum Stichtag 31.12.2017 bezogen 9 Personen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung in Trägerschaft des Landkreises Esslingen Leistungen der Eingliederungshilfe in Form eines persönlichen Budgets. Die Zahl der Budgetnehmer hat sich im Vergleich zum Jahr 2009 (N=6) zwar erhöht, liegt aber in Bezug auf die Gesamtzahl der leistungsberechtigten Menschen mit seelischer Behinderung nach wie vor nur bei etwa 1 %. Aufgrund der eher marginalen Bedeutung wurde auf eine differenzierte Auswertung verzichtet.

Andere mögliche Budgetformen, wie beispielsweise ein Psychriatriebudget, ein Regionalbudget oder ein Leistungserbringerbudget haben in der Steuerung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg in ihrer Zuständigkeit keine Rolle gespielt. Sie sind insbesondere dann schwer umzusetzen, wenn mehrere Leistungsträger tangiert sind. Das Bundesteilhabegesetz hat neben der Umsetzung von individuellen Rechtsansprüchen auch die teilhabeorientierte Ausgestaltung der Strukturen im Blickfeld. Es bleibt daher fraglich, ob andere Budgetformen zu den vom Gesetzgeber vorrangig beabsichtigten Wirkungen beitragen können. Eine Steuerung erfolgt vorrangig auf der individuellen Ebene der Hilfeplanung und Fallsteuerung sowie der daraus abzuleitenden Bedarfsentwicklungen und Angebotsstrukturen.

6.4 Wirkungsorientierung

Im Zuge des BTHG sind die Träger der Eingliederungshilfe und die Vereinigungen der Leistungserbringer aufgefordert, Rahmenverträge zur Erbringung der Leistungen abzuschließen (§ 131 SGB IX). Dabei sind unter anderem Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zu bestimmen. Die Definition der Wirksamkeit im Vertragsrecht ist für die Beteiligten neu. Sie ist im Zusammenhang der Bedarfe, der Leistungen in unterschiedlichen Teilhabebereichen (soziale Teilhabe, Teilhabe am Arbeitsleben, Mobilität, Selbstversorgung) und deren Umsetzung zu betrachten.

Der KVJS führt seit März 2017 und bis April 2020 ein Forschungsvorhaben zur Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg durch.¹⁶⁹ Ziel des Vorhabens ist die Ermittlung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe beim Wohnen, die Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Qualitätsstandards sollen unter Berücksichtigung des neuen BTHG konzipiert werden.

Die Wirksamkeit und Effizienz der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen, ist gleichermaßen im medizinisch-therapeutischen Kontext ein wichtiges Thema. Dabei sind gut vernetzte, abgestimmte und kooperierende Behandlungssettings und sektorenübergreifende Maßnahmen als wesentliche Erfolgskriterien anerkannt.

6.5 Integrierte Versorgung

Die Krankenkassen können laut § 140a SGB V Verträge mit den Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die integrierte Versorgung (IV) soll eine verschiedene Leistungssektoren umfassende Versorgung durch Einzelverträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sicherstellen. Bedauerlicherweise sind die im psychiatrischen Bereich geschlossenen Verträge zahlenmäßig gering. Dies mag der in der psychiatrischen Versorgung ohnehin grundlegend angelegten Vernetzung geschuldet sein. Wie bereits im letzten Psychiatrieplan beschrieben, sind die Möglichkeiten der integrierten Versorgung für bestimmte Patientengruppen längst nicht ausgeschöpft. Im Zusammenhang mit der Behandlungsalternative der stationsäquivalenten Behandlung bietet sich ein entsprechender Vertrag im Rahmen einer integrierten Versorgung ausdrücklich an.

6.6 Handlungsempfehlungen

Leitlinien und Steuerungselemente	
•	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität weiter entwickeln und Wirksamkeit verbessern
•	Versorgungsverpflichtung erhöhen

¹⁶⁹ Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Postfach 10 60 22, 70049 Stuttgart

Abkürzungen

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen	KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung	LGG	Landesgesundheitsgesetz
AKL	Arbeitskreis Leben	LibW	Längerfristig intensiv betreutes Wohnen
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
AU	Anschlussunterbringung	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
AWO	Arbeiterwohlfahrt	PB	Persönliches Budget
BAGÜS	Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger	PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	PSG	Pflegestärkungsgesetz
BTHG	Bundesteilhabegesetz	PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
DLT	Deutscher Landkreistag	RPK	Rehabilitation Psychisch Kranker
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	SGB	Sozialgesetzbuch
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörung	SOA	Sozialausschuss
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr	SOFA	Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen
GpV	Gemeindepsychiatrischer Verbund	SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
GpZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum	StäB	Stationsäquivalente Behandlung
GU	Gemeinschaftsunterkunft	TWG	Therapeutische Wohngruppen
IBB	Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle	UMA	Unbegleitete minderjährige Ausländer
ICD	International Classification of Diseases	WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
IFD	Integrationsfachdienst	WHO	World Health Organization
IV	Integrierte Versorgung	WTPG	Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz
JHA	Jugendhilfeausschuss	ZfP	Zentrum für Psychiatrie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie		

Quellennachweise

Arbeitskreis Leben Nürtingen-Kirchheim, Ursula Strunk.
 Assessment = Umfassende Einschätzung einer Situation, eines Krankheitsbildes, einer sozialen und persönlichen Lage etc.
 Basis für die Vorausrechnung ist die Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014.
 Brachat-Schwarz, Werner, 2017: Stoppt die hohe Zuwanderung den demografischen Wandel? in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2/2017, S. 7.
 Bundesagentur für Arbeit: Bestand an Rehabilitanden, Statistik Service Südwest August 2018.
 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS): Orientierungshilfe zur Gesamtplanung Stand Februar 2018 .
 Bundesdrucksache 18/9009 –Deutscher Bundestag 18.Wahlperiode vom 04.07.2016.
 Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2015 Teil 1 Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24.07.2015.
 Bundesverfassungsgericht Urteil vom 24.07.2018 (2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16).
 Case-Management = Fallsteuerung; durchgehende Fallverantwortung in mehreren Funktionen: Koordinator, Anwalt, Berater, Betreuer etc.
 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.) September 2010.
 DAK Forschung, Martin Kordt, DAK-Gesundheitsreport Hamburg 2018.
 Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Selbsthilfe Demenz Friedrichstr. 236, 10969 Berlin.
 Diagnoseschlüssel nach ICD-10 GM Version 2010 (www.dimdi.de).
 Eggen, Bernd Dr., Einkommenssicherung im Alter, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/2010.
 Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988 (Hrsg.).
 F. Jacobi et al: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung in: Der Nervenarzt 2014-85:77-87 und 2016-87:88-90.
 Fichter Manfred: Wohnungslose und psychische Erkrankung, Psychiatrische Praxis Thieme-Verlag Heft 08, Jahrgang 34, 2007.
 Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2017.
 Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss über die Änderung von häuslicher Krankenpflege – Psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 19.Juli 2018.
 Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB).
 Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (GISS) im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden Württemberg: Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg, Bremen/ Stuttgart 2015, S. 15 und S.
 Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (GISS): Wohnungslosigkeit im Landkreis Esslingen. Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung zu Umfang, Struktur und Hilfen für Menschen in Wohnungsnotlagen in Baden-Württemberg, Bremen, Apri.
 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz-BTHG), veröffentlicht im Bundesgesetzesblatt Nr. 66 / 2016 am 29.12.2016.
 Gesetz zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in Baden-Württemberg Drucksache 16/3738. (kein Datum).
 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), vom 19.12.2016.
 Gesundheitsreport 2018 der Techniker Krankenkasse S.68.
 Haushaltsplan 2018 des Landkreises Esslingen S.70ff.
 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie Stand: 2. Juni 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 01.06.2017 B3 in Kraft getreten am 2. Juni.
 Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main, Januar 2011.
<http://www.bvpraevention.de>.
<http://www.integrative-wohnformen.de>.
<http://www.iubw.de/>.
<http://www.jumega.de/was-ist-jumega/kurz-konzeption.html>.
<http://www.klinikum-esslingen.de/kliniken-und-zentren/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie/unser-profil/>.
<http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/>.
<http://www.palliativ-esslingen.de>.
<http://www.zfp-web.de>.
<https://www.aok.de/pk/plus/inhalt/aok-familienstudie-2018-3/>.
https://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/pdf-die%20Landesinitiative/140505_Forschungsergebnisse_Ursachen_Auswirkungen_Selbsthilfe.pdf.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>.
<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>.
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp_entgeltsystem_1/pepp_entgeltsystem_2018.jsp.

<https://www.kvjs.de/behinderung-und-beruf/integrationsfirmen/>
<https://www.lpk-bw.de/news/2018/sachverstaendigenrat-vier-monate-wartezeit-auf-eine-ambulante-psychotherapie>
<https://www.mediusKLINIKEN.de/standorte/mediusKLINIKEN-ostfildern-ruit/fachbereiche/innere-medicin-alternativmedizin-und-palliativmedizin/ueber-die-klinik/>
Integrierte Stadtentwicklungsplanung der Stadt Ostfildern 2. Auflage Juli 2017 S.61.
Interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Kinderschutz, Standards und Verfahrensweisen beim Umgang mit Kindesmiss-handlung und Kindeswohlgefährdung des Landkreises Esslingen mit Stand 2010.
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (World Health Organization Genf 2001).
Jahresbericht 2017 Arbeitskreis Leben e.V. Nürtingen-Kirchheim.
Jörg M. Fegert et al.: Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter, Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie (Eckpunktepapier vom 23.06.2016).
Jugend- und Drogenberatungsstellen Landkreis Esslingen – Jahresbericht 2017.
Jugendhilfeausschuss des Landkreises Esslingen, Sitzungsvorlage 43/2017.
Jugendhilfeausschuss des Landkreises Esslingen, Sitzungsvorlage Nr. 9/2018 vom 08.03.2018.
Kahler, Barbara: Wohnen im Alter, Nachrichten des Deutschen Vereins, September 2010.
Klein, Alexandra Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
Koalitionsvertrag zwischen Bündnis 90/Die Grünen und CDU Baden-Württemberg 2016 - 2021.
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Postfach 10 60 22, 70049 Stuttgart.
KVJS Berichterstattung 2016: Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII.
KVJS Berichterstattung: Hilfe zur Pflege 2016, Kennzahlen aus den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg.
KVJS Berichterstattung: Situationsanalyse zum Stand der Sozial- und Teilhabeplanung in Baden-Württemberg Juli 2017 S. 71 .
Landesarbeitsgemeinschaft der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege/ KVJS, AG II: „Weiterentwicklung der Wohnungslosenhilfe in Baden-Württemberg. Arbeitsgruppe II Zielgruppen und Schnittstellen in der Wohnungslosenhilfe“, Mai 2008, S. 17 – 21.
Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen (Landespsychiatrieplan) Baden-Württemberg Juli 2018.
Landkreistag Baden-Württemberg Rundschreiben Nr. 602/2014.
Landkreistag Baden-Württemberg Rundschreiben Nr. 671/2016.
Landkreistag Baden-Württemberg Rundschreiben Nr. 748/2018 .
Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 15/7980.
Landtag von Baden-Württemberg Drucksache 16/3045 .
Landtag von Baden-Württemberg: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) – Drucksache 15/5521 .
Lindmeier, Bettina; Lubitz, Heike: Alternde Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz – Grundlage und Handlungsansätze Heft Teilhabe 4/2011, Jg. 50.
Nachrichten des Deutschen Vereins (Januar 2011): Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur - Teil 1.
Pressemittteilung Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Berlin, 18. Juni 2015.
Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen: Welchen Beitrag kann eine Memory Clinic leisten? Vortrag Tagung BAGSO 18. Mai 2010, Demenz – Ein unausweichliches Altersschicksal? Bonn 2010.
Psychiatrieplan 2010-2014 des Landkreises Esslingen – Allgemeine Psychiatrie.
Rahmenkonzeption Schulsozialarbeit im Landkreis Esslingen S. 14.
Rahmenkooperationsvertrag Gemeindepsychiatrisches Netzwerk im Landkreis Esslingen.
Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 15.11.2017.
Rahmenvertrag nach § 132b SGB V über die Versorgung mit Soziotherapie in der Fassung vom 15.03.2016.
Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII in der aktuellsten Fassung vom 22.11.2012 zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Dienste und Einrichtungen.
Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, Stand: 8. Juni 2017.
Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht.
Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Robert Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.
Rundschreiben Landkreistag Baden-Württemberg Nr. 872/2018.
Sachbericht zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Aktion Psychisch Kranke e.V. (2017).
Schaubild Gesamtplanung: Quelle Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
SGB-Gesetzestexte Boorberg-Verlag. Sitzungsvorlage 39/2018 Landkreis Esslingen: Sozialbericht 2018, S. 22.
Sitzungsvorlage Jugendhilfeausschuss des Landkreises Esslingen Nr. 121/2017 .
Sitzungsvorlage Sozialausschuss des Landkreises Esslingen Nr. 39/2017 .
Sitzungsvorlage Sozialausschuss des Landkreises Vorlage Nr. 102/2016.
Sozialausschuss des Landkreises - Sitzungsvorlage Nr. 152/2004 vom 26.10.2004.
Sozialausschuss des Landkreises Esslingen - Sitzungsvorlage Nr. 39/2015 vom 21.05.2015.

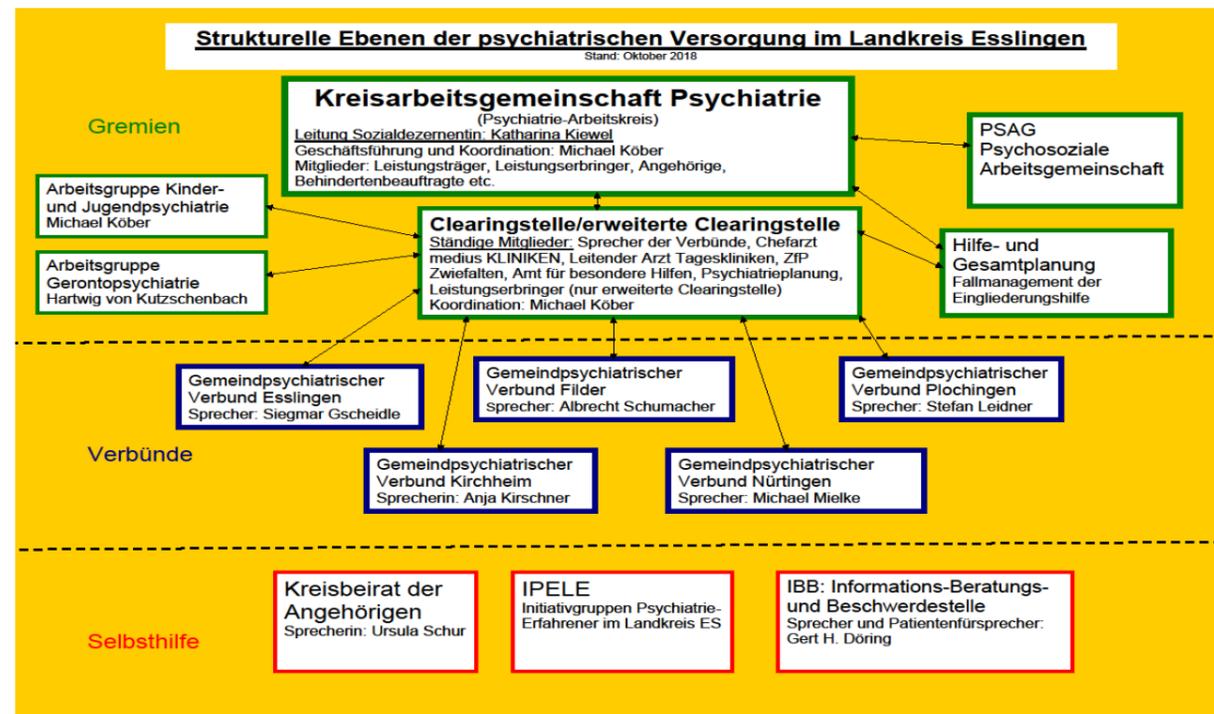
Sozialleistungsbericht Landkreis Esslingen 2017.
Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand 2018.
Statistisches Bundesamt: Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2015.
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2016 (PM 59/2016).
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2016 (PM 68/2016).
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2017.
Stellungnahme von Martin Sickinger, ZfP Südwürttemberg, vom 27.10.2017.
Tagesstätten für psychisch kranke Menschen - Änderung der Konzeption und Finanzierung – Sitzungsvorlage 138/2013.
Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V Seite 9f.
Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V vom 01.08.2017.
Weyerer Siegfried, Bickel Horst: Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart 2007.
www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/entlassmanagement.
www.landesrecht-bw.de.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Grafik: KVJS. Datenbasis: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bevölkerungsfortschreibung jeweils zum 31.12. sowie Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2014. Eigene Berechnungen KVJS	14
Abbildung 2: Mittlere Fallzahlen der Psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene im Landkreis im Jahresvergleich.....	52
Abbildung 3: Praxissitze der Psychiater/Neurologen/Psychotherapeuten nach Verbundregionen im Landkreis zum 31.12.2016.....	54
Abbildung 4: Fallzahlen der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahresvergleich 2003 bis 2017.....	55
Abbildung 5: Hauptdiagnosen längerfristiger Betreuungen in den Jahren 2014 bis 2017.....	56
Abbildung 6: Soziotherapieverordnungen der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahresvergleich.....	57
Abbildung 7: Fallzahlen in den Tageskliniken in den Jahren 2011 bis 2017.....	62
Abbildung 8: Durchschnittliche Verweildauer im Zeitraum 2011 bis 2017 in den Tageskliniken im Landkreis (Mittelwert Angabe in Tagen).....	63
Abbildung 9: Fallzahlen in der vollstationären psychiatrischen Versorgung im Zeitraum 2003 bis 2017 (ab 2017 nach Umzug alle Behandlungen am Standort Kirchheim)....	65
Abbildung 10: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in den medius KLINIKEN für Psychiatrie und Psychotherapie.....	65
Abbildung 11: Altersstruktur der vollstationär behandelten Patienten in der Psychiatrie.....	66
Abbildung 12: Verteilung der Diagnosen in Nürtingen im Zeitraum 2003 bis 2016.....	66
Abbildung 13: Verteilung der Diagnosen in Plochingen/Kirchheim im Zeitraum 2003 bis 2016.....	67
Abbildung 14: Fallzahlen vollstationär nach Geschlecht und Klinikstandort im Zeitraum 2008 bis 2017.....	68
Abbildung 15: Wiederaufnahmen in der klinischen Psychiatrie Nürtingen/Plochingen/Kirchheim zwischen 2010 und 2017.....	68
Abbildung 16: Zahl der belegten Werkstattplätze der Leistungserbringer für Menschen mit seelischer Behinderung im Landkreis Esslingen (2008 wurden keine Zahlen erhoben).....	74
Abbildung 17: Altersstruktur der Werkstattbeschäftigten im Landkreis Esslingen im Jahresvergleich und der einzelnen Träger für 2017.....	75
Abbildung 18: Entwicklung der Betreuungszahlen von 2003 bis 2017 – beendete Fallzahlen in 2007 und 2009 beziehen sich auf Zeiträume von 5 bzw. 2 Jahren.....	82
Abbildung 19: Durchschnittliche Betreuungsdauer (laufender und beendeter Fälle) zum Stichtag in Monaten.....	83
Abbildung 20: Altersverteilung im Ambulant Betreuten Wohnen für im jeweiligen Zeitraum betreute Leistungsberechtigte (laufende und beendete Fälle).....	84
Abbildung 21: Durchschnittliche Dauer stationärer Betreuungen laufender Fälle in Monaten im Landkreis.....	86

Abbildung 22: Entwicklung der Altersstruktur im stationären Wohnen.....	87
Abbildung 23: Erkrankungen von Menschen in Pflegeheimen im Jahr 2010 (N=2381).....	111
Abbildung 24: Stichprobenerhebung zu Erkrankungen von Menschen in Pflegeheimen zum 31.01.2018 (N= 763).....	112
Abbildung 25: Pflegegrade der betreuten Menschen in Pflegeheimen (Stichprobe N=763) zum 31.01.2018.....	113
Abbildung 26: Stichprobenerhebung zu Erkrankungen von Menschen in der Tagespflege zum 31.01.2018 (N=142).....	119
Abbildung 27: Stichprobenerhebung zur Anwesenheit in der Tagespflege zum 31.01.2018 (N=142).....	120
Abbildung 28: Altersverteilung der Patienten in den Psychiatrischen Institutsambulanzen an den medius KLINIKEN im Jahr 2017.....	134
Abbildung 29: Fallzahlen vollstationäre psychiatrische Behandlungen Patienten 65 Jahre und älter in den medius KLINIKEN 2003-2017.....	140
Abbildung 30: Anteil der stationären gerontopsychiatrischen Behandlungen (Patienten 65 Jahre und älter) an den Gesamtbehandlungen in den medius KLINIKEN 2003-2017.....	141
Abbildung 31: Fallzahlen und Verweildauer gerontopsychiatrische Tagesklinik in Nürtingen (ab 2017 Kirchheim) 2006-2017.....	141

Tabelle 1: Zulassung Psychiater und Psychotherapeuten im Landkreis Esslingen (Quelle Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg).....	53
Tabelle 2: Diagnosenverteilung in den Tageskliniken im Zeitraum 2011 bis 2017.....	63
Tabelle 3: Diagnosenverteilung in den medius KLINIKEN für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2017.....	67
Tabelle 4: Leistungserbringer im stationären Wohnen und Platzzahlen.....	85
Tabelle 5: Entwicklung der Selbsttötungen 2012 – 2017 im Landkreis Esslingen.....	146
Tabelle 6: Hilfeempfänger und Ergebnis – aus Sozialbericht Landkreis Esslingen 2017.....	150



Behandlung, Therapie, Beratung und Betreuung
Bedarfsgerechter Ausbau klinischer und tagesklinischer Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Realisierung von Eltern-Kind-Angeboten
Prüfung der Umsetzbarkeit stationsäquivalenter Behandlung für Kinder und Jugendliche
Koordination Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Suchthilfe intensivieren
Unterstützung präventiver Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, zum Beispiel Arbeitskreis Leben
Kontinuierliche Weiterentwicklung der Konzeption und Leistungsvereinbarung Schulbegleitung zur bedarfsorientierten Steuerung
Umsetzung der „Kernerwartungen“ des Landkreistages an das Land für eine gelingende Integration von UMAs, insbesondere durch Hilfen in besonders begründeten Einzelfällen über das 21. Lebensjahr hinaus und Vermeidung von Obdachlosigkeit von volljährigen ehemaligen UMAs nach Ende einer Jugendhilfemaßnahme
Familie und Umfeld
Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern „Seiltänzer“ und Projekte „Hängebrücke“ und „Trampolin“ absichern
Öffentlichkeitsarbeit zu psychischer Erkrankung, FASD und Sucht in der Familie zur Enttabuisierung durchführen und Präventionsangebote weiterentwickeln
Auswertung der bis Ende 2019 befristeten Entwicklungsphase (Konzeptionelle Module, Inanspruchnahme, niederschwellige Zugangsmöglichkeiten, personeller Bedarf) und Ableitung der mittelfristig erforderlichen Angebotsstrukturen einer psychologischen Grundversorgung psychisch belasteter Menschen mit Fluchterfahrung
Planungsprozess zur konzeptionellen Weiterentwicklung an der Schnittstelle zwischen dezentralen Psychiatrischen Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche / für Erwachsene, psychiatrischer Klinik für Erwachsene, ProJuFa, Sozialem Dienst und ggf. weiteren Erziehungshilfen vertiefen: Überregionale Exploration bestehender Best-Practice-Angebote für psychisch erkrankte bzw. hoch belastete Eltern mit kleinem Kind. Prüfung von Übertragungsmöglichkeiten (stationäres / tagesklinisches / ambulantes Setting) im Landkreis Esslingen
Schule, Ausbildung und Rehabilitation
Bedarfsüberprüfung und Schaffung eines passgenauen Angebotes der medizinischen und beruflichen Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene anschlussnah an Behandlung zur Vermeidung von Chronizität
Präventive Angebote und frühzeitige Interventionen bei Schulabsentismus umsetzen
Wohnen
Weiterentwicklung und Steuerung einer bedarfsgerechten Umsetzung komplexer Bedarfe (Betreuungskonzepte, therapeutische Hilfen, Sicherungsmaßnahmen) Leistungsträger übergreifend
Kontinuierliche Professionalisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter in den Jugendhilfe-Einrichtungen
Bei Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung: Abstimmung und Integration der Aufgaben (z.B. bezüglich der Sozialpädagogischen Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, Intensive Einzelfallhilfe)
Implementation des neuen Teilhabeverfahrens (BTHG) für die Jugendhilfe als Reha-Träger
Vernetzung
Weiterentwicklung der Kooperation hin zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbund
Ambulante Strukturen und Angebote
Kreisweites Angebot mit Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen unter Einbeziehung von Sucht und Doppeldiagnosen, ggf. speziell für chronisch suchtkranke Menschen mit Mehrfacherkrankungen
Psychiatrische Pflege soll in allen Verbänden des Landkreises vorhanden sein
Aufbau ambulanter Rehabilitation / Frührehabilitation
Verbesserung der Lotsenfunktion, Etablierung und Vertiefung von Beratung, Peerberatung
Suchtmedizinische Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte
Teilstationäre Strukturen und Angebote
Ausbau eines tagesklinischen Angebotes in Kirchheim u.T. mit der Option einer Eltern-Kind-Behandlung
Klinische Strukturen und Angebote
Modellhafter Aufbau zur stationsäquivalenten Behandlung unter Einbindung teilnehmender Leistungserbringer, ambulantes Behandlungsteam mit nachgehendem und aufsuchendem Auftrag
Aufbau einer Transitions-Station (für Adoleszenten) mit 12 vollstationären Betten bei den medius KLINIKEN

Störungsspezifische Angebote stationär entwickeln und ambulant weiterführen, Einbindung und Anknüpfung an niedergelassene Psychotherapeuten
Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur
Entwicklung spezifischer Qualifizierungsmaßnahmen auf dem 1. Arbeitsmarkt
Umsetzung des BTHG für die Bereiche andere Leistungsanbieter und Budget für Arbeit mit Klärung der Rahmenbedingungen
Personenzentrierte psychiatrische Rehabilitationsangebote über Modellvorhaben im Rahmen des BTHG aufbauen, insbesondere ambulante Rehabilitation
Weiterentwicklung der Tagesstruktur für Menschen mit seelischer Behinderung bei nicht Vorhandensein der Werkstoffähigkeit
Wohnen
Schaffung und Sicherung von Wohnraum für die Zielgruppen des Psychiatrieplanes, auch unter Berücksichtigung von barrierefreiem Wohnraum
Partizipation und Verbindlichkeit stärken, Begleitung, Anleitung, Fortbildungen der Bewohnervertretungen
Gemeinsame Versorgungsverantwortung und lösungsorientierte Teilhabeplanung
Berücksichtigung von Schnittstellen in der Weiterentwicklung der Angebote
Teilhabe verbessern, ländlichen Raum einbeziehen
Umsetzung der Anforderungen aus dem BTHG
Verkürzung der Betreuerdauer und weitere Flexibilisierung der Leistungen
Vernetzung allgemeine Psychiatrie
Umsetzung der Teilhabe- und Gesamtplanung nach BTHG
Weiterentwicklung der Verbünde und Gemeindepsychiatrischen Zentren
Stärkung der Angehörigenarbeit und der Selbsthilfe (Psychiatrie-Erfahrene) durch aktive Einbindung in die Gemeindepsychiatrischen Verbünde und Gremien
Vernetzung Gerontopsychiatrie
Absprachen und Vertiefung der fallbezogenen Zusammenarbeit
Ausbau und Weiterentwicklung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums als Teil eines Kompetenzzentrums für Altersmedizin
Qualitätsoffensive zur Prävention (Demenzkampagnen, Bündnis gegen Depression etc.)
Wohnen Gerontopsychiatrie
Ausbau der Wohnformen zwischen eigener Häuslichkeit und stationärer Einrichtung, auch Entwicklung alternativer Wohnformen mit Sozialraumbezug und in Kombination mit Tagesstruktur, speziell für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
Vorrang ambulanter und teilstationärer Unterstützungsleistungen zur Unterstützung des häuslichen Pflegearrangements
Verbesserung der ärztlichen Versorgung, abgestimmte und bedarfsorientierte ärztlich-psychiatrische Versorgung, insbesondere in den stationären Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zwischen niedergelassenen Psychiatern und PIA
Ausbau der gerontopsychiatrischen Pflege
Tagesstruktur Gerontopsychiatrie
Aufbau und Zugänge bedarfsbezogen in differenzierte Angebotsstruktur (z.B. im Quartier und in Bürgerhäusern) ermöglichen
Teilhabe- und bedarfsorientierte Tagesstruktur in Tagesstätten für Senioren mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung konzipieren
Pflege Gerontopsychiatrie
Aufbau einer Solitäreinrichtung der Kurzzeitpflege mit einem Kombinationsangebot der Tagespflege
Ausweitung der Kapazitäten der Kurzzeitpflege
Qualifizierung, Weiterentwicklung und kreisweiter Ausbau der psychiatrischen Pflege und Öffnung für die Gerontopsychiatrie
Einsatz von mehr gerontopsychiatrischen Fachkräften in der Pflege
Beratung, Begleitung und Betreuung Gerontopsychiatrie
Weiterentwicklung der Grundversorgung und der Gruppenangebote (SOFA)
Gehstruktur (aufsuchend) verbessern und Beratungsangebote zugänglicher machen (Sucht)

Unterstützung pflegender Angehörige bedarfsgerecht weiter entwickeln
Diagnostik, medizinisch-therapeutische Behandlung und Rehabilitation
Gerontopsychiatrie
Verbesserung der Zugänge zur ärztlich-therapeutischen Versorgung auch unter dem Aspekt der Barrierefreiheit
Memoryklinisches Angebot im Rahmen der Psychiatrischen Instituts- und Vorschaltambulanz in Kooperation mit SOFA unter Berücksichtigung besonderer Demenzformen vorhalten
Umsetzung von stationsäquivalenter Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten
Planung und Umsetzung von mindestens zwei gerontopsychiatrischen Tageskliniken mit je 20 Plätzen, eine vorrangig im Bereich Esslingen – Filderraum mit Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz
Erhöhung der gerontopsychiatrischen Betten bzw. Behandlungsplätze aufgrund der Zunahme hochaltriger, multimorbider und alleinlebender Menschen (Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg S. 124)
Kooperation zwischen der Geriatrie und Gerontopsychiatrie weiterentwickeln
Psychiatrisches Liaisonangebot für gerontopsychiatrische Patienten im Allgemeinkrankenhaus
Besondere Zielgruppen
PIA-Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung öffnen
Vernetzung der Hilfesysteme durch Annäherung zwischen Wohnungslosenhilfe und Gemeindepsychiatrischen Verbänden, Nutzung aufsuchender Konzepte
Für mehrfach beeinträchtigte Wohnungslose systemübergreifende und gemeinsame Angebote zwischen Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe entwickeln
Interdisziplinäres und einzelfallbezogenes Fallmanagement zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe vertiefen
Weitere Qualifizierung der Regelsysteme im Bereich Menschen mit Fluchterfahrung und psychischen Erkrankungen
Entwicklung spezifischer klinisch-therapeutischer Angebote als ärztliche / psychotherapeutische Anschlussmaßnahme bzw. Abbau der Zugangsbarrieren und Ausweitung der Kapazitäten einer psychiatrischen Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit Fluchterfahrung
Leitlinien und Steuerungselemente
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität weiter entwickeln und Wirksamkeit verbessern
Versorgungsverpflichtung erhöhen

Anlage Maßnahmenvorschläge des Psychiatrieplanes 2010-2014 und Bewertung 2018

Ambulante Hilfen	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Psychiatrische Institutsambulanz	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung von multiprofessionellen Behandlungsteams im Verbund und Klärung vertraglicher Bedingungen 	Stagnation aufgrund getrennter Finanzierungsstränge und personellen Engpässen bei PIA-Ärzten
Niedergelassene Psychiater	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung von vertraglichen Regelungen mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden zur Versorgung bestimmter Patientengruppen 	Einbindung Psychiater in Verbände umgesetzt, vertragliche Regelungen nicht weiter verfolgt
Sozialpsychiatrische Dienste	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung eines Stundenbudgets / Regionalbudgets zur Vermeidung von Leistungen im Wohnen oder bevor Leistungen zum betreuten Wohnen eintreten Prüfung der Einführung ambulanter Rehabilitationsleistungen Anpassung von Zuständigkeiten und Einwohnerzahlen 	Budget und Rehabilitationsleistungen nicht umsetzbar, Verbesserung der Finanzierung durch Erhöhung der Landeszuschüsse ab 2013 und Erhöhung des Kreiszuschusses für Grundversorgung ab 2017
Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> Erhalt und Weiterentwicklung der Soziotherapie als ein Baustein der Sozialpsychiatrischen Dienste Einflussnahme auf eine sachgerechte Anpassung der Richtlinien, Zulassungsbedingungen, Verordnungs- und Genehmigungspraxis. 	Bessere Bedingungen für Zulassung Soziotherapie und Änderungen durch den gemeinsamen Bundesausschuss umgesetzt
Ambulante psychiatrische Pflege	<ul style="list-style-type: none"> Flächendeckende Umsetzung der Versorgung mit häuslicher psychiatrischer Krankenpflege Schaffung von sachgerechten Übergängen zur Verwirklichung ambulanter psychiatrischer Pflegedienste 	Finanzierung nach wie vor schwierig, allerdings Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch Berücksichtigung von psychischen Hilfen (PSG II, III)
Beratungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> Absprachen zu Übergängen zwischen den Beratungssystemen treffen Entwicklung eines gemeinsamen Angebotes zum Beispiel für Kinder psychisch kranker Eltern 	Kontakte punktuell oder auf Verbundebene, Projekt Seitwärts über Spenden partiell fortgesetzt

Teilstationäre Hilfen	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Tageskliniken	<ul style="list-style-type: none"> Ausbau auf 4 tagesklinische Standorte im Landkreis mit dann insgesamt 95 Plätzen (allgemein erwachsenpsychiatrische Tagesklinikplätze) Prüfung tagesklinischer Angebote für Suchtpatientinnen /Suchtpatienten 	Ein Ausbau ist abhängig von einer weiteren Anpassung der Bettenzahl durch das SM bzw. den Landeskrankenhausausschuss Nicht weiter verfolgt, Bedarf nicht ersichtlich

Stationäre Hilfen	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Kliniken	<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung durch Umzug der Klinik von Nürtingen nach Kirchheim anpassen Prüfung der Behandlungsmöglichkeiten zu Hause („home treatment“) 	Laufender Prozess, Anpassung erfolgt Durch Stationsäquivalente Behandlung ergeben sich neue Perspektiven

Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Tagesstätten für psychisch Kranke	<ul style="list-style-type: none"> Ausbau von Ergotherapie an allen Tagesstätten Neufassung der Richtlinien zur Finanzierung der Tagesstätten (Beschluss des Sozialausschusses Juli 2008) Intensivierung der Übergänge aus den Tagesstätten in Ausbildung, Arbeit und berufliche Rehabilitation Erweiterung der Öffnungszeiten an Wochenenden unter Beteiligung von Volunteers und Psychiatrie-Erfahrenen 	Status quo besteht Neufassung der Leistungen in den Tagesstätten durch Beschluss des SoA Nov 2013, Verbesserung in der Finanzierung und Vorhalten von Arbeitsangeboten in den Tagesstätten
Werkstätten für seelisch behinderte Menschen	<ul style="list-style-type: none"> Klärung der Bedarfslagen für Ältere, aus der Werkstatt ausscheidende Beschäftigte Vertragliche finanzielle Regelung der Teilzeitbeschäftigung in der WfbM (Umsetzung ab 2010) Neue Tätigkeitsfelder zum Beispiel im Dienstleistungssektor erschließen Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verbessern Umsetzung eines persönlichen Budgets Arbeit bei passendem Einzelfall Moderate Anpassung der Platzzahlen (belegte zu vereinbarten Plätzen) 	Erste konzeptionelle Überlegungen zwischen Sozialplanung und Leistungserbringern Nicht weiterverfolgt Befassung im Rahmen der Netzwerkkonferenz Wird durch das Bundesteilhabegesetz abgesichert, Budget für Arbeit, Arbeit inklusiv Durch Außenarbeitsplätze und Auslagerung eines Berufsbildungsbereiches realisiert
Hinzuverdienst	<ul style="list-style-type: none"> Bedarfserhebung, konzeptionelle Prüfung und ggf. Abschluss einer Vereinbarung und Mitteltransfer aus den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen 	Umwidmung der intensiven Tagesstätten-Betreuung in eine Finanzierung eines Arbeits- und Beschäftigungsangebotes
Werkstätten / Integrationsprojekte / Arbeitsmarkt	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung von Übergängen aus den Werkstätten in Integrationsprojekte bzw. den allgemeinen Arbeitsmarkt durch Vernetzung der Bereiche unter engmaschiger Beteiligung des Integrationsfachdienstes 	Im Einzelfall gelungen, strukturell im Rahmen der Netzwerkkonferenz
Integrationsfachdienst	<ul style="list-style-type: none"> Erarbeitung von Profilen und Optimierung der Übergänge Vernetzung Hilfen u. psychiatrischen Versorgung 	Thematisierung in der Netzwerkkonferenz
Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke	<ul style="list-style-type: none"> Übergänge zwischen der medizinischen, beruflichen und sozialen Wiedereingliederung intensivieren und Rehabilitanden gezielt auf RPK-Maßnahmen vorbereiten 	Zeitweise Sprechstunde RPK durchgeführt, Beteiligung der Psychiatrieplanung des Landkreises in einer AG „psychiatrische Reha“ auf Landesebene
Rehabilitationsträger	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzung von unterstützter Beschäftigung im Zusammenwirken mit den zuständigen Rehabilitationsträgern Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für erwerbsfähige psychisch erkrankte Menschen (Projekte) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX 	Offen Fortsetzung Integration psychisch belasteter Menschen in Arbeit (IPMA)

Wohnen	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
	<ul style="list-style-type: none"> Bewertung flexible Betreuungskonzepte, Hilfebedarfsbemessungsinstrument und Finanzierung (Modellprojekt) Bedarfsbezogene Anpassung der Platzzahlen mit jährlich fortzuschreibenden Zahlen (Zielquote ambulant zu stationär = 90:10) Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer und Nutzung der flexiblen Übergänge ins ambulant betreute Wohnen Ausbau des Fallmanagements (FM) und Qualitätssteigerung durch individuelle Hilfeplanung und Umsetzung Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Wohnen Verringerung der Belegungen durch andere Stadt- und Landkreise in den stationären Einrichtungen im Kreis Auflösung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Betreuung Nutzung multiprofessioneller Kompetenzen im betreuten Wohnen Ausbau der Vernetzung in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden, insbesondere Nutzung von trägerübergreifenden Ressourcen im Wohnen Anpassung und Entwicklung des betreuten Wohnens für Senioren mit seelischer Behinderung Vorhalten eines Einzelappartements in der Nähe einer stationären Einrichtung, um für geeignete Leistungsberechtigte eine selbstständige Wohn- bzw. Lebenssituation erproben zu können Prüfung des Bedarfes an geschlossenen Plätzen Schaffung bzw. Bereitstellung von bezahlbarem Wohnraum 	<p>Stand der Umsetzung</p> <p>Konzeptionelle und vertragliche Regelungen zum ambulant betreuten Wohnen mit 5 Stufen und Vergütungen vollzogen</p> <p>Ausbau stationäre Plätze durch Einrichtungsplanung (12 Plätze in ES)</p> <p>In wenigen Einzelfällen erreicht</p> <p>FM ausgebaut, Fortbildung IBRP durchgeführt, Intensivierung der Hilfeplanung, weitere Erfordernisse durch BTHG zu erwarten</p> <p>Nicht erreicht, nach wie vor etwa 40% Anteil andere Kreise</p> <p>Durch gesetzliche Grundlagen (Bundesteilhabegesetz) sind Voraussetzungen geschaffen, Umsetzung ab 2020</p> <p>Durch Leistungsvereinbarung ermöglicht</p> <p>Teilweise im Rahmen von Verbundabsprachen umgesetzt</p> <p>Konzeptionelle Überlegungen begonnen</p> <p>Nicht umgesetzt, besser Platzieren und Trainieren</p> <p>Auswertung für 2012 und 2013 erfolgt, Einrichtungsplanung für 12 + 12 Plätze in Esslingen</p> <p>Mitwirkung am Fachtag Wohnen, Konkretisierung auf GpV-Ebene</p> <p>Gespräche in regelmäßigen Abständen mit der BruderhausDiakonie und dem Landkreis Reutlingen</p>
Landkreisexternes Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> Fortsetzung der Gespräche mit den Einrichtungsträgern, insbesondere aus Reutlingen zu Einzelfalllösungen und strukturellen Veränderungen 	

Ergänzende Hilfen, Selbsthilfe und Vernetzung	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Freizeit- und Kontaktbereich	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Koordination, der Planung und ggf. Durchführung verbundgestützter Angebote 	Umsetzung auf Verbundebene erfolgt
Psychiatrie-Erfahrene	<ul style="list-style-type: none"> Mehr Information und Transparenz zu psychiatrischen Strukturen und Entscheidungsabläufen Unterstützung der Psychiatrie-Erfahrenen zur Teilhabe an den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und zur Bildung einer kreisweiten Vertretung in den Gremien 	Beitrag durch Hefte Sichtweisen Verbundebene teilweise umgesetzt
Beschwerdestelle	<ul style="list-style-type: none"> Erhalt der Unabhängigkeit der Beschwerdestelle und Erhöhung ihres Bekanntheitsgrades 	Umsetzung der IBB-Stelle mit finanzieller Ausstattung durch Landesmittel auf Grundlage des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes
Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> Stärkung der Partizipation der Angehörigen 	Unterstützung des Kreisbeirates durch Verwaltung
Volunteers	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungsaustausch der „psychiatrischen Volunteers“ auf Landkreisebene Gewinnung von ehrenamtlich Engagierten für die Leistungsberechtigten in der Wohnbetreuung und bei Freizeitangeboten 	Nicht realisiert Auf Verbundebene teilweise umgesetzt
Gemeindepsychiatrische Verbände	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhung der Verbindlichkeit und Weiterentwicklung gemeinsamer Standards (zum Beispiel Öffentlichkeitsarbeit, Hilfeplanverfahren, Stärkungen und Flexibilisierung von Übergängen) 	Durch Anregungen in den Gremien unterstützt

Besondere Zielgruppen	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Menschen mit Doppeldiagnosen und Suchthilfe	<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung der Hilfesysteme durch Annäherung Hilfen an die Gemeindepsychiatrischen Verbände 	Partielle Kontakte der Hilfesysteme, Übergänge im Einzelfall, Beteiligung an fachlichem Austausch
Wohnungslose psychisch kranke Menschen	<ul style="list-style-type: none"> Öffnung der psychiatrischen Hilfe für die Klienten der Wohnungslosenhilfe, sofern eine psychische Erkrankung vorliegt Hilfeplanverfahren in der Wohnungslosenhilfe nutzen 	Abspraken und Kontakte über Verbände wird umgesetzt
Schnittstelle zur Jugendhilfe	<ul style="list-style-type: none"> Fachliche Annäherung der Fallsteuerung sowie Hilfeplanung zwischen Jugend- und Eingliederungshilfe Entwicklung von passgenauen Betreuungskonzepten für junge volljährig gewordene Menschen mit psychischer Erkrankung Qualifizierung von zwei Fachkräften für individuellen Kinderschutz pro Gemeindepsychiatrischem Verbund (eingeleitet in 2009) Bedarfsbezogene Ausweitung von Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern und Betreuung für Eltern und Kinder (z.B. Mutter-Kind-Einrichtung) 	Regelung zwischen Jugend- und Eingliederungshilfe getroffen Erweiterung durch Angebot der beruflichen Reha (CJD) in Kirchheim Austausch erfolgt
Forensik	<ul style="list-style-type: none"> Strukturelle Beteiligung in der erweiterten Clearingstelle vorgeschlagen (Umsetzung ab Oktober 2009 eingeleitet) Berücksichtigung der Belange der psychisch erkrankten Menschen aus der Forensik durch die Gemeindepsychiatrischen Verbände Prüfung der Einführung einer forensischen Ambulanz 	Unterstützung zur Spendenakquise für Seiltänzer Umgesetzt und bedarfsbezogen thematisiert
Geistige Behinderung und psychische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> Qualifizierung an der Schnittstelle der psychiatrischen Versorgung und der Behindertenhilfe Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgungsstrukturen im Landkreis, damit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung ambulant aufgesucht werden können 	Einzelfallbezogene Behandlung im Rahmen der Überleitung Im Rahmen der Behindertenhilfe in Arbeitsgruppe thematisiert

Psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung eines Fallmanagements in der Hilfe zur Pflege für unter 65-jährige psychisch Kranke • Umsetzung einer entwicklungsorientierten Pflegeplanung mit den Leistungserbringern bezogen auf den Einzelfall (auch Prüfung der Übergänge in ambulante oder andere Maßnahmen) • Weiterentwicklung der Konzeption psychiatrische Fachpflege in St. Vinzenz und Beteiligung an den Gremien im psychiatrischen Versorgungssystem • Berücksichtigung von Migrationserfahrungen in der Behandlung ausländischer Mitbürger und engere Beteiligung der ausländischen Sozialberatung an der Betreuung • Einstieg über Hilfen in Krisen für im Gemeindepsychiatrischen Verbund „bekannte“ Klienten, Prüfung trägerübergreifender Finanzierung und Aufbau einer Krisenversorgung • Stärkere Vernetzung der rechtlich geführten Betreuungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem durch organisatorische Einbindung der Arbeitsgemeinschaft Betreuungswesen (jährlich ein Treffen) unter das Dach des Psychiatrie-Arbeitskreises • Sozialraumorientierte Bezüge zwischen rechtlichen Betreuern und den Gemeindepsychiatrischen Verbänden herstellen 	<p>Auswertung der stationären Hilfen im Rahmen der Hilfe zur Pflege erfolgt, einzelfallbezogene Übergänge realisiert, Beteiligung an KJVS-Auswertungen</p> <p>Neue Konzeption für Appartementsbereich aufgelegt, teilweise Ambulantisierung stationärer Pflegeplätze erfolgt</p> <p>Entwicklung einer Konzeption Traumatisierung im Zuge der gestiegenen Zahlen von Menschen mit Fluchterfahrung und psychischer Belastung</p> <p>Aufgrund mangelnder Finanzierung offen</p> <p>Kontakte mit gesetzlichen Betreuern im Rahmen der Hilfeplangespräche intensiviert, strukturelle Einbindung offen</p>
Psychische Störungen und Migration		
Krisen- und Notfallversorgung		
Rechtliche Betreuungen		

Leitlinien und Steuerungselemente	Maßnahmenvorschläge	Stand der Umsetzung
Versorgungsverpflichtung	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivierung der Versorgungsverpflichtung 	offen, Handlungsbedarf gegeben
Flexible Finanzierungs- und Betreuungsformen	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Wirksamkeit und Übertragbarkeit des Modellprojektes gemeindeflexibel betreutes Wohnen auf den gesamten Landkreis 	umgesetzt ab 2015
Persönliches Budget	<ul style="list-style-type: none"> • Gewinnung von mehr Leistungsberechtigten für die Form des Persönlichen Budgets anstelle von Sachleistungen 	Bewerbung durch Verwaltung, Angebote fehlen
Psychiatriebudget / Regionalbudget / Leistungserbringerbudget	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Eingliederungshilfeindex als Qualitätsmerkmal in der psychiatrischen Versorgung • Prüfung der Einführung eines Budgetmodells (ggf. Vorarbeiten gegen Ende des Planungszeitraumes) 	Index für Inklusion als mögliche Grundlage, Wirksamkeitsorientierung des BTHG eröffnet Möglichkeiten
Integrierte Versorgung (IV)	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung eines Vertragsabschlusses der integrierten Versorgung zur Erstversorgung unter Beteiligung der Kreiskliniken, der Tageskliniken und der ambulanten Leistungen (PIA; Soziotherapie) mit einer Krankenkasse 	Nicht weiter verfolgt aufgrund komplexer rechtlicher und finanzieller Fragestellungen
		Bislang keine Vertiefung erfolgt

Bewertung: Stand der Umsetzung 2018
gez. Michael Köber

Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung Landratsamt Esslingen

Kontakt

Landratsamt Esslingen
Pulverwiesen 11
73726 Esslingen am Neckar

Amt für besondere Hilfen
Behindertenhilfe- und
Psychiatrieplanung

Telefon 0711 3902-42634
Telefax 0711 3902-52634
Koeber.Michael@LRA-ES.de

www.landkreis-esslingen.de

Oktober 2018