



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

**Erhebung zur Versorgung psychisch kranker Menschen
in unterstützten Wohnformen der Eingliederungshilfe
und der Pflege in vier Regionen Baden-Württembergs**

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	- 5 -
Mitglieder der Arbeitsgruppe	- 8 -
1 Die Entwicklung der Wohnversorgung in Baden-Württemberg.....	- 9 -
1.1 Die Folgen der Psychiatrie-Enquête für die Betreuung „chronisch psychisch Kranker“..	- 9 -
1.2 Alternativen zu der Langzeitunterbringung in psychiatrischen Kliniken.....	- 10 -
1.3 Landesmodellprogramm Baden-Württemberg	- 11 -
1.4 Enthospitalisierungsprogramme	- 13 -
1.5 Personenzentrierter Ansatz.....	- 14 -
1.6 Systematisierung gemeindepsychiatrischer Versorgung	- 15 -
1.7 Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes.....	- 16 -
1.8 Kommunalreform und die Auswirkung auf die Wohnversorgung.....	- 18 -
1.9 Kennzahlenvergleich der Wohnangebote der Eingliederungshilfe	- 19 -
1.10 Änderungen der Struktur unterstützten Wohnens	- 21 -
1.11 Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrische Versorgung.....	- 22 -
1.12 Geschlossene Wohnversorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe	- 23 -
1.13 Weiterentwicklung der Wohnversorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe im Anschluss an die Kommunalreform	- 24 -
1.14 Situationsanalyse zum Stand der Leistungen für Menschen mit Behinderungen	- 26 -
1.15 Pflegeheime für Menschen mit seelischer Behinderung	- 27 -
1.16 Pflege anstelle von Eingliederungshilfe	- 29 -
1.17 Stand der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg	- 30 -
1.17.1 Klinische Versorgung.....	- 30 -
1.17.2 Wohnversorgung	- 31 -
1.18 Der Gemeindepsychiatrische Verbund als Steuerungsinstrument der Versorgung schwer beeinträchtigter psychisch erkrankter Menschen	- 37 -
2 Erhebung in Wohn- und Unterstützungsformen der Eingliederungshilfe und der Pflege	- 38 -
2.1 Untersuchte Wohntypen	- 39 -
2.2 Datenerhebung.....	- 41 -
2.3 Datenauswertung	- 42 -
2.4 Exkurs: Befragung der Versorgungsbedarfe der Kliniken und Abteilungen	- 43 -
2.4.1 Ergebnisse der Befragung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen	- 43 -
2.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	- 45 -
2.4.3 Diskussion der Ergebnisse	- 45 -
2.5 Ergebnisse der Untersuchung zum unterstützten Wohnen.....	- 46 -
2.5.1 Ergebnisse der Gesamterhebung	- 46 -
2.5.2 Leistungsträgerperspektive	- 48 -
2.5.3 Transfers zwischen den Kreisen.....	- 49 -
2.6 Leistungen der Eingliederungshilfe.....	- 51 -

2.6.1	Wohnformen der Eingliederungshilfe (Soziale Teilhabe)	- 51 -
2.6.2	Teilhabe am Arbeitsleben und an Bildung.....	- 56 -
2.7	Nutzung stationärer Pflegeeinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung	- 57 -
2.8	Exkurs: Vergleich Pflege - Eingliederungshilfe.....	- 59 -
2.9	Diagnoseverteilung und fachliche Hilfen in Psychiatrischen Fachpflegeheimen	- 61 -
2.10	Zusammenfassung der Ergebnisse	- 63 -
3	Schlussfolgerungen	- 68 -
4	Zitierte Literatur:	- 70 -
5	Anhang 1: Empfehlung des Landesarbeitskreises Psychiatrie.....	- 73 -
6	Anhang 2: Teilnehmende Einrichtungen	- 79 -
7	Anhang 3: Auswertung der Herkunft in den Einrichtungen der Landkreise	- 81 -

VORWORT



Die Betreuung und Versorgung von psychisch schwer kranken und beeinträchtigten Menschen ist eine Aufgabe, die sektorenübergreifendes Engagement erfordert. Eine Schlüsselrolle nehmen dabei wohnortnahe Angebote und deren Vernetzung ein. Insbesondere eine bedarfsgerechte Wohnversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen muss dabei sichergestellt werden, in der – wie es das Bundesteilhabegesetz (BTHG) vorschreibt – Leistungen der Eingliederungshilfe zur beruflichen und sozialen Teilhabe erbracht werden.

Es ist mir ein besonderes Anliegen, bedarfsgerechte Angebote der Rehabilitation, Teilhabe und Pflege in unserem Land weiter auszubauen. Hierzu hat der Landesarbeitskreis Psychiatrie eine Erhebung von Angeboten in Pflegeheimen für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen gemacht und Vorschläge für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote erarbeitet.

Insbesondere die langfristige Anschlussversorgung ist nach wie vor herausfordernd, da sie sich bislang häufig nicht nach dem Bedarf bestimmt, sondern nach der Verfügbarkeit freier Plätze in Wohneinrichtungen. In der Folge erhalten Personen mit komplexem Hilfebedarf nach einem Klinikaufenthalt viel zu oft nur in einem Pflegeheim außerhalb ihres Heimatlandkreises einen Wohnplatz.

Wir müssen alle an einem Strang ziehen, um Menschen mit Behinderungen künftig die individuelle Unterstützung zur gesellschaftlichen Teilhabe zukommen zu lassen, auf die sie einen Anspruch haben – so wie es das BTHG einfordert. Es geht zukünftig also nicht mehr um die quantitative Bereitstellung von Plätzen, sondern um die Umsetzung des Rechtsanspruchs von allen Menschen mit seelischer Behinderung auf Leistungen der wohnortnahen Rehabilitation, Teilhabe und Pflege.

Ich danke den Mitgliedern der Arbeitsgruppe des Landesarbeitskreis Psychiatrie für ihren wichtigen und von mir sehr wertgeschätzten Einsatz, den sie mit dieser Erhebungsarbeit geleistet haben. Dadurch haben sie die Defizite der wohnortnahen Versorgung im Land Baden-Württemberg identifiziert. Auf dieser Grundlage können wir nun zielgerichtete Verbesserungen auf den Weg bringen und gestalten. Lassen Sie uns das BTHG mit Leben füllen.

Herzlich, Ihr
Manne Lucha
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration

Einführung

Im Bundesvergleich liegt in Baden-Württemberg die Zahl der Leistungsempfänger mit psychischen Erkrankungen in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe je 1.000 Einwohnern am niedrigsten. Demgegenüber hat eine Untersuchung des KVJS herausgefunden, dass ein beträchtlicher Teil der Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen unter 65 Jahren in Pflegeheimen versorgt werden. Offensichtlich wurde in Baden-Württemberg im Zuge der Rechtsformänderung der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, die zeitgleich mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erfolgte, die Langzeitversorgung schwer psychisch erkrankter Personen stärker auf Pflegeeinrichtungen verlagert als auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Insbesondere die Versorgung psychisch kranker Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen wurde in Stadt- und Landkreisen ohne Gemeindepsychiatrischen Verbund mit gemeinsamer Versorgungsverpflichtung durch Pflegeheime gelöst, die sich zum Teil mit geschlossenen Gruppen auf diese Klientel konzentrierten. Durch die starke Reduzierung der Verweildauer waren die psychiatrischen Kliniken bei erforderlicher Anschlussversorgung und fehlenden Plätzen der Eingliederungshilfe in ihrer Region gezwungen, auf diese Möglichkeit zurückzugreifen.

Problemanzeigen der psychiatrischen Kliniken und des öffentlichen Gesundheitsdienstes wegen fehlender Hilfen im Anschluss an die Behandlung in der psychiatrischen Klinik wurden in der Sitzung des Landesarbeitskreises (LAK) Psychiatrie im Jahre 2017 eingebracht. Auch die Stadt- und Landkreise hatten im Zuge der Situationsanalyse des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) darauf hingewiesen, dass die Problematik im Rahmen der Eingliederungshilfe gelöst werden müsse. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration nahm dies zum Anlass, das Instrument des LAK Psychiatrie entsprechend den Vorgaben des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) mit einer Geschäftsordnung zu versehen. In der Geschäftsordnung wurde die Einsetzung von Arbeitsgruppen festgelegt, die spezifische Fragen zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems bearbeiten sollten.

In der Sitzung des LAK-Psychiatrie am 09.07.2019 wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe zu dem Thema „Langfristige Anschlussversorgung an psychiatrische Klinikbehandlung“ einzurichten. Da es nicht um ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen geht, wurde die in der Sitzung diskutierte Teilnehmerliste nochmals modifiziert. Die Arbeitsgruppe unterbreitete in der Sitzung des LAK-Psychiatrie vom 02.07.2020 einen Vorschlag „Zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf im Anschluss an den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik“, der angenommen und über die teilnehmenden Verbände an ihre Mitglieder verteilt wurde (Anlage 1).

Es wurden drei Themen bearbeitet und entsprechende Empfehlungen gegeben. Zielgruppe sind Menschen, die gemäß § 1 PsychKHG aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind. Behindert oder von Behinderung bedroht nach der Begriffsbestimmung des SGB IX sind Menschen, die körperliche, *seelische*, geistige oder *Sinnesbeeinträchtigungen* haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Thema 1: Gemeindepsychiatrischer Verbund

§ 7 PsychKHG sieht auf Ebene der Stadt- und Landkreise die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV) vor, in denen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste zum Zwecke der Kooperation zusammenschließen. Auf der Grundlage einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung verfolgen sie das Ziel, eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung für Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind, zu erreichen.

Empfehlung: Die Moderation des Prozesses der Versorgungsentwicklung im Rahmen des GPV wird unter Zugrundelegung der Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. empfohlen.

Thema 2: Entlassplanung der Kliniken

Ein besonderes Augenmerk wird bei der Umsetzung auf das Qualitätskriterium der tatsächlichen Einbeziehung aller Leistungsträger, auf den Prozess der Teilhabe- und Gesamtplanung und die Umsetzung von Unterstützungsleistungen zu richten sein. Das BTHG hat das Ziel, das Recht von Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang mit einer seelischen Beeinträchtigung auf individuell erforderliche Leistungen der Rehabilitation umzusetzen. § 13 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Erfassung des Vorliegens einer Behinderung nach dem in § 2 SGB IX definierten neuen Behinderungsbegriff und zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Bedarfs. Hierzu bietet die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine geeignete Vorlage.

Empfehlung: Die Entlassplanung für den betreffenden Personenkreis muss sich an der Bedarfsermittlung im Sinne von § 13 SGB IX orientieren. Sie ist frühzeitig und umfänglich zu initiieren und relevante Leistungsträger sind einzubeziehen.

Thema 3: Der Weg zur Leistungserbringung

Mit dem BTHG hat sich das Verfahren zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe elementar verändert. Während bei komplexen Problemlagen in der Vergangenheit die Kliniken oder der SpDi auf der Grundlage der Schwere der Erkrankung ein geeignetes Angebot für die Anschlussversorgung gesucht haben, wird nunmehr die Feststellung des individuellen Bedarfs für Teilhabe- und Pflegeleistungen im Rahmen des Gesamtplans durch den Träger der Eingliederungshilfe in den Mittelpunkt des Verfahrens gerückt.

Empfehlung: Der Übergang von der klinischen Behandlung zu weitergehenden Leistungen der Teilhabe und Pflege sollte so geplant werden, dass die Personen nach 1.2 dieser Empfehlung ein Angebot in der Nähe ihres Wohnorts erhalten, sofern sie dies wünschen (Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX). Eine frühzeitige Abstimmung der Ziele und Bedarfe der leistungsberechtigten Person zwischen Klinik, Träger der Eingliederungshilfe und Leistungserbringer in der Region ist daher unabdingbar. Handlungsleitend für die Leistungen der Eingliederungshilfe sind die Aussagen zur Leistungserbringung des Landesrahmenvertrages für Baden-Württemberg gemäß § 131 Abs. 1 SGB IX.

Als **4. Thema** erhält die Arbeitsgruppe die Aufgabe, Vorschläge für die Regionalisierung der Wohnbetreuung für langfristig schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen zu machen. Erst mit der Regionalisierung der Versorgung können die Träger der Eingliederungshilfe, die mit dem BTHG intendierte Steuerung des Leistungsgeschehens übernehmen. Um die regionale Versorgung steuern zu können, muss der Ist-Zustand der psychiatrischen Wohnversorgung eingeschätzt werden. Da eine Gesamterhebung in den 44 Stadt- und Landkreisen einen erheblichen Zeit- und Geldaufwand erfordern würde, hatte sich die AG entschlossen, zunächst eine Erhebung in vier Landkreisen mit einer größeren Anzahl von Heimen mit einem (zusätzlichen) Versorgungsvertrag nach SGB XI durchzuführen.

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Albrecht	Stefan	Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen Sozialdienst
Blankenfeld	Christine	Ministerium für Soziales, Gesundheit, und Integration, Referat 35, Sozialhilfe/Eingliederungshilfe
Borbé, Dr.	Raoul	ZfP Südwürttemberg Geschäftsbereichsleiter Arbeit und Wohnen,
Bullenkamp, Dr.	Jens	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) Mannheim, Leiter Abteilung Gemeindepsychiatrie
Ehret	Alfred	Landesverband Angehöriger psychisch Kranker Baden-Württemberg (LVApKBW) – ausgeschieden im Mai 2021
Fritsch	Rachel	Landesverband Angehöriger psychisch Kranker Baden-Württemberg LVApKBW
Grünes, Dr.	Gerrit	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), Sozialplanung
Goldbach	Harald	Rems-Murr-Kreis, Sozialplaner
Hartmann-Rahm, Dr.	Claudia	ZfP Südwürttemberg, Ärztliche Leitung, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Hellwich	Uwe	Weinsberger Hilfsverein e.V. (Liga), Geschäftsführung
Höflacher	Rainer	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW)
Knies	Thomas	Habila GmbH (BWKG)
Creuz, Dr.	Steffen	ZfP Klinik Schloss Winnenden, Chefarzt Allgemeinpsychiatrie (bis 30.09.2020)
Klein, Dr.	Marianne	ZfP Klinik Schloss Winnenden, Ärztliche Direktion (ab 01.10.2020)
Kleinknecht-Strähle, Dr.	Ulrike	Landkreis Emmendingen, Sozialdezernentin
Kluza	Rainer	Gemeindepsychiatrische Hilfen Reutlingen, GPrt (Liga)
Metzger	Harald	Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW)
Obert, Dr.	Klaus	Caritasverband Stuttgart (GPV), Leitung Sozialpsychiatrie, Sucht
Potthoff	Jasmin	SpDi Mannheim, Leitung (Liga)
Tietze	Rosel	Stadt Stuttgart, Städtetag
Wiesner	Rainer	Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Haase	Sonja	Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (LVApKBW) – Mitglied seit Juni 2021

Leitung der Arbeitsgruppe: **Dr. Michael Konrad**, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Referat Psychiatrie, Sucht

1 Die Entwicklung der Wohnversorgung in Baden-Württemberg

1.1 Die Folgen der Psychiatrie-Enquête für die Betreuung „chronisch psychisch Kranker“

Die Psychiatrie-Enquête hatte als schockierendes Ergebnis festgestellt, dass chronisch psychisch kranke Menschen „unter elenden und menschenunwürdigen Verhältnissen“ jahrzehntelang in psychiatrischen Anstalten versorgt wurden und dass die Zahl der Patienten seit dem Ende des 2. Weltkriegs stark angestiegen war. Auch die Einführung der Psychopharmaka in den 1960er Jahren hatte den Trend nicht gestoppt. Nach dem Vorbild anderer westlicher Industriestaaten war die Psychiatrie-Enquête darauf ausgerichtet, die psychiatrische Anstalt zu einem modernen Krankenhaus zu transformieren, in dem ausschließlich akut erkrankte Patienten zeitlich befristet zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden. Langzeitverläufe in der Klinik sollte es nicht mehr geben.

In Baden-Württemberg übernahm das PLK Weinsberg die Vorreiterrolle bei der Verlegung von Langzeitpatienten in Heime. Der neu eingesetzte Klinikleiter Prof. Reimer war Mitglied der Expertenkommission der Bundesregierung und startete unmittelbar nach seinem Arbeitsbeginn mit der Umstrukturierung der Anstalt (Jahresbericht PLK Weinsberg 1970). Neben der Verlegung in Pflegeheime initiierte er den Aufbau eines Hilfsvereins, der Wohnangebote für chronisch psychisch kranke Menschen schuf. Die anderen Landeskrankenhäuser begannen nach der Veröffentlichung des „Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ in großem Stil mit der Verlegung der Langzeitpatienten in ehemalige Heime für Tuberkulosekranke und andere Erkrankungen bzw. Behinderungen, vorwiegend in ländlichen Gegenden auf der Schwäbischen Alb, dem Allgäu, oder dem Schwarzwald.

Im PLK Weissenau halbierte sich die Zahl der Patienten von etwas über 1000 auf 500 im Zeitraum von weniger als 10 Jahren. Die Einrichtungen wurden entsprechend der Besetzung auf den Langzeitstationen der PLK als Pflegeheime über die Sozialhilfe finanziert, die Verhältnisse in diesen Einrichtungen waren in der Regel schlechter als in den PLK. Als entlassfähig galt, wer sich nicht durch die Verschlechterung des psychischen Zustandes gegen die Verlegung wehrte. Kliniken in kreisfreien Städten, die keine Langzeitversorgung anboten, verlegten die Langzeitpatienten in die PLK und zunehmend in Pflegeheime.

1.2 Alternativen zu der Langzeitunterbringung in psychiatrischen Kliniken

Gegen Ende der 1970er Jahre wurden die ersten Hilfeformen geschaffen, mit denen die therapeutische Kette nach Intention der Enquête in Gang gesetzt werden sollte. Ein zentrales Anliegen der Psychiatrie-Enquête war es, die langfristige Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde zu verlegen. Die vollstationäre Versorgung sollte nur noch der Akutbehandlung dienen und die Patient:innen schrittweise in das gesellschaftliche Leben reintegrieren. Dazu wurden mögliche gemeindepsychiatrische Angebote in einem Standardversorgungsgebiet aufgezeigt (siehe u.st. Abbildung). Im Rahmen des Bundesmodellprogramms sollten die komplementären Angebote erprobt und anschließend regelmäßig eingeführt werden. In Stadtstaaten und in Bundesländern mit hoher Einwohnerdichte war dies grundsätzlich realisierbar. In Bundesländern mit vielen Flächenlandkreisen war die Realisierung nahezu unmöglich. In Baden-Württemberg existierten neun Landeskrankenhäuser mit zum Teil sehr großen Einzugsgebieten. Schon die Einführung des nächsten Kettenglieds, der Tagesklinik, blieb zunächst auf wenige Standorte wie Winnenden und Tübingen begrenzt. Die PLK durften nur innerhalb ihres Geländes Leistungen erbringen.

ABBILDUNG 1 Gemeindeintegrierte psychiatrische Angebote in der Psychiatrie-Enquete (vgl. Deutscher Bundestag 1975, S. 29)

GEMEINDEINTEGRIERTE PSYCHIATRISCHE ANGEBOTE					
Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen	Halbstationäre Dienste	Stationäre Dienste	Komplementäre Dienste	Spezielle rehabilitative Dienste	Dienste für Behinderte
—	—	—	—	—	—
Ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nacht-kliniken	Psychiatrische Abteilungen an Allgemein-krankenhäusern	Übergangsheime	Werkstätten für Behinderte	Einrichtungen zur Früh-erkennung, Frühdiagnose und Früh-behandlung
—	—	—	Wohnheime für besondere Patienten-gruppen	—	Frühdiagnose und Früh-behandlung
Psycho-therapeutische / psycho-somatische Polikliniken	Tageskliniken und Nacht-kliniken für besondere Patienten-gruppen	Psychotherapeutische / psycho-somatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemein-krankhäusern	—	Beschützende Arbeitsplätze	—
—	—	—	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen	—	Sonder-kindergärten
Fachambulanzen	—	—	Familienpflege	—	—
—	—	—	—	—	Sonderschulen
—	—	—	Tagesstätten	—	—
—	—	Geronto-psychiatrische Abteilungen	—	Patientenclubs	Wohnangebote
—	—	—	—	—	Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
—	—	Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	—	Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfach-behinderte	—

Aus: Konrad & Dellmann (2022) S. 21

1.3 Landesmodellprogramm Baden-Württemberg

Da sich Baden-Württemberg nicht am Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung (1979) in 14 Modellregionen beteiligt hatte, wurde ein Landesmodellprogramm durchgeführt, das vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wissenschaftlich begleitet wurde (Rössler et al. 1985). Der wesentliche innovative Schritt in Richtung außerstationärer Versorgung war die modellhafte Erprobung der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in 10 Modellregionen, die im Anschluss flächendeckend in allen Stadt- und Landkreisen eingeführt wurden.

Die Regionen übergreifende Auswertung der Modellprojekte (ebd., S. 451-489) erbrachte folgende Ergebnisse:

In den **Sozialpsychiatrischen Diensten** wurde eine stärkere soziale Verankerung der Klient:innen als in der komplementären Versorgung festgestellt, ebenso eine geringere Chronifizierung. Der Anteil der Klient:innen, die erwerbs-/berufstätig waren, lag etwas über 20 % und damit deutlich höher als heute. Diagnostisch wurden etwa ein Drittel den schizophrenen Psychosen und etwas mehr als 40 % Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen nicht-psychotischen Diagnosen zugeordnet. Die Personengruppe mit nicht-psychotischen Diagnosen war im großstädtischen Bereich deutlich höher, während sie im mittelstädtischen Bereich gleich groß war. Affektive Psychosen spielten in allen Diensten eine untergeordnete Rolle. Die SpDi wurden begrifflich als Behandlungseinheiten geführt, obwohl in ihnen keine Ärzte tätig waren. Darin wird deutlich, dass der Blick bereits auf die Mitfinanzierung der Krankenkassen gerichtet war, während die Wahrnehmung von hoheitlichen Aufgaben ausgeschlossen wurde. Die Mitfinanzierung der Krankenkassen erfolgte bis zum Jahr 2002.

Eine Auswertung von Daten der **Übergangswohnheime** ist in dem Bericht nicht enthalten. In dem Kapitel zu Finanzierung und Trägerschaft wird auf „ausführliche Diskussionen“ in den Gremien des Bundesmodellprogramms hingewiesen (S. 501). Es habe sich ein Vorschlag herausgebildet, das Übergangswohnheim herkömmlicher Art beizubehalten und daneben einen klar unterschiedenen Einrichtungstyp mit dem Arbeitstitel „Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte“ zu etablieren. Dieser solle Behandlungsmaßnahmen und berufsfördernde Maßnahmen erbringen. An der Finanzierung sollten sich die **Träger der Sozialversicherung** beteiligen.

Nach langen kontroversen Diskussionen ist in jedem Bundesland ein Modellprojekt **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)** entstanden. Ziele und Zugangsvoraussetzungen wurden durch die „Empfehlungsvereinbarung RPK vom 17. November 1986“ geregelt. Jedes Bundesland sollte eine RPK-Einrichtung mit 50 Belegplätzen anbieten, um mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung Schlussfolgerungen für eine flächendeckende

Versorgung des medizinisch-beruflichen Komplexleistungsangebots zu ziehen. In Baden-Württemberg wurde eine RPK beim Christiani-Hospital in Albrück bei Waldshut an der Schweizer Grenze eingerichtet. Nach der Modellphase wurden 5 weitere RPK mit je 10 Plätzen eingerichtet. Von einem flächendeckenden Angebot sind die RPK weit entfernt: Im Jahr 2019 fanden **bundesweit** gerade einmal etwas mehr als 2000 Personen ein Rehabilitationsangebot. Die Chance, durch ein frühzeitiges qualifiziertes Rehabilitationsangebot die volle und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu erreichen, ging in den Zuständigkeitsproblemen des gegliederten Sozialrechtssystems unter (Konrad, Armbruster, Rosemann 2022). Die meisten Übergangwohnheime in Baden-Württemberg wurden nach Einführung der RPK in Dauerwohnheime umgewandelt.

Als **komplementärer Bereich** wurden Beschützende Wohngruppen und Patientenclubs erfasst. Unter **Beschützenden Wohngruppen** wurden im Gegensatz zur heutigen Praxis nicht geschlossene Wohngruppen verstanden, sondern Wohngruppen, die heute als **Ambulant betreute Wohngemeinschaften**¹ bezeichnet werden. Dementsprechend ist es nicht erstaunlich, dass die Klient:innen Ähnlichkeiten zu denjenigen der SpDi aufweisen. Im Hinblick auf deren künftige Finanzierung wird darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung der Sozialversicherungsträger nicht erfolgen wird, und die beiden Landeswohlfahrtsverbände als überörtliche Sozialhilfeträger bereits 100 % der Personalkosten übernehmen (ebd., S. 501). Es verfestigte sich dann auch die Praxis, dass die überörtlichen Sozialhilfeträger die Kosten als Freiwilligkeitsleistung übernahmen und dadurch die Zahl der Plätze entsprechend den stationären Wohnangeboten gedeckelt war.

Aus den **Patientenclubs** wurden 115 Daten ausgewertet. Die Nutzer:innen wiesen ähnliche Merkmale auf wie die der SpDi, jedoch mit einem wesentlich größeren Anteil von Menschen mit affektiven Psychosen. Zur Chronifizierung konnten keine Aussagen gemacht werden. Im Hinblick auf die flächendeckende Einführung und Finanzierung wurden die Patientenclubs gemeinsam mit **Tagesstätten** behandelt. Für beide wird vorgeschlagen, ihre Trägerschaft mit den SpDi zu verbinden. Die Tagesstätten werden als Zuschussfinanzierung diskutiert, die 2002 vom LWV Württemberg-Hohenzollern in Form von Richtlinien realisiert wird. In nördlichen Bundesländern wird die Finanzierung der im Bundesmodellprogramm entstandenen Tagesstätten hingegen durch individuelle Leistungen der Eingliederungshilfe gelöst.

Die PLK waren an den Modellprojekten in Baden-Württemberg mit Ausnahme des SpDi im PLK Reichenau nicht beteiligt. Die PLK durften außerhalb des Anstaltsgeländes keine Leistungen erbringen und waren für die sogenannten außerstationären Aktivitäten nach dem Weinsberger Vorbild an der Gründung von Hilfsvereinen beteiligt, die parallel zu dem Landesmodellprogramm Übergangwohnheime, Wohnheime und Ambulant Betreutes Wohnen

¹ Genau genommen als Vollständig selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften im Sinne von § 2 Absatz 3 des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG) Baden-Württemberg

aufbauten. Neben einigen Langzeitpatienten der PLK wurden vor allem Patienten aus dem Akut- und Rehabereich der Kliniken aufgenommen. Ab Ende der 1980er Jahre kam die Psychiatrische Familienpflege hinzu, mit der vor allem Langzeitpatienten aus der Klinik entlassen werden konnten. Ausschließlich in Weissenau wurde eine Werkstatt für behinderte Menschen mit 120 Plätzen eingerichtet, die sich auf die Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch erkrankte Menschen spezialisierte.

1.4 Enthospitalisierungsprogramme

1988 erschien der Bericht der Expertenkommission, die das Modellprogramm der Bundesregierung evaluierte. Der Bericht war ausgesprochen (selbst)kritisch. Seit der Psychiatrie-Enquête habe sich zwar die Akutversorgung – v.a. durch die gewachsene Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern - deutlich verbessert. Im Hinblick auf die Lage der chronisch psychisch kranken Menschen habe sich die Situation jedoch nicht verbessert, sondern durch die Verlegung in gemeindeferne Heime eher verschlechtert. Sie würden nach wie vor auf Langzeitstationen und vermehrt in Pflegeheimen versorgt. Die therapeutische Kette habe bei diesen Personen nicht funktioniert, weil sich ihr psychopathologischer Zustand hätte verbessern müssen, um in das nächste Glied der Kette zu kommen.

Dem setzte die Expertenkommission eine funktionsbezogene Entscheidung für die Entlassung aus der Klinik entgegen. Nicht der psychisch Kranke müsse sich auf dem Weg der therapeutischen Kette die Integration in die Gesellschaft erarbeiten. Das (gemeinde)psychiatrische Hilffssystem müsse so konstruiert werden, dass Menschen mit langfristigen psychischen Beeinträchtigungen sich in der Gesellschaft zurechtfinden und keine Sonderstrukturen benötigen. Damit war das Konzept der personenzentrierten Versorgung eingeführt. In den 1990er Jahren wurden mehrere Enthospitalisierungsprogramme bundesweit initiiert und evaluiert, in Berlin, Bedburg-Hau, Hessen, und Bielefeld (Vietsen 2015).

Auch in Baden-Württemberg wurden Aktivitäten zur Enthospitalisierung entfaltet. Der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Baden setzte dabei auf das sogenannte **Klientenbudget**, das in Wiesloch zu der Einführung von Wohngruppen im Sinne des Landesmodellprogramms führte, in denen auch Personen mit einem intensiveren Bedarf betreut werden konnten. Es wurde von 1996 bis 2003 durch die Forschungsabteilung des ZI Mannheim wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Der LWV Württemberg-Hohenzollern hatte den PLK seines Verbandsgebietes die Einrichtung von Wiedereingliederungsstationen angeboten, in denen eine Psycholog:innen- und eine Sozialarbeiter:innenstelle finanziert wurde. Die PLK Bad Schussenried, Weissenau, Zwiefalten (danach ZfP Südwürttemberg) und Winnenden richteten entsprechende Enthospitalisierungsstationen in den aus der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe finanzierten „Pflegefallbereichen“ ein.

Mit den Wiedereingliederungsstationen wurde die Neuorganisation der Langzeitbereiche im Anschluss an die Rechtsformänderung der PLK vorbereitet. Mit Ausnahme von Weinsberg, Winnenden und Calw-Hirsau, aber auch im Christophsbad Göppingen und der Luisenlinik Rottenmünster, wurden die Langzeitstationen aus der Klinik ausgegliedert und erhielten als Wohn- und Pflegeheime eine eigenständige Leitung. Die Wohn- und Pflegeheime erhielten als stationäre Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag nach SGB XI, da zum selben Zeitpunkt das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft getreten war und die Landesregierung sich eine Einsparung der Kosten des überörtlichen Sozialhilfeträgers versprach. Dadurch wurde die Chance verpasst, die Langzeitbereiche als Wohnheime der Eingliederungshilfe zu etablieren und den Patienten der ZfP einen direkten Übergang in Leistungen zur sozialen Teilhabe zu gewährleisten, wie das in den Enthospitalisierungsprogrammen anderer Bundesländer der Fall war.

1.5 Personenzentrierter Ansatz

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung des Landes Baden-Württemberg nach der Psychiatrie-Enquête unterscheidet sich deutlich von der Entwicklung der Bundesländer, die sich an dem Bundesmodellprogramm beteiligt hatten. Nach dem Expertenbericht der Bundesregierung wurde insbesondere in den Stadtstaaten und in Nordrhein-Westfalen ein Ansatz forciert, der nicht mehr die psychiatrische Klinik, sondern die gemeindepsychiatrische Versorgung in den Mittelpunkt stellte. Die therapeutische Kette wurde abgeschafft und die psychiatrischen Kliniken zum komplementären Bereich erklärt. In Baden-Württemberg führte dies zu einer zunehmenden Entlassung von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in ländliche Pflegeheime – häufig außerhalb des Herkunftskreises.

Die Landesregierung in Baden-Württemberg unterstützte den Personenzentrierten Ansatz sehr zögerlich. Allerdings hatte sie die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser im Gegensatz zu anderen Bundesländern auch nicht dem freien Markt überlassen. Mit der Rechtsformänderung 1995 waren die psychiatrischen Kliniken zu eigenständigen Zentren für Psychiatrie geworden, in denen das Land nach wie vor die Aufsicht führte. Die Verantwortung für den Personenkreis, der nach Ablauf der Kostenzusage durch die Krankenversicherung weitergehende Hilfen benötigte, lag jedoch ab diesem Zeitpunkt in der Verantwortung der Sozialhilfe und damit zunächst bei den beiden Landeswohlfahrtsverbänden.

Die Landeswohlfahrtsverbände waren im Hinblick auf Leistungen der Eingliederungshilfe auf den Bereich der geistig und geistig-mehrfachbehinderten Personen ausgerichtet. Der Bericht der Expertenkommission wurde bestenfalls cursorisch zur Kenntnis genommen. Es lag nun am Sozialministerium, für die Versorgung schwer beeinträchtigter psychisch kranker Menschen den Anschluss an die bundesdeutsche Entwicklung sicherzustellen. Prof. Häfner, der

ärztliche Direktor des Zentralinstitutes für seelische Gesundheit in Mannheim, hatte anlässlich einer Kontroverse mit dem ärztlichen Direktor des benachbarten ZfP Wiesloch eine Strategie für die Versorgung chronisch psychisch Kranker entworfen, die er in einem Beitrag für die Zeitschrift Psychiatrische Praxis vorstellte (Häfner et al. 1996).

Er schlug ein gegliedertes System von unterstützenden Wohnformen vor, auf dessen einem Pol betreute Wohngemeinschaften stünden, auf dem anderen Pol „Heime für sozial schwerbehinderte chronisch Kranke (...) die kaum noch Chancen auf eine selbständige Lebensführung haben“ (ebd., S.57). Als wichtiger Berater des Landes in puncto Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung hatte er damit die Beibehaltung der Trennung von Behandlungsfällen und Pflegefällen in den psychiatrischen Landeskliniken unter fachärztlicher Verantwortung vorgeschlagen. Dieser Linie war die Landesregierung nicht gefolgt. Sie entschied sich für den dritten Weg der eigenständigen Wohn- und Pflegeheime. Damit wurde zwar eine Trennung von psychiatrischer Klinik und Langzeitversorgung vollzogen, gleichzeitig aber ein Graben zu den Einrichtungen der Eingliederungshilfe errichtet.

1.6 Systematisierung gemeindepsychiatrischer Versorgung

Im Hinblick auf den Gemeindepsychiatrischen Verbund war das ZI Mannheim allerdings nochmals für die Landesregierung tätig. Es entwickelte im Auftrag des Sozialministeriums ein Dokumentationssystem zur Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, dessen Abschlussbericht 1998 publiziert wurde (Salize et al. 1998). Das Projekt wurde wiederum als Alternative zu einem Bundesprojekt durchgeführt, dem von 1992 bis 1996 geförderten Projekt der Aktion Psychisch Kranke, in dem die »Grundlagen zur Personalbemessung und die strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung im ambulanten und komplementären Bereich« erarbeitet wurden (Kauder & Aktion Psychisch Kranke 1997). Das Projekt des ZI verblieb in der Logik der therapeutischen Kette und wurde nie praktisch angewendet. In dem Projekt der APK wurde der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) entwickelt, der den Ausgangspunkt für Bedarfsermittlung und Personalbemessung des Komplexleistungsprogramms „Sozialpsychiatrische Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung bildete. Das Komplexleistungsprogramm sollte sicherstellen, dass chronisch psychisch und suchtkranke Personen ihre Krankheit und deren Folgeprobleme in ihrem selbst gewählten Lebensfeld bewältigen können.

Das Vorwort zum Psychiatrieplan Baden-Württemberg aus dem Jahr 2000 vom damaligen Sozialminister Dr. Repnik scheint das Komplexleistungsprogramm der APK aufzugreifen: „Im Einklang mit den Ergebnissen der Psychiatrie-Enquête und später der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung verfolgt die Landesregierung seitdem das Ziel, ein bedarfsgerechtes und gemeindenahes Versorgungssystem aufzubauen, welches differenzierte, untereinander koordinierte und vernetzte Angebote bereitstellt.“ Dieser Aus-

sage entsprechen die Zielvorgaben: „Die psychiatrische Versorgung ist in hohem Maße geprägt durch die Notwendigkeit, vielfältige Angebote miteinander zu koordinieren und zu vernetzen. Wirksame und personenbezogene Hilfen erfordern ein am individuellen Bedarf orientiertes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen der verschiedenen Leistungsangebote“ (S.13f.).

1.7 Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes

Ein Jahr nach Erscheinen des Landespsychiatrieplans im Jahr 2000, beauftragte das Land Baden-Württemberg die Aktion Psychisch Kranke mit der Durchführung des Projekts zur „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der Psychiatrischen Versorgung“, das bereits an verschiedenen Standorten im Bundesgebiet durchgeführt wurde. In Baden-Württemberg fand es von 2001 bis 2004 an vier Standorten Anwendung: dem Landkreis Lörrach, dem Landkreis Reutlingen, dem Landkreis Ravensburg gemeinsam mit dem Bodenseekreis sowie der Stadt Stuttgart (Sozialministerium Baden-Württemberg 2004). Ohne den direkten Bezug herzustellen, sollten diese Projekte die Ziele des Landespsychiatrieplans aus dem Jahr 2000 umsetzen. Es standen zu dieser Zeit wichtige sozialrechtliche Änderungen an, nämlich die Einführung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001 sowie die Erneuerung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) durch das Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), das zum 27.12.2003 in Kraft trat.

Die Implementationsprojekte arbeiteten in erster Linie an dem Ziel der Etablierung eines Gemeindepyschiatrischen Verbundes mit gemeinsamer Versorgungsverpflichtung. In allen vier Regionen wurde eine Hilfeplankonferenz installiert, mit der die gemeinsame Versorgungsverpflichtung umgesetzt werden sollte. Zur **Planung** der Hilfen wurde der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) verwendet, der von Sozialarbeiter:innen der Klinik oder dem SpDi mit den Patient:innen erhoben und in der Hilfeplankonferenz im Hinblick auf den individuellen Hilfebedarf diskutiert wurde. Die diskutierten Leistungen umfassten ausschließlich die Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe. Im Gegensatz zu Implementationsprojekten in anderen Bundesländern wurde die Erfassung des individuellen Hilfebedarfs nicht genutzt, um individuelle Leistungen der Eingliederungshilfe zu finanzieren. Die Landeswohlfahrtsverbände hatten der Anfrage der APK eine Absage erteilt, den IBRP für die Leistungsplanung zu benutzen. Sie begründeten dies mit dem Argument, dass eine individuelle Leistungsplanung im neu erarbeiteten Landesrahmenvertrag (LRV) SGB XII nicht vorgesehen sei.

Den regionalen Implementationsprojekten gelang dennoch der Aufbau einer vernetzten integrierten Versorgung im Bereich der Eingliederungshilfe. Im Landkreis Reutlingen hatte sich bereits vor dem Implementationsprojekt die PP.rt als gemeinsame Gesellschaft von Bruder-

haus Diakonie und ZfP Südwürttemberg entwickelt, in der alle klinisch-psychiatrischen Angebote für den Ballungsraum Reutlingen enthalten sind. Lange Zeit später gründeten die beiden Gesellschafter die GP.rt, in der die gemeindepsychiatrischen Angebote enthalten sind. Beide Gesellschaften werden durch dieselbe Geschäftsführung verantwortet; die beiden Betriebsleitungen von PP.rt und GP.rt leiten ihre Bereiche aufs engste vernetzt miteinander. Hier liegt ein einmaliges Beispiel in Baden-Württemberg vor, mit dem klinische und gemeindepsychiatrische Versorgung aufeinander abgestimmt sind. Gleichwohl gibt es weitere psychiatrische Anbieter im Landkreis, die im GPV zusammengeschlossen sind und die psychiatrische Versorgung weiterentwickeln.

In Stuttgart etablierten sich unabhängig von den psychiatrischen Kliniken die Gemeindepsychiatrischen Zentren. Sie bildeten einen niedrighschwelligem Anlaufpunkt für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, aus dem heraus weitergehende Hilfen im Rahmen der Hilfeplankonferenz erschlossen wurden. Die Schaffung von Plätzen für Menschen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB war notwendig geworden, um Stuttgarter Bürgern die Abschiebung in abgelegene Pflegeheime zu ersparen. Diese Praxis endete erst, nachdem das Sozialamt beschlossen hatte, dass alle Anträge von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf Leistungen der Hilfe zur Pflege in der Hilfeplankonferenz besprochen werden müssen.

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände im Landkreis Ravensburg und dem Bodenseekreis verfolgten in erster Linie die Dezentralisierung der stationären Wohnplätze, die sich in großer Zahl im ZfP Weissenau und dem Riesenhof der Gustav-Werner-Stiftung befanden. Die drei Wohngruppen des ZfP, die aus dem Langzeitbereich entstanden waren, wurden in Wohngruppen der Eingliederungshilfe mit maximal fünf Plätzen in die Städte Ravensburg, Friedrichshafen und Wangen verlagert (Konrad et al. 2006). Die Gustav-Werner-Stiftung verlagerte 30 Plätze aus dem abgelegenen Riesenhof in zwei Wohnhäuser der Innenstadt Ravensburgs und 20 Plätze in den Bodenseekreis. Die tagesstrukturierenden Maßnahmen für die dezentralen Wohnheimplätze wurden im neu eröffneten GPZ in Friedrichshafen erbracht.

Die Implementationsprojekte hatten eine nachhaltige Wirkung auf die Gemeindepsychiatrische Versorgung in den beteiligten Regionen. Insbesondere die Hilfeplankonferenz führte zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und den Kommunen, die ab dem Jahr 2006 Träger der Eingliederungshilfe waren. Gleichwohl gab es kaum Stadt- oder Landkreise, in denen Gemeindepsychiatrische Verbände entstanden, die durch eine monatlich tagende Hilfeplankonferenz die gemeinsame Versorgungsverpflichtung sicherstellten. In den meisten Landkreisen wurde die Versorgung nicht gesteuert und erfolgte bei Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen häufig außerhalb des Landkreises, wie sich in der Situationsanalyse aus dem

Jahr 2014 zeigte (s.S. 24ff.). Es setzte sich die Praxis fort, dass die Kliniksozialarbeiter:innen mit großem Aufwand Plätze für diese Klientel suchten.

1.8 Kommunalreform und die Auswirkung auf die Wohnversorgung

Ein Jahr nach Beendigung des Implementationsprojekts, nämlich 2005, erfolgte die Kommunalreform, die u.a. dazu führte, dass alle Leistungen der Eingliederungshilfe von den Stadt- und Landkreisen erbracht werden. Die getrennte Zuständigkeit für ambulante und stationäre Angebote der Eingliederungshilfe war bereits mit der Einführung des SGB XII am 27.12.2003 aufgehoben worden. Das ABW als vormalige Freiwilligkeitsleistung des überörtlichen Sozialhilfeträgers wurde zu einer Pflichtleistung der Sozialhilfe und konnte in den Landkreisen quantitativ ausgebaut werden. Die qualitative Erneuerung des ABW als differenzierte Leistung nach individuellem Hilfebedarf erfolgte zunächst jedoch nicht, da es nicht in den Landesrahmenvertrag aufgenommen wurde. Die Vertragspartner hatten sich auf eine Protokollnotiz geeinigt, wonach für die Hilfeplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Instrument in Anlehnung an den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke (APK) entwickelt werden sollte. Dieses Vorhaben wurde ebenso wenig realisiert wie die Aufnahme des ABW in den Landesrahmenvertrag.

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege hatte mit dem Projekt „Personenzentrierung in der Praxis - Die Grundlage für die zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur“ einen eigenen Vorschlag eingebracht, den sie zusammen mit der Aktion Psychisch Kranke auf Grundlage des IBRP entwickelte. Das Projekt konnte laut Albrecht (2003) nachweisen, „dass auf der Grundlage des IBRP Hilfebedarfsgruppen gebildet werden können, und zwar insgesamt neun: sieben „reguläre“ und jeweils eine für Nutzerinnen und Nutzer mit sehr geringem und mit sehr hohem Hilfebedarf, (und) dass die Umstellung auf eine personenzentrierte Finanzierungssystematik mit der Möglichkeit der leistungsgerechten Preisbildung ebenso vollzogen werden kann, wie eine budgetgleiche Umstellung zu einem Stichtag.“ (ebd.,S. 30). Der Ansatz konnte sich, u.a. wegen der abweichenden Auffassung der Liga-Vertreter der Behindertenhilfe, in der Vertragskommission nicht durchsetzen.

Einzelne Landkreise führten Instrumente zur Ermittlung des Individuellen Hilfebedarfs in Anlehnung an den IBRP ein. Dadurch entstanden sukzessive Leistungsvereinbarungen in einzelnen Landkreisen zu flexiblem ambulant betreutem Wohnen, die die Unterschiede der psychiatrischen Versorgung zwischen den Landkreisen vergrößerten. Zum Stichtag 31.12. 2009 erstellte der KVJS die erste Dokumentation über das gemeindepsychiatrische Leistungsgeschehen in den Stadt- und Landkreisen (KVJS 2011). Damit wurde der Fokus erstmals auf Menschen mit seelischer Behinderung in Baden-Württemberg gerichtet. Mit der GPV-Dokumentation sollte ein **Überblick** geschaffen werden, der für die 44 Stadt- und Landkreise ei-

nen **Vergleich** und eine **Arbeitsgrundlage** für die Verständigung zwischen Nutzern, Leistungserbringern und Kreisverwaltungen bietet. Knapp zusammengefasst ergaben sich für die Wohnversorgung folgende Zahlen:

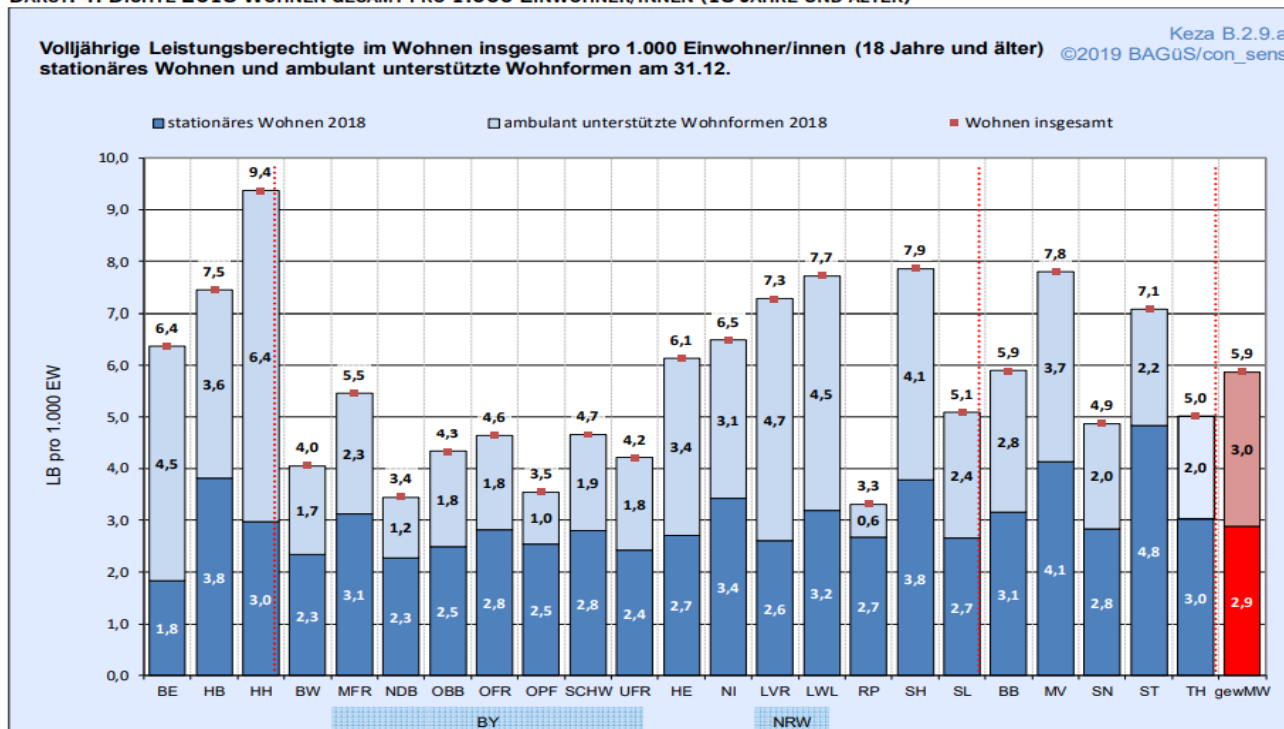
- Wohnheime: 4684 Plätze, 45 % Bewohner aus Standortkreis, 4,4 pro 10.000 Ew.
- Psychiatrische Pflegeheime: 1494 Plätze, 46 % aus Standortkreis, 1,4 pro 10.000 Ew.
- Ambulant Betreutes Wohnen: 5296 Pl., 4,9 pro 10.000 Ew.
- Betreutes Wohnen in Familien: 535 Pl., 0,5 pro 10.000 Ew.
- Privates Wohnen (WfbM ohne Wohnbetreuung), 3,4 pro 10.000 Ew.

Werden die Plätze in Wohnheimen und psychiatrischen Pflegeheimen zusammengezählt, ergibt sich mit 5,8 je 10.000 Einwohnern eine höhere Zahl als in den ambulanten Wohnformen, zu denen das BWF hinzugezählt werden kann, mit 5,4. Die Definition der psychiatrischen Pflegeheime ist unklar. Mit weniger als 50 % der Personen, die in stationären Einrichtungen Leistungen in ihrem Herkunftslandkreis erhalten, ist ein Problem angesprochen, das bereits in den Implementationsprojekten diskutiert und zum Teil gelöst worden war.

1.9 Kennzahlenvergleich der Wohnangebote der Eingliederungshilfe

Die angegebenen Kennzahlen der Personen im stationär und ambulant betreuten Wohnen besagen ohne die Vergleichszahlen der anderen Bundesländer allerdings nichts. Um zu der Aussage zu gelangen, ob in Baden-Württemberg ein bedarfsgerechtes Angebot von unterstütztem Wohnen der Eingliederungshilfe für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung vorliegt, muss der Vergleich mit anderen Bundesländern angestellt werden. Dies ist mit

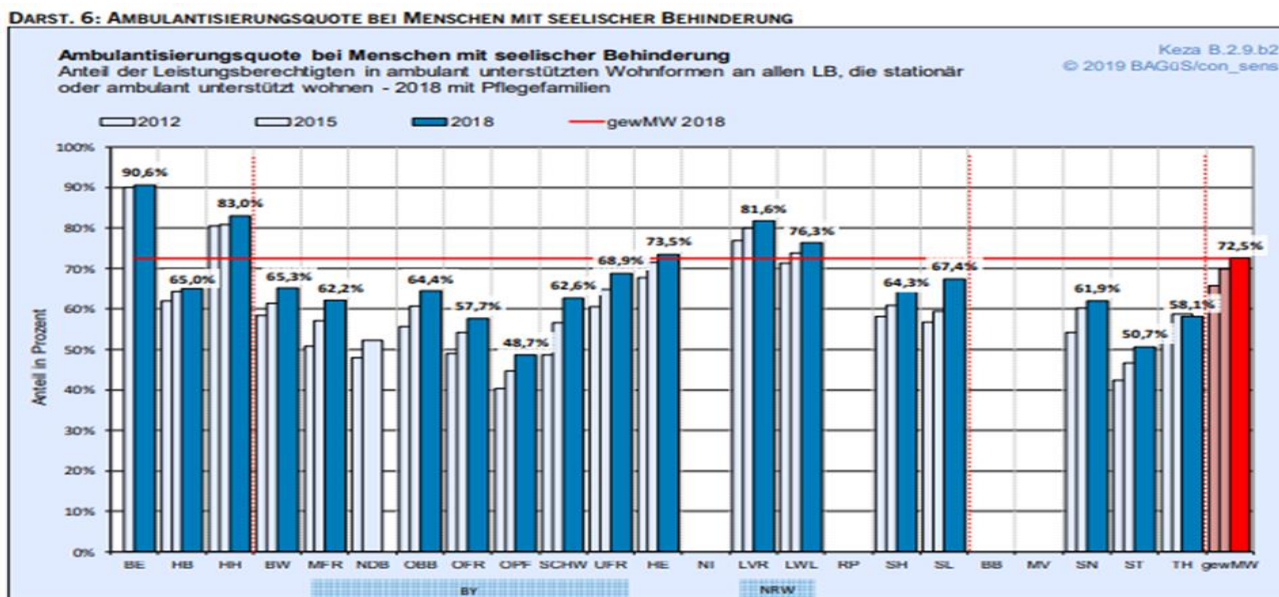
DARST. 4: DICHTe 2018 WOHNEN GESAMT PRO 1.000 EINWOHNER/INNEN (18 JAHRE UND ÄLTER)



dem Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BAGüS) möglich. Allerdings liegen Vergleichszahlen nur für die Gesamtheit der Menschen mit Behinderungen vor.

Der Kennzahlenvergleich operiert auf Grundlage der Dichte, also der Zahl der Leistungsberechtigten je 1000 Einwohner:innen in dem Bundesland. Die Dichte bei den gesamten unterstützten Wohnformen liegt in Baden-Württemberg um 1,9 Punkte unter dem Bundesdurchschnitt². Für die Frage der psychiatrischen Versorgung im Bereich Eingliederungshilfe ist relevant, dass in Baden-Württemberg wesentlich mehr Menschen mit geistigen Behinderungen Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären Wohnformen erhalten als Menschen mit seelischer Behinderung (Situationsanalyse 2014, s.S.24ff.). Die Zahl der Menschen mit seelischer Behinderung in stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe dürfte daher eklatant niedriger sein als in anderen Bundesländern.

Es lohnt sich daher, auf die Verteilung ambulant zu stationär zu schauen, die in dem Kennzahlenvergleich der BAGüS getrennt nach Behinderungsart vorgenommen wurde.



² Nur zwei Bezirke in Bayern mit geringer Einwohnerzahl liegen niedriger. Bei Rheinland-Pfalz ist die Zahl ein Artefakt, da ein beträchtlicher Teil des Ambulant Betreuten Wohnens in Form Persönlicher Budgets gewährt wurde und damit nicht in die Statistik einging.

Die Ambulantisierungsquote liegt in Baden-Württemberg für Menschen mit seelischer Behinderung nur knapp unter dem Bundesdurchschnitt. Das bedeutet, dass in Baden-Württemberg ein mit den anderen Bundesländern vergleichbarer Ausbau der ambulant unterstützten Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung erfolgt ist, wobei das BWF nicht unmaßgeblich beteiligt ist. Dessen Anteil ist im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung im Vergleich zu allen anderen Bundesländern sehr hoch. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sich das Angebot an stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe für diesen Personenkreis auf einem sehr niedrigen Level befinden muss.

1.10 Änderungen der Struktur unterstützten Wohnens

Der Kennzahlenvergleich der BAGüS, der seit dem Jahr 2009 durchgeführt wird, zeigt starke Veränderungen bei der Nutzung der Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Zahl der Hilfeempfänger in betreuten Wohnformen nimmt konstant zu und verschiebt sich zunehmend in Richtung Menschen mit seelischer Behinderung. Nach dem Kennzahlenvergleich für das Jahr 2018 erhielten 207.222 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Leistungen der Eingliederungshilfe in betreuten Wohnformen, während 178.599 Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen registriert wurden. Der größte Teil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, mit 70,5 %, erhielt die Leistungen in ambulant betreuten Wohnformen. Während sich die Zahl der Personen in stationären Wohnformen zwischen 2012 und 2018 um 3,5 % erhöht hat, liegt die Steigerung in ambulant unterstützten Wohnformen bei 28,5 %.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe in ambulant betreuten Wohnformen wurden im zweiten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts zu der dominanten langfristigen Unterstützungsform für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Parallel zu dem Ausbau der ambulanten Wohnformen wurde daher die Diskussion um die sogenannten „Systemsprenger“ und den Bedarf an geschlossenen Heimplätzen geführt. Die Ausgabe 3/2012 der Sozialpsychiatrischen Informationen beschäftigte sich mit dem Schwerpunktthema „Zurück in die Anstalt? Die geschlossene Wohnheimunterbringung“.

Ein Vertreter der Leistungsträger stellt zu Anfang seines Beitrags klar, „dass die Eingliederungshilfe für den einzelnen Menschen Barrieren beseitigen hilft, die ihm ein selbstverständliches Zusammenleben in der Gemeinschaft erschweren“ (Flemming 2012, 14). Aus dieser Inklusionsperspektive stellt er die Frage, ob „hinter verschlossenen Türen“ (ebd., 15) das Erforderliche gelernt werden kann. Und er beantwortet seine Frage mit der Aussage, dass die Eingliederungshilfe nicht zu dem Missbrauch der Verlängerung einer forensischen Unterbringung werden darf. Damit hatte er ein komplexes Thema angesprochen, das ange-

sichts der veränderten Versorgungslandschaft im Anschluss an die Psychiatrie-Enquête intensiv diskutiert wurde: Führt die Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken zur Forensifizierung schwer beeinträchtigter psychisch erkrankter Menschen?

1.11 Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrische Versorgung

In einer Studie über die veränderte Belegung der forensischen Abteilungen in Baden-Württemberg konnte nachgewiesen werden, dass in den Jahren von 1995 bis 2009 die Belegung um 53 % sowie der Anteil schizophrener diagnostizierter Personen auf nahezu 80 % angestiegen ist und fast alle schizophrenen Patienten eine längere Erkrankungsvorgeschichte mit mehreren stationären Aufenthalten in der Psychiatrie hatten (Traub & Weithmann 2013). Diese Daten schienen die These der Forensifizierung eindrücklich zu belegen und die Forderung nach geschlossenen Wohnformen als Alternative zur forensischen Unterbringung zu unterstützen. Sie konnten aber auch anders interpretiert werden: „Da die gemeindepsychiatrische Versorgung mit den unterschiedlichen Wohnangeboten die Funktion der früheren Langzeitstationen in den Kliniken übernommen hat, kann die Verschiebung von der Allgemeinpsychiatrie auf die forensische Psychiatrie ein Hinweis auf die Insuffizienz des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems sein.“ (Konrad 2014).

Vor dem Ausbau der geschlossenen Heimversorgung muss daher auf die Kooperation zwischen psychiatrischer Klinik, forensischer Klinik und gemeindepsychiatrischem Versorgungssystem geschaut werden. In Baden-Württemberg ist die Kooperation zwischen psychiatrischer und forensischer Klinik relativ gut, da es nie solitäre forensische Spezialeinrichtungen gab. Die forensischen Kliniken in Baden-Württemberg haben daher die niedrigste Belegung im Verhältnis zur Einwohnerzahl und die geringste Verweildauer. Die Kooperation zwischen forensischer Psychiatrie und gemeindepsychiatrischem Versorgungssystem ist in zwei Regionen sehr gut. Beide haben sich am Implementationsprojekt beteiligt – die Region Ravensburg/Bodensee und die Stadt Stuttgart. Letzteres ist bemerkenswert, da Weissenau als forensische Versorgungsklinik der Stadt Stuttgart 170 Kilometer entfernt ist.

Die Erfolgswachweise entsprechen sich. Eine Untersuchung aller ehemaligen forensischen Patienten der Weissenau, die in die Einrichtungen der GPV im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis entlassen worden waren, zeigte deren gelungene Integration in offene gemeindepsychiatrische Angebote (Konrad et al. 2011). Nahezu die Hälfte wechselte nach einiger Zeit von stationären in ambulant unterstützte Wohnformen. Mit der Untersuchung konnte gezeigt werden, dass nicht institutionelle Faktoren für die erfolgreiche Integration in die Gemeinde verantwortlich sind, sondern die passgenaue Hilfeleistung, die in der Hilfeplankonferenz ausgelotet wurde. Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Stuttgart hat ähnlich positive Erfahrungen mit der Reintegration ehemaliger forensischer Patienten gemacht.

Zum Stichtag 31.12.2019 erfolgte eine Nacherhebung für die 41 ehemaligen forensischen Patient:innen, die im Zeitraum von 2010 bis 2013 in Angebote des GPV in Stuttgart entlassen wurden (Bielesch et al. 2022). Durch den langen Zeitraum von 7 bis 10 Jahren kann von einer nachhaltigen Wirkung gesprochen werden. Lediglich bei sechs Personen konnte der Verbleib nicht rekonstruiert werden. Vier Personen sind ohne Suizide verstorben. Für die verbleibenden 31 Personen konnten Daten erhoben werden. 20 Personen sind weiterhin in Betreuung, davon 16 im Ambulant Betreuten Wohnen, 3 im offen geführten Wohnheim. 11 Personen leben in der Stadt ohne Betreuung, davon 5 Personen stabil ohne Betreuung, 6 Personen lehnen nach Ablauf von Auflagen weitere Unterstützung ab, haben aber bisher keine Straftaten mehr begangen. Lediglich eine Person musste in die Forensische Klinik Weissenau zurückverlegt werden. Es kann damit auch für Stuttgart von einer sehr hohen Erfolgsquote hinsichtlich der Reintegration in die Gemeinde gesprochen werden, bei der die ambulante Unterstützung ausreichend ist.

1.12 Geschlossene Wohnversorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe

Konnte in der Region Ravensburg/Bodensee und Stuttgart nachgewiesen werden, dass geschlossene Wohnheime für ehemalige forensische Patienten entgegen der herrschenden Meinung nicht erforderlich sind, blieb die Meinung in Bezug auf chronisch psychisch kranke Menschen mit anhaltender Selbst- und Fremdgefährdung gespalten. Die psychiatrischen Kliniken forderten geschlossene Wohnheime, die gemeindepsychiatrischen Anbieter blieben ambivalent bis ablehnend. Lediglich größere Heime und private Anbieter hatten kein Problem mit der Errichtung von geschlossenen Wohngruppen. In den Regionen außer Lörrach, die sich am Implementationsprojekt beteiligt haben, wurde die Diskussion im Hinblick auf die Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung diskutiert.

Für die GPV des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises wurde eine „Therapeutische Wohngruppe“ mit 10 Plätzen in Analogie zu dem Konzept für Menschen mit geistigen Behinderungen und herausforderndem Verhalten (Dieckmann & Giovis 2006) realisiert. Das erste geschlossene Wohnheim in Stuttgart wurde im Jahr 2001 für Patienten eröffnet, die sich in selbst- oder fremddestruktivem Verhalten verstrickt haben und dadurch das Milieu offener Wohnheime sprengen. (Ayena 2011). Aufgrund des Mangels an stationären Wohneinrichtungen und der daraus folgenden Unterbringung der Klientel in gemeindeferne Pflegeheime, wurden weitere geschlossene Wohnheime aufgebaut, so dass zwischenzeitlich 58 Plätze existieren. Oberste Prämisse ist, dass das geschlossene Wohnheim lediglich eine Zwischenstation ist, und es in den Gemeindepsychiatrischen Verbund eingebunden sein muss, um eine nahtlose Anschlussunterstützung sicherstellen zu können.

Ingmar Steinhart von der Stiftung Bethel und Kolleg:innen hatten in einer Befragung von Leitern geschlossener Heime herausgefunden, dass ein Teil ihrer Bewohner:innen sofort

entlassen werden könnte, wenn es in ambulanten Settings eine Rufbereitschaft während der Nachtzeiten gäbe. Jenderny et al. (2020) unternahmen eine Beschreibung der bundesdeutschen Unterstützungslandschaft für Menschen mit seelischer Behinderung, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Bei einem Rücklauf von 20,7% mit extremen Unterschieden zwischen den Bundesländern konnten sie 11.881 offene und 1268 geschlossene Plätze erfassen. Dabei fanden sie heraus, dass

- der Anteil der Frauen im geschlossenen etwas höher ist als im offenen Bereich,
- häufiger jüngere Menschen im Alter zwischen 20-39 Jahren im geschlossenen Bereich zu finden sind,
- der Anteil der Menschen mit schizophrenen Erkrankungen bei 54,4 % liegt, wobei er im geschlossenen Bereich um 3,4 % niedriger liegt,
- der Anteil der Menschen mit Suchterkrankungen bei 10,4 % liegt, wobei ihr Anteil im geschlossenen Bereich doppelt so hoch ist wie im offenen,
- in offenen Wohnbereichen nahezu die Hälfte des Personals pädagogische Berufe hat, während diese Berufsgruppen in geschlossenen Wohnbereichen weniger als ein Drittel ausmachen, und die Pflege- und Pflegehelferberuf mit über einem Drittel die dominante Berufsgruppe darstellen,
- in offenen Wohnbereichen die Hälfte ohne Nachtwache arbeitet und der geschlossene Bereich lediglich zu drei Viertel mit einer Fachkraft besetzt ist.

In einem weiteren Untersuchungsschritt wurde die Befragung von 142 psychiatrischen Kliniken und 42 geschlossenen Wohnheimen danach ausgewertet, ob der Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen in deren Landkreis bzw. deren Region gedeckt sei. Lediglich 13 % der Kliniken bejahten diese Frage, während es bei den geschlossenen Heimen 43 % waren. 39 % der Kliniken gaben an, dass mehr als 10 Plätze fehlen.

1.13 Weiterentwicklung der Wohnversorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe im Anschluss an die Kommunalreform

In Baden-Württemberg verlief die Weiterentwicklung der betreuten Wohnversorgung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen uneinheitlich. Auslöser für die Uneinheitlichkeit war die Kommunalreform im Jahre 2006, die auch die Eingliederungshilfe betraf. Die beiden überörtlichen Sozialhilfeträger, die durch das SGB XII die einheitliche Gewährung von ambulanten und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe übertragen bekommen hatten, wurden aufgelöst und diese Aufgabe an die 44 Stadt- und Landkreise übertragen. Der neu gegründete Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) war ab diesem Zeitpunkt für Sozialplanung sowie die Koordinierung der Stadt- und Landkreise zuständig.

Der Übergang von den beiden Landeswohlfahrtsverbänden auf die Stadt- und Landkreise fiel in die Phase, in der das ab 2001 geltende neunte Sozialgesetzbuch SGB IX den Behinderungsbegriff einheitlich definiert hatte und als leistungsberechtigt für Leistungen der Eingliederungshilfe im SGB XII vom 27.12.2003 übernommen wurde, wer „wesentlich in der Fähigkeit eingeschränkt ist, an der Gesellschaft teilzuhaben“. Die Leistungen umfassten die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX bis 31.12.2017. Für Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung waren die „Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten“ (Nummer 3) sowie „Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnformen“ (Nummer 6) und „Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ (Nummer 7) relevant. Diese relativ unbestimmten Leistungen wurden in einem Landesrahmenvertrag festgeschrieben und sollten von der Vertragskommission SGB XII weiterentwickelt werden. In dem Landesrahmenvertrag (LRV) wurden keine Leistungen oder Hilfen definiert, sondern Leistungstypen. Diese blieben auf stationäre Wohnformen, getrennt für geistig, körperlich und seelisch behinderte Menschen, beschränkt und wurden auf der Grundlage von fünf Hilfebedarfsgruppen nach dem HMB-W-Verfahren finanziert. Leistungstypen für tagesstrukturierende Maßnahmen blieben bei Menschen mit seelischer Behinderung auf die WfbM bzw. eine Art Tagesförderstätte (LT I.4.5b) beschränkt, die allerdings nur in Verbindung mit der stationären Wohnform angeboten werden konnte.

Das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens, das in den anderen Bundesländern zur tragenden Säule der längerfristigen Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wurde, blieb im LRV unregelt. Auch die Hilfeplanung als Grundlage für die individuelle Leistungserbringung wurde nicht festgelegt. Lediglich in den Regionen des Implementationsprojekts wurde eine individuelle Hilfeplanung mit dem IBRP durchgeführt, die dann wie in einigen weiteren Regionen in einem ABW mit flexiblen Betreuungsschlüsseln umgesetzt wurde.

Zwischenzeitlich wurde der Nachweis erbracht, dass der frühzeitige Bezug von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe der Eingliederungshilfe in ambulanter Form wirksam ist. Mit der vom KVJS durchgeführten Studie zur Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung in Baden-Württemberg (Wie-Wohnen-BW) wurde erstmals in Deutschland wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe bei Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern. Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung war, dass der Ort und die Art der Leistungserbringung sich oft prozesshaft ändern. Über die Zeit von 1,5 Jahren reduzierte sich die Zahl der Problembereiche, in denen Unterstützung benötigt wurde. Vor allem im sozialen Bereich wie Partnerschaft oder soziale Beziehungen allgemein, aber auch beim Umgang mit Symptomen empfanden sich die Betroffenen am Ende häufiger ausreichend unterstützt oder die Probleme verschwanden ganz (Jaeger et al. 2021).

1.14 Situationsanalyse zum Stand der Leistungen für Menschen mit Behinderungen

Die Situationsanalyse wurde nach längerer Diskussion in der Vertragskommission in Auftrag gegeben, als das Bundesteilhabegesetz bereits in einem Beteiligungsprozess erstellt wurde. Mit der Situationsanalyse wurden landesweite Strukturdaten im Bereich der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie bereitgestellt. Sie sollte nicht nur zeigen, wie viele Leistungsempfänger die jeweiligen Stadt- und Landkreise haben, sondern zusätzlich deren Angebotsseite betrachten und dieser gegenüberstellen. Damit sollte erstmals ein Gesamtüberblick zu einem einheitlichen Stichtag (31.12.2014) für Baden-Württemberg gegeben werden. Darüber hinaus sollte die Situationsanalyse auch Themen, Herausforderungen und Planungsinhalte aus Sicht der 44 Stadt- und Landkreise bei der Unterstützung von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung sowie Menschen mit seelischer Behinderung aufzeigen und eine Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Angebote in den Stadt- und Landkreisen bieten.

Um eine Planungsgrundlage zu bieten, unterscheidet die Situationsanalyse zwischen Standortperspektive und Leistungsträgerperspektive. Die „Standort-Perspektive“ beantwortet die Frage: Welche Angebote werden innerhalb der jeweiligen Kreisgebiete vorgehalten und wie viele Menschen mit Behinderung nutzen diese?“ (...) Die „Leistungsträger-Perspektive“ beantwortet die Frage: Für wie viele Menschen mit Behinderung übernehmen die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg eine Leistung der Eingliederungshilfe? (...) Die Schnittmenge zwischen „Leistungsträger-Perspektive“ und „Standort-Perspektive“ bilden die Leistungsempfänger, die ein Angebot im Herkunftskreis erhalten.“ (KVJS 2017, S.71). Mit der Information, wie viele Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung ein Angebot im Herkunftskreis erhalten, sollte die Weiterentwicklung der Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund effektiviert werden können.

Für das Ambulant Betreute Wohnen war der Anteil der Leistungsempfänger im Herkunftskreis zufriedenstellend. Nicht so im Stationär betreuten Wohnen: „Zum Jahresende 2014 lebten 47,8 % der 4.899 Menschen (...) in ihrem Herkunftskreis. In 9 Kreisen lebten mehr als 60 % der stationär Wohnenden mit seelischer Behinderung in dem Kreis, der auch zuständiger Leistungsträger für sie war. Betrachtet man exemplarisch die benachbarten Landkreise Bodenseekreis (110) und Ravensburg (167) (...) wird für den Bodenseekreis deutlich, dass neben den 53,6 % der stationär im Herkunftskreis Wohnenden weitere 35,5 % der Leistungsempfänger des Kreises im benachbarten Landkreis Ravensburg wohnten.“ (...) Bei den „Neufällen“ lag die Quote der Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe zum stationären Wohnen in ihrem Herkunftskreis erhielten bei 44,4 %.“ (ebd., S.71f.).

Damit lag sie immerhin mit 3,3 % unter der bei der Bestandserhebung ermittelten Quote. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass Neufälle in ihrem Herkunftskreis vor

allem Leistungen des Ambulant betreuten Wohnens erhielten und sich die Praxis fortsetzte, dass die Kliniken „überregional“ in „Stationär betreutes Wohnen“ vermittelten. Die Relativierung der Eigenbelegungsquote mit Verweis auf den Bodenseekreis greift zu kurz, da dort eine singuläre Konstellation vorlag. In der zentralen Zusammenfassung wird denn auch kritisch bemerkt: „Etwa ein Drittel der Erwachsenen mit seelischer Behinderung im stationären Wohnen wurde in vier Landkreisen betreut (Rhein-Neckar-Kreis, Reutlingen, Ortenaukreis und Freudenstadt)“. (S.94).

Aufschlussreich ist auch der Transfer in andere Bundesländer. „Zum Stichtag 31.12.2014 erhielten insgesamt 348 Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung aus Baden-Württemberg ein stationäres Wohnangebot in einem anderen Bundesland. Zum gleichen Zeitpunkt lebten 205 Personen aus anderen Bundesländern in einem stationären Wohnheim in Baden-Württemberg. In Baden-Württemberg werden somit weniger Menschen mit seelischer Behinderung aus anderen Bundesländern betreut als umgekehrt.“ (S.74). Es erscheint nicht abwegig, dass der Transfer in andere Bundesländer vor allem Unterbringungen nach § 1906 BGB betrifft und dass die Grenznähe zu anderen Bundesländern eine Rolle spielt.

Die Situationsanalyse zeigt in bemerkenswert offener Weise die Versäumnisse seit der Einführung des neunten Sozialgesetzbuches im Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung auf. Mit Verweis auf das in § 19 der UN-Behindertenrechtskonvention verbriefte Recht auf unabhängige Lebensführung wird eingestanden, dass selbst im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung die stationäre Wohnversorgung im Herkunftskreis dürftig ist. Ein wesentlich größeres Problem wird jedoch nicht angesprochen: die Versorgung von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen

1.15 Pflegeheime für Menschen mit seelischer Behinderung

In der qualitativen Auswertung der Situationsanalyse wird von einem Drittel der Landkreise das Thema der psychisch kranken Personen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB angesprochen. Im Gegensatz zu den norddeutschen Bundesländern (Jenderny et al. 2020, s.o. S.22f.) wurde diese Problematik in Baden-Württemberg mit wenigen Ausnahmen nicht im Rahmen der Eingliederungshilfe angegangen. Lange Zeit bestand das Problem für die psychiatrischen Kliniken nicht, da sie schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen in Pflegeheime verlegen konnten. Diese Praxis wurde mit den in § 55 SGB IX bis 31.12.2017 festgelegten „Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ nicht beendet. Die Stadt- und Landkreise forcierten nicht den Ausbau von Wohnheimen der Eingliederungshilfe; im Landkreis Ravensburg wurde im Gegenteil versucht, die Umwandlung der dezentralen Heimplätze (Konrad 2006, s.S. 16) zu verhindern. Die psychiatrischen Kliniken

nutzten daher vermehrt alle Typen von Pflegeheimen (s.u.) in und außerhalb Baden-Württembergs, um für „schwierige Patient:innen“ eine Weiterversorgung zu erreichen.

In der Situationsanalyse wurden die Leistungen in Pflegeheimen mit Ausnahme der „binnen-differenzierten“ Heime nicht erfasst, aber das Planungsreferat des KVJS hatte im Februar 2014 eine Untersuchung zu der Problematik vorgelegt, die alarmierende Fakten ans Licht brachte. Nach einer auf Daten der Kreise basierenden Hochrechnung wären am Jahresende 2011 in Baden-Württemberg 5.187 Personen mit psychischer Erkrankung unter 65 Jahren in Pflegeheimen gewesen. In Pflegestufe 0 wären es immer noch 1.351, von denen genau die Hälfte an Schizophrenie erkrankt wäre. „Wird die geschätzte Anzahl von 5.187 Personen mit der in der GPV-Dokumentation 2011/2012 des KVJS erhobenen Anzahl von Leistungsempfängern in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe (N=4.688) verglichen, würden mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen unter 65 Jahren in Pflegeheimen leben als in Wohnheimen der Eingliederungshilfe“ (Blankenfeld et al. 2017).

Pflegeheime wurden in der Sozialpsychiatrie bundesweit unter dem Etikett Schattenpsychiatrie diskutiert (Vock et al. 2007). Die zentrale Rolle, die Pflegeheime bei der Versorgung schwer beeinträchtigter psychisch kranker Personen in Baden-Württemberg einnehmen, entwickelte sich in einem differenzierten Prozess. Ausgehend von der ersten Enthospitalisierungswelle im Umfeld der Psychiatrie-Enquête ist er mit dem Begriff des **Fachpflegeheims** bei der Einführung der Pflegeversicherung und der zeitgleichen Rechtsformänderung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser (PLK) verbunden. Mit der Umstatuierung in Zentren für Psychiatrie entschied das Sozialministerium, die Langzeitbereiche aus der Klinikhierarchie herauszulösen und sie als **Wohn- und Pflegeheime** nach SGB XI zu führen. Dem schlossen sich das Vinzenz von Paul-Hospital in Rottweil und das Christophsbad in Göppingen sowie die LWV-Eingliederungshilfe (jetzt Habila) am Rabenhof in Ellwangen an.

Parallel suchte der LWV Württemberg-Hohenzollern eine Lösung zur Erschließung der Sachleistungen der Pflegeversicherung für den Bereich der Behindertenhilfe, in dem die Heime ausschließlich über Leistungen der Eingliederungshilfe finanziert wurden. Auf diese Weise entstand das Modell der **Binnendifferenzierung**, bei der die Heime neben einer Leistungsvereinbarung für Leistungen der Eingliederungshilfe einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse zur Abrechnung der Pflegesachleistung entsprechend der jeweiligen Pflegestufe vereinbarten.

Die dritte Variante eines Fachpflegeheims wurde nach der Einführung des SGB XII in Baden eingeführt. Die Initiative ging vor allem von den **Kreispflegeheimen** aus, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen hatten und nach der Kommunalreform mit dem Standortlandkreis eine Leistungsvereinbarung für ein Eingliederungshilfemodul vereinbarten. Es ist

davon auszugehen, dass dieses Modell von einigen privaten Leistungserbringern in Baden übernommen wurde.

Die vierte Variante entstand in **Altenpflegeheimen privater Leistungsanbieter**. Ein Teil der privaten Pflegeheime erhielt im Anschluss an die Umstellung auf SGB XII vermehrt Anfragen aus psychiatrischen Kliniken. Das Aufnahmeverfahren für die Wohnheime der Eingliederungshilfe hatte sich durch die Prüfung der wesentlichen Behinderung deutlich verlängert, so dass die Kliniken das kurze Kostenbewilligungsverfahren der Hilfe zur Pflege vorzogen. Die zeitnahe Inanspruchnahme von Plätzen für psychisch erkrankte Menschen, für die kurzfristig kein Angebot in der Region gefunden werden konnte, verschärfte sich parallel zur Verkürzung der Verweildauern in den psychiatrischen Kliniken. Ein Teil der Altenpflegeheime spezialisierte sich auf diesen Personenkreis und bezeichnete sich in Folge als Fachpflegeheim für psychisch Kranke.

1.16 Pflege anstelle von Eingliederungshilfe

In der Vergangenheit wurde das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfeleistung nach **SGB XII** und Pflegeleistung nach **SGB XI** nicht eindeutig definiert. Die überörtlichen Sozialhilfeträger hatten bei Einführung der Pflegeversicherung gehofft, dass die Leistungen in stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderung über die Versicherungsleistung des **SGB XI** erbracht werden könnte. Dies wurde jedoch durch den auf körperliche Verrichtungen ausgelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff verhindert. In der Behindertenhilfe wurde zum Teil ein hohes Maß an Pflegeleistungen erbracht, aber ausschließlich durch den Träger der Eingliederungshilfe finanziert. Die Leistung zur Teilhabe, die nach SGB IX allein durch die Eingliederungshilfe erbracht werden sollte, wurde daher begrifflich verwässert. Für die psychiatrischen Kliniken war das nicht relevant; ihnen ging es ausschließlich darum, dass die Patienten versorgt waren, um nicht mehr in der Klinik aufgenommen werden zu müssen.

Die Entlassung in ein Pflegeheim gestaltet sich erheblich leichter als die Aufnahme in ein Wohnheim der Eingliederungshilfe. Es bedarf lediglich der Genehmigung des Sozialamts, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskostenanteil über Leistungen der Hilfe zur Pflege im Pflegeheim übernommen werden. Da die Investitionskosten der privaten Träger nicht öffentlich gefördert wurden, ist ihr IK-Anteil höher als bei kommunalen Pflegeheimen oder Heimen der Wohlfahrtspflege. Ein Teil der privaten Altenpflegeheime griff den Bedarf der psychiatrischen Kliniken auf und spezialisierte sich mit Teilen bzw. der gesamten Einrichtung für die Aufnahme von „schwierigen“ psychisch kranken Menschen – auch durch den Aufbau geschlossener Wohngruppen. Chronisch psychisch erkrankten Menschen bleiben dadurch jedoch die ihnen gesetzlich zustehenden Teilhabeleistungen verwehrt.

1.17 Stand der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg

1.17.1 Klinische Versorgung

Wie Schaubild 1 zeigt, hat sich die Struktur der vollstationären psychiatrischen Versorgung elementar verändert. Übernahmen vor der Rechtsformänderung lediglich die neun Psychiatrischen Landeskrankenhäuser sowie das Bürgerhospital in Stuttgart und die Psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Sigmaringen die Aufgabe der Pflichtversorgung, wird diese Aufgabe zwischenzeitlich in drei Viertel der 44 Kreise wahrgenommen. Es hat sich ein dezentrales und vielfältiges Angebot psychiatrischer Kliniken, Satellitenstationen der psychiatrischen Kliniken, psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken entwickelt, in das häufig auch tagesklinische Angebote integriert sind. Allerdings werden in den Tageskliniken nur noch zu einem geringen Prozentsatz Menschen mit psychotischen Erkrankungen behandelt.

Lediglich im südwestlichen Teil Badens werden mehrere Landkreise von einem Zentrum für Psychiatrie (Emmendingen) versorgt; eine psychiatrische Abteilung am neu zu erstellenden Kreiskrankenhaus in Lörrach ist jedoch in Planung. Ein Teil der Kliniken bietet stationsäquivalente Behandlung an. Die Voraussetzungen für die Organisation einer kreisbezogenen Anschlussversorgung für Menschen mit langfristigem Unterstützungsbedarf haben sich somit deutlich verbessert.

Stationäre Plätze
Allgemeinpsychiatrie/Sucht
mit Versorgungsverpflichtung



Anders sieht die Situation bei den Kliniken für forensische Psychiatrie und Psychotherapie aus. Plätze des Maßregelvollzugs für Personen mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen nach § 63 StGB gibt es lediglich an 6 Standorten, die Hälfte davon im südöstlichen Teil Baden-Württembergs. Im bevölkerungsreichen Teil Nordwürttembergs existieren lediglich 73 Plätze in Weinsberg, psychisch kranke Rechtsbrecher aus Stuttgart werden in dem 170 Kilometer entfernten Weissenau behandelt. Die Kliniken des Maßregelvollzugs müssen daher mit mehreren, teilweise weit entfernten Einrichtungen zu der Lösung einer Anschlussversorgung kommen.

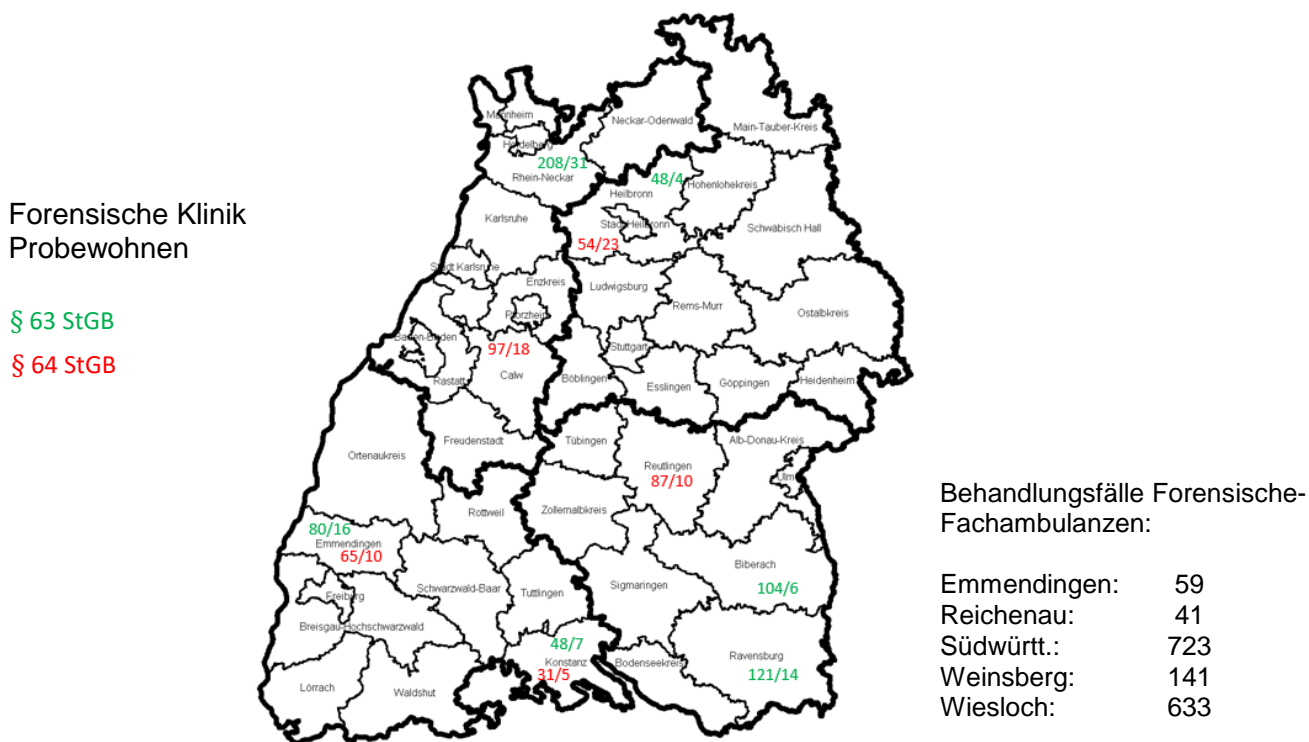
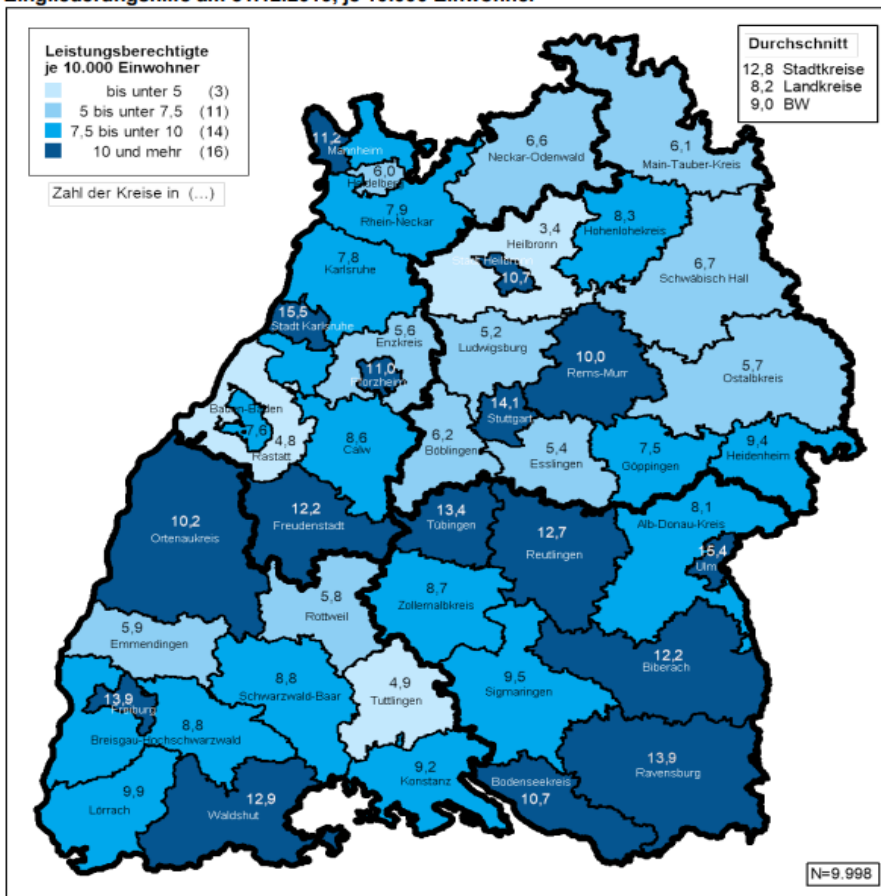


Schaubild 2

1.17.2 Wohnversorgung

Die Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2019/2020 gibt den Stand der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung zum Stichtag 31.12.2019 wieder. Den Schaubildern kann entnommen werden, wie viele Personen in welchem Angebot im Stadt- bzw. Landkreis unterstützt werden. Dies erfolgt über die Kennziffer der leistungsempfangenden Personen je 10.000 Einwohnern.

Leistungsberechtigte mit psychischer Erkrankung im ambulant betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe am 31.12.2019, je 10.000 Einwohner

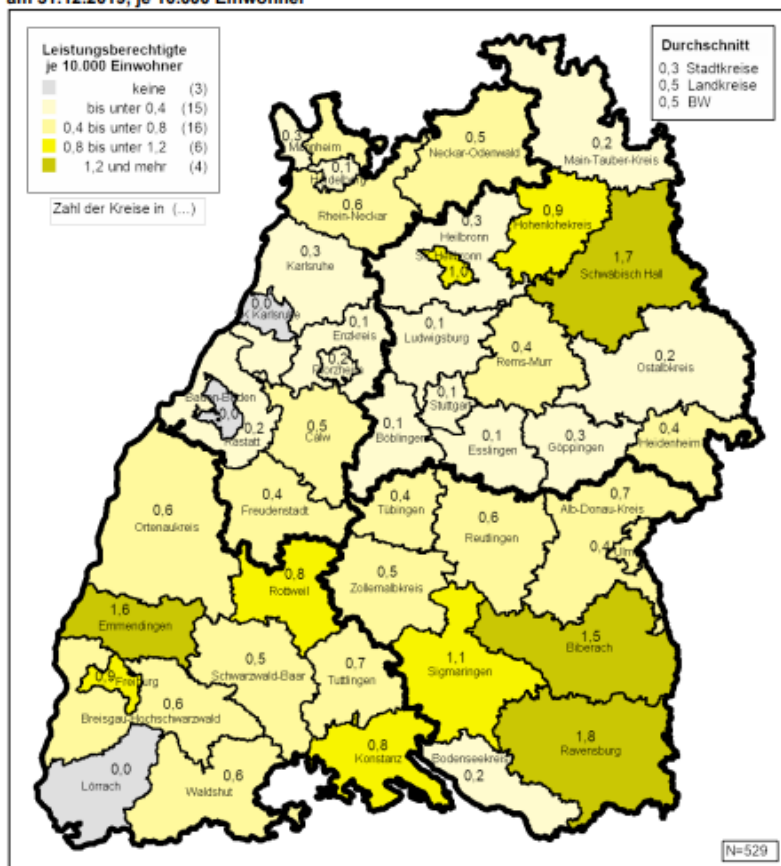


Grafik: KVJS. Datenbasis: KVJS-Berichterstattung: Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und dem SGB IX 2019. Stuttgart 2020 (Leistungsträger-Perspektive).

Schaubild 3

Im Ambulant betreuten Wohnen erhielten zum Stichtag nahezu 10.000 Personen Unterstützungsleistungen, also nahezu doppelt so viele wie 2011. Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Kreisen. In den kreisfreien Städten leben anteilig mehr Personen im ABW als in Landkreisen, im Durchschnitt 12,8. Allerdings gibt es interessante Abweichungen. Die Stadt Heidelberg liegt mit 6,0 sogar unter dem Durchschnitt der Landkreise (8,2). Dem stehen Landkreise gegenüber, in denen anteilig mehr Personen im ABW unterstützt werden als im Durchschnitt der Stadtkreise, wie die Landkreise Ravensburg und Waldshut. Aber auch weitere Landkreise liegen über 10, wie ein Großteil des Regierungsbezirks Tübingen oder Freudenstadt und der Ortenaukreis, während die Landkreise Emmendingen und Rottweil mit großen psychiatrischen Kliniken unter 6,0 liegen.

Leistungsberechtigte mit psychischer Erkrankung im begleiteten Wohnen in Gastfamilien am 31.12.2019, je 10.000 Einwohner



Grafik: KVJS. Datenbasis: KVJS-Berichterstattung: Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und dem SGB IX 2019. Stuttgart 2020 (Leistungsträger-Perspektive).

Schaubild 4

Betreutes Wohnen in Gastfamilien (BWF) wird zwar in Baden-Württemberg wesentlich stärker genutzt als in anderen Bundesländern, ist aber bei Menschen mit seelischen Behinderungen leicht rückläufig gegenüber 2017. Mit 529 Personen stellt es ein ambulantes Nischenangebot dar, das im südlichen Landesteil stärker genutzt wird als im nördlichen. In den kreisfreien Städten kommt es kaum zur Anwendung, überraschenderweise aber auch wenig in ländlichen Regionen wie dem Main-Tauber-Kreis und dem Ostalbkreis. Traditionell wurde es als Alternative zum Langzeitbereich der PLK genutzt. Die relativ hohen Zahlen in Landkreisen mit ZfP wie Ravensburg, Biberach und Emmendingen zeigen jedoch, dass es auch für jüngere chronisch psychisch kranke Patienten genutzt werden kann. In der Praxis hat es sich für Menschen mit seelischer Behinderung als Alternative zur Stationären (jetzt besonderen) Wohnform erwiesen.

Eine Auswertung zum Thema „Unterbringung nach § 1906 BGB“ findet sich erstmals in der GPV Dokumentation zum Stichtag 31.12.2015. Darin wurde die Zahl von 648 Bewohner:innen erfasst, 245 in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und 403 in Einrichtungen der psychiatrischen Pflege (SGB XI). In der GPV-Dokumentation zum Stichtag 31.12.2017 war die Gesamtzahl moderat auf 707 angestiegen, 262 Personen (37 %) in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe und 445 (63 %) in einer Einrichtung der psychiatrischen Pflege. In der GPV-Dokumentation zum Stichtag 31.12.2019 war schließlich ein deutlicher Anstieg auf 900 Plätze zu verzeichnen. Wieder war der Anstieg der Plätze in den Einrichtungen der psychiatrischen Pflege (584) stärker als in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe (316). Die Pflege macht zwischenzeitlich ein Drittel der Unterbringung nach § 1906 BGB aus.

Die meisten Unterbringungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind im Rhein-Neckar-Kreis (63) und der Stadt Stuttgart (55) zu verzeichnen. In Stuttgart liegt die Eigenbelegungsquote bei 98 %, im Rhein-Neckar-Kreis bei 24 %. Damit wird deutlich, dass es sich um unterschiedliche Konzepte handelt. In Stuttgart sind die geschlossenen Heime Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Gesamtkonzepts und stehen in engem Austausch mit allen Bausteinen des GPV. Das zeigt auch die hohe Eigenbelegungsquote der offenen Wohnheime und die hohe Zahl der Leistungen im ABW. Stuttgart scheint – vermutlich auch durch die engagierte Psychiatrieplanung - die einzige kreisfreie Stadt Baden-Württembergs mit einem entsprechenden Gesamtkonzept zu sein. In den Einrichtungen der psychiatrischen Pflege ist die Eigenbelegungsquote in Kreisen mit einer Platzzahl ab 20 ähnlich niedrig bzw. niedriger als in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Rhein-Neckar-Kreis. Im Landkreis Göppingen liegt sie bei 22 %, im Rems-Murr-Kreis bei 14 % und im Landkreis Rottweil bei 11 %.

Die Zahlenbasis für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Anschluss an eine schwere Krise oder die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik scheint demnach vorhanden zu sein. Es gibt jedoch den missing link, der weder durch die Situationsanalyse noch durch die in zweijährigen Abständen erfolgende GPV-Dokumentation geschlossen wurde. Der Anteil der psychiatrischen Pflegeheime, in denen psychisch erkrankte Menschen ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten und keine ihnen gesetzlich zustehenden Leistungen zur Teilhabe, ist nicht bekannt. Ebenso wenig gibt es nähere Informationen über die Menschen, die in diesen Einrichtungen versorgt werden. Bekannt ist hingegen, dass die meisten psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg Probleme haben, eine adäquate Anschlussversorgung für die am meisten belasteten psychisch kranken Menschen zu finden. Der Landespsychiatrieplan des Jahres 2018 gibt folgende Empfehlung: „Ziel muss es sein, dass Behandlungs- und Versorgungspfade (chronisch) psychisch kranker Menschen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sind.“

1.18 Der Gemeindepsychiatrische Verbund als Steuerungsinstrument der Versorgung schwer beeinträchtigter psychisch erkrankter Menschen

15 Jahre nach Veröffentlichung des Landespsychiatrieplans 2000, in dem ein Psychisch-Kranken-Gesetz bereits angesprochen worden war, tritt das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg in Kraft. Es wurde in einem breiten Beteiligungsprozess erarbeitet und durch das besondere Engagement des Landtagsabgeordneten Manfred Lucha einstimmig vom Landtag beschlossen. Innovative Elemente des PsychKHG BW sind der Fokus auf **Hilfen** und die gesetzliche Einführung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in allen Landkreisen. Mit dem Gesetz werden die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) zu einer verpflichtenden Leistung des Landes als ambulante Ergänzung der ärztlich-psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und zur Vermittlung sozialer Hilfen für insbesondere chronisch kranke oder behinderte Menschen (§ 6). Dementsprechend muss der SpDi Mitglied des Gemeindepsychiatrischen Verbundes nach § 7 sein.

Der Begriff der Hilfen umfasst allerdings nicht nur die Sozialpsychiatrischen Dienste und die psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Hilfen der Krankenbehandlung nach SGB V, sondern auch die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX. Die Hilfen sollen nach § 7 PsychKHG BW abgestimmt von **allen** stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes auf der Ebene der Stadt- und Landkreise erbracht werden. Baden-Württemberg hat damit als erstes Bundesland gesetzlich festgelegt, was von der Expertenkommission 1988 gefordert wurde. Im Praxiskommentar wird explizit darauf hingewiesen, dass die zentrale Idee eines GPV darin besteht „durch gemeinsame Koordination und Planung der unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen einer **Versorgungsregion** eine **Vollversorgung** von psychisch kranken Menschen auch außerhalb des klinischen Bereichs zu erhalten.“ (Meyder et al. 2015, S. 57).

Die zentrale Rolle bei der verbesserten Planung im Rahmen des GPV kommt der Koordination der Hilfsangebote nach § 8 PsychKHG durch die Landkreise zu. Leider wurde die „Moderation dieses Prozesses zur Versorgungsentwicklung durch die Stadt- und Landkreise im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeit für die kommunale Sozialplanung“ (§ 7 Satz 5) nur empfohlen. Diese Entscheidung hat sich zwischenzeitlich als Hemmschuh für die Entwicklung flächendeckender Gemeindepsychiatrischer Verbände erwiesen. Die Organisation und Aufrechterhaltung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erfordert eine ausreichende Personalkapazität für die Psychiatrieplanung, die in einer Verwaltungsvorschrift festgelegt werden muss. Sie unterscheidet sich erheblich zwischen den Stadt- und Landkreisen.

Die Steuerungsverantwortung der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) erheblich gestiegen. Nach § 95 SGB IX haben die Stadt- und Landkreise als Träger der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg „im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag)“. Den Bundesländern kommt nach § 94 Absatz 3 die Aufgabe zu, „auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken“ und die Träger der Eingliederungshilfe bei ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterstützen. Das bedeutet für Baden-Württemberg, dass die Sicherstellung der erforderlichen Angebote leistungsträger- und leistungserbringerübergreifend im Gemeindepsychiatrischen Verbund auf Kreisebene erfolgt und die Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Angehörigen einbezogen werden.

Der Landespsychiatrieplan des Jahres 2018 gibt folgende Empfehlung: „Ziel muss es sein, dass Behandlungs- und Versorgungspfade (chronisch) psychisch kranker Menschen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sind. Insbesondere beim Übergang aus der klinischen in die ambulante, gemeindenahere psychiatrische Versorgung ist eine verbindliche Vorgehensweise zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren. (...) Ziel der personenzentrierten Hilfeplanung ist, dass alle psychisch kranken Menschen unter 65 Jahren entsprechend ihres individuellen Hilfebedarfs vorrangig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und bei Bedarf zusätzlich Leistungen der häuslichen Pflege. (...). Auch für psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren mit Unterbringungsbeschluss aufgrund einer Selbstgefährdung nach § 1906 BGB soll eine wohnortnahe Versorgung angestrebt werden. (...) Sozialplanung und Gemeindepsychiatrischer Verbund sollen gemeinsam bedarfsgerechte und passgenaue Angebote für diesen Personenkreis entwickeln.“ (LPP 2018, S.57f.).

2 Erhebung in Wohn- und Unterstützungsformen der Eingliederungshilfe und der Pflege

Um wissenschaftlich belastbare Informationen über die Gesamtversorgung der Personengruppe von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in unterstützten Wohnformen zu erhalten, wäre eine Gesamterhebung in den 44 Stadt und Landkreisen Baden-Württembergs erforderlich gewesen. Dies hätte den zeitlichen und personellen Rahmen bei weitem gesprengt und wäre angesichts der zu diesem Zeitpunkt gestarteten Umsetzung des BTHG nicht sinnvoll gewesen. Die Arbeitsgruppe einigte sich daher auf die Vorgehensweise, in vier Landkreisen mit einem bedeutenden Anteil von Psychiatrischen Fachpflegeheimen (s.S.27) eine Vollerhebung zu machen.

Es sollten gleichrangig der badische und der württembergische Teil berücksichtigt werden. Durch Mitgliedschaft in der Arbeitsgruppe lag es nahe, den **Stadtkreis und den Landkreis**

Heilbronn als einen Kreis sowie den **Rems-Murr-Kreis** und den **Landkreis Emmendingen** auszuwählen. Als zweiter badischer Kreis erklärte sich der Nachbarlandkreis Breisgau-Hochschwarzwald bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Nach dem Ausfall des Psychiatrieplaners während der Vorbereitung erklärte sich kurzfristig der **Landkreis Schwäbisch Hall** zur Teilnahme bereit. Dies erschien passend, da sich gezeigt hatte, dass sowohl leistungsberechtigte Personen des Stadt- und Landkreises Heilbronn als auch des Rems-Murr-Kreises in größerem Umfang in Einrichtungen des Landkreises Schwäbisch Hall versorgt werden. Der badische Landesteil blieb damit jedoch unterrepräsentiert.

Die Psychiatrieplanenden der vier Kreise übernahmen die Koordination der Erhebung. Der Auftrag zur Durchführung der Erhebung wurde an die Forschungsabteilung der Klinik I der Universität Ulm in Ravensburg-Weissenau vergeben, bei der entsprechendes Fachwissen vorhanden ist und bereits Vorarbeiten zur Basisdokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund vorlagen³. Die Koordination zwischen der Erhebung durch die Einrichtung und der Auswertung der Daten sowie die Aufarbeitung der Daten oblag dem Referat „Psychiatrie, Sucht“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg.

2.1 Untersuchte Wohntypen

Grundsätzlich ist von vier verschiedenen Wohntypen auszugehen:

- Ambulant unterstütztes Wohnen
- Betreutes Wohnen in Familien
- Stationäre Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Die stationären Wohnformen werden als offene Formen oder als geschlossene Formen für Personen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB erfasst. Theoretisch war es möglich, Bewohnerinnen und Bewohner in 16 verschiedenen Wohnformen zu erfassen.

Ambulant unterstütztes Wohnen (ABW) kann Einzel-, Paar- oder Gruppenwohnen in einer eigenen oder einer Mietwohnung bedeuten, wobei die Leistungserbringung unabhängig vom Wohnen erfolgt. Wenn ein Leistungserbringer gleichzeitig der Wohnungsvermieter ist, muss er mit der leistungsberechtigten Person sowohl einen Mietvertrag als auch einen Unterstützungsvertrag abschließen. Beide Verträge dürfen nicht miteinander verbunden werden, die

³ Die Forschungsabteilung macht seit dem Jahr 2005 die Auswertung der GPV-Dokumentation für den Landkreis Ravensburg und den Bodenseekreis, an der sich alle Dienste und Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung der beiden Landkreise beteiligten. Seit diesem Zeitpunkt liegt eine Vollerfassung des gemeindepsychiatrischen Leistungsgeschehens aus der Leistungserbringerperspektive vor (siehe Jahresbericht 2005 hrsg. Trägergemeinschaft GPV des Landkreises Ravensburg). Die Zahlen der Auswertung von 2020 werden in diesem Bericht zum Teil verwendet.

Kündigung des Mietvertrags muss aus dem Mietrecht erfolgen. Ambulant unterstütztes Wohnen konnte auch in Form eines Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX bis 31.12.2017 angeboten werden – die leistungsberechtigte Person erhält dabei eine monatliche pauschale Geldleistung, mit der sie die Leistungserbringung nach eigener Wahl gestalten kann. Der Betreuungsschlüssel für das ambulant unterstützte Wohnen liegt traditionell bei 1:10 und wird als Pauschale finanziert. In einigen Landkreisen wurden differenzierte Pauschalen entsprechend dem individuellen Hilfebedarf eingeführt und als Intensiv Betreutes Wohnen, ABW flex etc. bezeichnet.

Das **Betreute Wohnen in Familien** (BWF) ging aus der Psychiatrischen Familienpflege hervor, die 1985 nach nahezu fünfzigjähriger Abwesenheit in Deutschland wiedereingeführt wurde. BWF ist eine Wohn- und Unterstützungsform, die sich der Logik des deutschen Sozialrechts entzieht. Die Gastfamilie erbringt Versorgungs- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit wesentlicher Behinderung für eine mit ihr nicht in aufsteigender oder absteigender Linie verwandten Person. Sie ist keine Pflegefamilie, da weder eine berufliche Qualifikation noch eine Zulassung erforderlich ist. Korrekt wäre der Begriff „Leben in Gastfamilien“, da es um den Integrationsprozess in der Gastfamilie geht und die Betreuung im Sinne der fachlichen Unterstützung durch den begleitenden Fachdienst erfolgt. Ein analoges Angebot gibt es für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung unter dem Begriff JuMeGa, aus dem heraus junge Erwachsene in einigen Fällen in BWF wechseln.

Die **stationäre Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe** kann in unterschiedlicher Form in Erscheinung treten. Weniger üblich für Menschen mit seelischer Behinderung sind Wohnheime im Rahmen einer sogenannten Komplexeinrichtung, in der neben dem Wohnangebot auch Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM) und tagesstrukturierende Angebote zu finden sind. In einigen Komplexeinrichtungen wie z.B. im Rhein-Neckar-Kreis werden in diesem Rahmen auch geschlossene Wohngruppen geführt. Üblich sind Wohnheime in der Größe zwischen 16 und 24 Plätzen, die meist in Wohngruppen aufgeteilt sind. Sie befinden sich in speziell zu diesem Zweck errichteten Häusern und sind als solche zu erkennen oder in bestehenden Mehrfamilienhäusern. In einem Teil der Wohnheime werden tagesstrukturierende Maßnahmen erbracht. Nach § 6 Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) Baden-Württemberg konnten auch solitäre Haushalte mit bis zu acht Plätzen als stationäre Wohneinrichtungen geführt werden. Sie haben die sogenannten Außenwohngruppen der Komplexeinrichtungen abgelöst. Geschlossene Wohnheime existieren solitär, in Komplexeinrichtungen und mit dem an der Untersuchung teilnehmenden Wohnheim im Landkreis Schwäbisch Hall in hybrider Form, d.h., mit einem Bereich, der durch technische Vorrichtungen sowohl offen als auch geschlossen geführt werden kann.

Die verschiedenen Formen der **stationären Pflegeeinrichtung** für Menschen mit psychischer Erkrankung ohne Altersdemenz wurden bereits auf Seite 27 beschrieben. Zu ergänzen

ist, dass binnendifferenzierte Wohn- und Pflegeheime mit Zusatzbetrag häufig in größeren Einrichtungen bzw. in ZfP zu finden sind. Die Pflegeheime nach W 15 + 16 werden in der Auswertung als Psychiatrische Fachpflegeheime bezeichnet und sind meist abseits von Städten, teilweise in Weilern, platziert. Ein Teil hat einen geschlossenen Bereich für Personen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 SGB IX.

Für die Datenerhebung wurden die Einrichtungen in 16 Formen aufgeteilt:

- W01 Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)
- W02 Ambulant Betreutes Wohnen mit differenziertem Betreuungsschlüssel
- W03 Betreutes Wohnen in Familien (BWF)
- W04 Betreutes Wohnen in Form Persönliches Budget
- W05 Wohnheim in der Gemeinde, das nicht als solches erkennbar ist
- W06 Wohngruppe nach § 1906 in Wohnheim nach W05
- W07 Wohnheim in der Gemeinde, das als solches erkennbar ist
- W08 Wohngruppe nach § 1906 in Wohnheim nach W07
- W09 Wohnheim in einer Komplexeinrichtung
- W10 Wohngruppe nach § 1906 in Komplexeinrichtung
- W11 Binnendifferenziertes Wohn- und Pflegeheim
- W12 Wohngruppe nach § 1906 in Wohnheim nach W11
- W13 Pflegeheim nach SGB XI mit Zusatzbetrag für psychosoziale/Teilhabeleistungen
- W14 Wohngruppe nach § 1906 in Pflegeheim nach W13
- W15 Pflegeheim nach SGB XI für psychisch Kranke
- W16 Wohngruppe nach § 1906 in Pflegeheim nach W15

2.2 Datenerhebung

Die Daten wurden im 1. Quartal 2021 erhoben. Der Erhebungsbogen der Weissenauer Forschungsabteilung umfasste folgende Variablen, die für jeden Bewohner in einer Excel-Tabelle erhoben werden sollten:

- Standortlandkreis der Einrichtung
- Typus der Einrichtung
- Datum des Beginns der Leistungserbringung
- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Kostentragender Stadt-/Landkreis
- Aufnahme von wo
- Beschäftigungssituation
- Gesetzliche Betreuung
- Psychiatrische Hauptdiagnose

- Komorbidität
- Hilfebedarfsgruppe
- Pflegegrad

Die Leistungserbringer der vier Landkreise wurden durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration angeschrieben und gebeten, an der Erhebung teilzunehmen. Daraufhin erfolgte in jedem Stadt-/Landkreis eine Videokonferenz, bei der der Zweck der Erhebung sowie die einzelnen Variablen erklärt wurden. Die Datenerhebung erfolgte in anonymer Form, die Bewohnerinnen und Bewohner erhielten Nummern, die der auswertenden Stelle nicht bekannt waren. Die Daten wurden in dieser Form elektronisch an die auswertende Stelle verschickt und einer Plausibilisierung unterzogen. Bei Bedarf setzte sich die auswertende Stelle mit der betreffenden Einrichtung in Verbindung.

2.3 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte für die Landkreise getrennt, entsprechend der 16 Einrichtungstypen. In einem zweiten Schritt wurden die Einrichtungstypen in sechs Cluster zusammengefasst und für die Landkreise einzeln sowie vergleichend ausgewertet:

- Ambulant Betreutes Wohnen
- Betreutes Wohnen in Familien
- Wohnheim der Eingliederungshilfe (EGH) offen
- Wohnheim EGH geschlossen
- Pflegeheim (offen)
- Pflegeheim (geschlossen)

Als erfreulichstes und positives Ergebnis kann gewertet werden, dass sich alle relevanten Leistungserbringer der vier Landkreise an der Erhebung beteiligten. Das ist vor allem für die Psychiatrischen Fachpflegeheime bemerkenswert, die noch nie in eine entsprechende Untersuchung eingebunden waren. Wie die Ergebnisse zeigen, ist deren Beteiligung in künftigen Untersuchungen unabdingbar, da diese Heime einen nicht unerheblichen Teil zu der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen beitragen. Die Untersuchung könnte ein erster Schritt gewesen sein, um die psychiatrischen Pflegeheime in die Gemeindepsychiatrischen Verbände zu integrieren.

2.4 Exkurs: Befragung der Versorgungsbedarfe der Kliniken und Abteilungen

Parallel zu der Untersuchung der unterstützten Wohnformen führte Herr Dr. Jens Bullenkamp vom ZI Mannheim und Mitglied der Arbeitsgruppe eine Befragung über komplexe Versorgungsbedarfe in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Baden-Württembergs mit Versorgungsverpflichtung durch. In einer Querschnitterhebung ab Februar 2021 zu aktuell in stationärer Behandlung befindlichen Patient:innen, sollte die Problemlage der Kliniken bei der Entlassung in eine notwendige Weiterversorgung für die Personengruppe mit komplexem Versorgungsbedarf ermittelt werden. Der komplexe Versorgungsbedarf wurde wie folgt definiert: Patient:innen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, bei denen eine Entlassung aus der Klinik wegen Eigengefährdung⁴, Fremdgefährdung, Pflegebedarf oder Wohnungslosigkeit noch nicht erfolgen konnte bzw. sich verzögert hat. Auf eine konkrete, objektivierbare Definition des Begriffs „verzögert“ wurde bewusst verzichtet, sodass die zu erfassende Personengruppe nach Ermessen der jeweiligen Klinik festgelegt wurde.

Die Befragung erhob keinen wissenschaftlichen Anspruch, sondern sollte die subjektive Einschätzung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen über ihre Situation wiedergeben. Die Aktualität des Themas wird durch die hohe Beteiligung von 75 % der angefragten Kliniken mit 83,2 % der im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten deutlich.

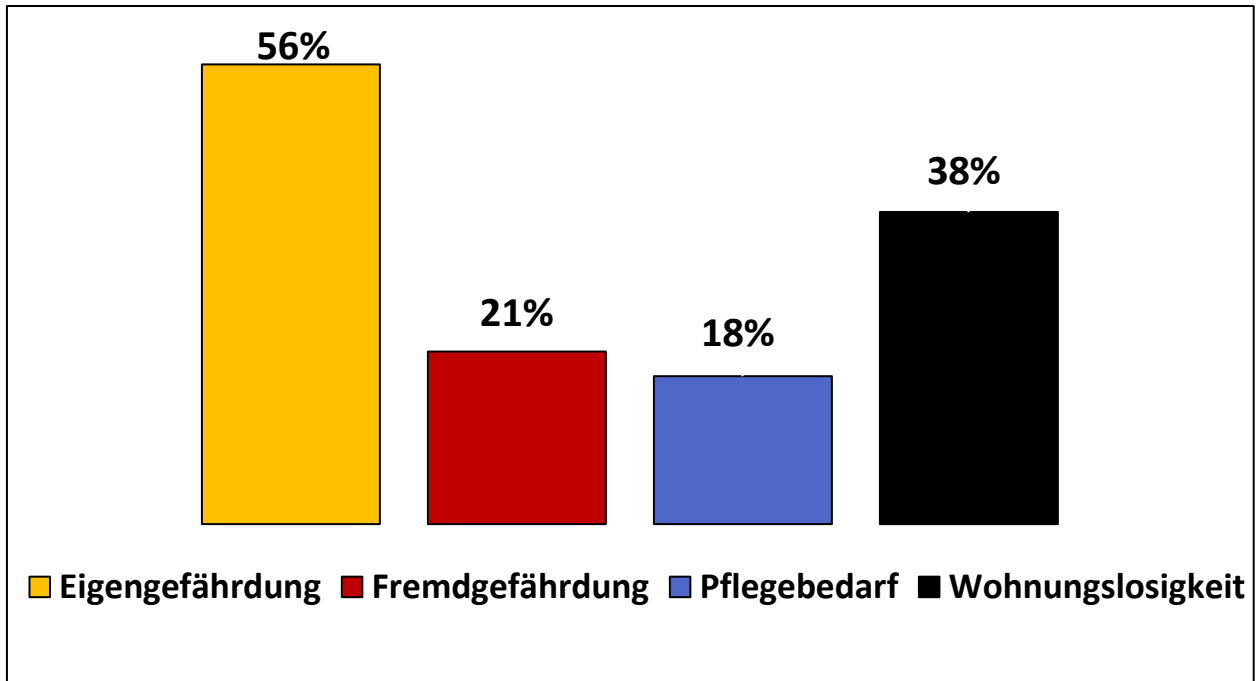
2.4.1 Ergebnisse der Befragung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen

Aus der Befragung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen ergaben sich folgende Ergebnisse: Insgesamt für 6,2 % der Patient:innen (334 Personen) wurde ein komplexer Versorgungsbedarf angegeben, der die Entlassung verunmöglicht oder verzögert. Die Patient:innen wiesen eine lange Verweildauer in der Klinik auf (durchschnittlich 100 Tage im Jahr 2020); mehrfach waren 72 % der 334 Personen aufgenommen worden. Sie verteilen sich homogen auf alle Altersgruppen, Männer überwiegen gegenüber Frauen (56 % vs. 44 %). Die häufigsten Hauptdiagnosegruppen sind Schizophrene Störungen (49 %), Affektive Störungen (19 %) und Suchterkrankungen (13 %). Psychiatrische Komorbidität liegt bei 48 % der Patient:innen vor, eine relevante somatische Komorbidität bei 19 %.

Die Gründe für den komplexen Versorgungsbedarf sind wie folgt verteilt (Mehrfachnennungen waren möglich):

⁴ Diese umfasste in verschiedenen Kliniken nicht nur Suizidalität, sondern auch Selbstverletzung, Verwahrlosung, provokantes Verhalten etc.

Schaubild 7



In welche Wohnform die Patient:innen voraussichtlich entlassen werden sollen bzw. welche Wohnform geplant ist, und ob diese in der eigenen Versorgungsregion oder außerhalb von dieser sein können, wurde in zwei getrennten Fragen erhoben:

Voraussichtliche Wohnform n. Entlassung Voraussichtliche Verortung n. Entlassung

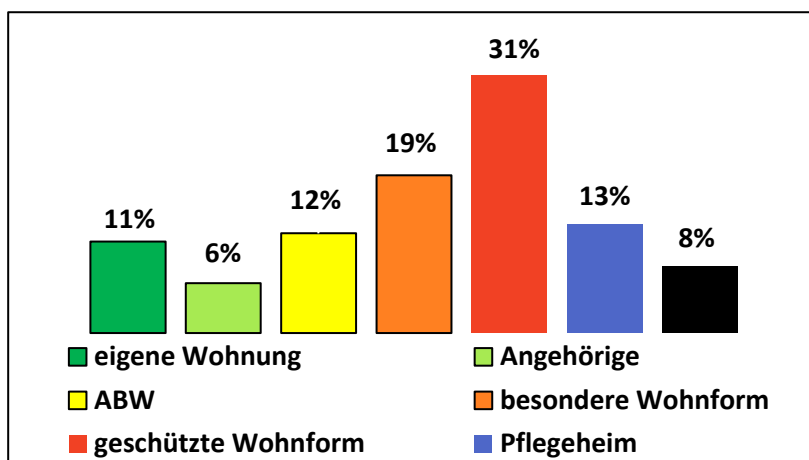


Schaubild 8

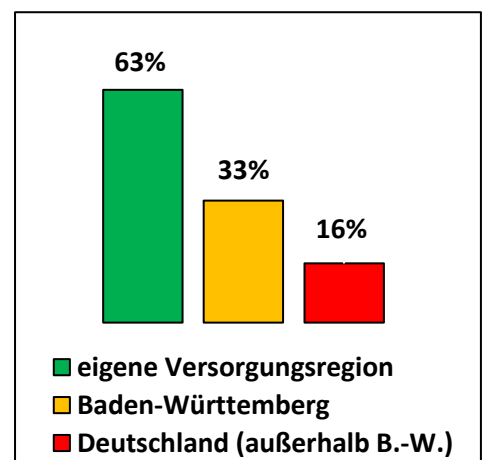


Schaubild 9

2.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden von Dr. Bullenkamp wie folgt zusammengefasst:

- Von den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Baden-Württemberg wurde ein Defizit außerklinischer Versorgungsangebote beklagt.
- Die erhobenen Daten unterschätzen eher die Bedarfslage, da sie nur die aktuelle Situation beschreiben und keine Längsschnitterfassung erfolgte.
- Im Querschnitt lässt sich in den Kliniken eine größere Personengruppe identifizieren, die wegen Eigen- oder Fremdgefährdung bzw. Wohnungslosigkeit oder Pflegebedarf besondere Hilfen benötigt.
- Hierfür werden bezüglich der Wohnversorgung in erster Linie geschützte Wohneinrichtungen oder andere stationäre Versorgungsangebote (offene Wohnformen, Pflegeheime) für notwendig erachtet.
- Geeignete Versorgungsmöglichkeiten sind nach Einschätzung der Befragten nur in etwas weniger als zwei Drittel der Fälle innerhalb der jeweiligen Versorgungsregion verfügbar.

2.4.3 Diskussion der Ergebnisse

Für die Untersuchung zur Wohnversorgung hat die Befragung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen eine eingeschränkte Relevanz. Sie dokumentiert nochmals die bereits 2018 vom ZI Mannheim geäußerte Not der klinischen Versorgung im Hinblick auf die aus ihrer Sicht weitere Versorgung der Personengruppe mit komplexem Hilfebedarf. Kritisch muss angesichts der Feststellung des Versorgungsbedarfs angemerkt werden, dass die Kenntnis des Versorgungssystems in den psychiatrischen Kliniken nicht sehr hoch ist. ABW findet, wie oben beschrieben (s.S. 38) in der eigenen Wohnung statt. Es ist daher die Frage, ob mit der eigenen Wohnung wie auch mit den Angehörigen gemeint ist, dass keine Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlich sind. Dann ist aber unklar, warum die Entlassung Probleme bereitet. Ähnlich verhält es sich mit der geschützten Wohnform und dem Pflegeheim. Wie die vorliegende Untersuchung zu unterstützten Wohnformen zeigt, befindet sich der größere Teil geschlossener Wohngruppen in Pflegeheimen.

Außerdem waren die Rückmeldungen sehr unterschiedlich. Es gab Abteilungen, die keine Problemanzeigen meldeten und Kliniken, die für die Weiterversorgten versuchten, mit dem zuständigen Stadt- bzw. Landkreis die Übernahme der Klinikkosten zu verhandeln. Deutlich wird bei der Auswertung der Befragung, dass die klinische Versorgung ihren Fokus im Hinblick auf die Problemlage ändern muss. Über gesundheitliche Bedarfe werden keine Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt. Dass die Probleme bei der Weitervermittlung vor

allem bei schizophrenen erkrankten Patienten:innen liegt, eröffnet hingegen die Möglichkeit, dass der Personenkreis mit der Beschreibung der mentalen Funktionen nach ICF Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erhält. Mit der Befragung wurde gezeigt, dass der Fokus auf die Diagnosen der leistungsempfangenden Personen gerichtet werden muss.

2.5 Ergebnisse der Untersuchung zum unterstützten Wohnen

Bei der Darstellung der Ergebnisse wird das Vorgehen der Situationsanalyse und der GPV-Dokumentation so übernommen, dass zunächst die Zahlen aus der Leistungserbringerperspektive und anschließend die Anzahl der leistungsempfangenden Personen aus dem jeweiligen Landkreis betrachtet werden. Bei der Leistungsträgerperspektive wird ausführlich auf die Leistungen der Eingliederungshilfe eingegangen, weil bei dieser Leistung die Steuerung ausschließlich bei den Stadt- und Landkreisen liegt – sowohl bei der Einzelfallsteuerung als auch bei der Versorgungssteuerung. Dabei wird auf die Ergebnisse der oben dargestellten GPV-Dokumentation zum Stichtag 31.12.2019 für die an der Wohnuntersuchung beteiligten Kreise zurückgegriffen. Um die Probleme bei der Versorgungssteuerung aufzuzeigen, werden die Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere im Hinblick auf den unterstützten Personenkreis und Unterbringungen nach § 1906 BGB, näher betrachtet.

2.5.1 Ergebnisse der Gesamterhebung

46 Leistungserbringer mit einem oder mehreren der Einrichtungstypen waren beteiligt. Bei der Erhebung wurden 2162 Bewohnerinnen und Bewohner in den verschiedenen unterstützten Wohn- und Pflegeangeboten der vier Kreise erfasst. Es handelt sich um eine Vollerhebung der Personengruppe von Menschen mit langfristigen schweren psychischen Beeinträchtigungen ohne altersbedingte Demenz in den beteiligten Kreisen. Die festgestellten Unterschiede zwischen den Kreisen sind damit auf jeden Fall aussagekräftig im Hinblick auf die Versorgungsstruktur des jeweiligen Kreises. Daher wurde auf die Berechnung der statistischen Signifikanz verzichtet⁵. Die Unterschiede zwischen den Kreisen können für diese als Benchmark für die Entwicklung der Fall- und Versorgungssteuerung herangezogen werden. Da die Versorgungsstruktur der beteiligten Kreise sehr unterschiedlich ist, dient die Auswertung auch nicht beteiligten Kreisen für ihre Weiterentwicklung.

In den stationären Formen der Eingliederungshilfe wurden die Platzzahlen mit dem Standortlandkreis festgelegt; in den ambulanten Wohnformen der Eingliederungshilfe ist prinzipiell eine unbegrenzte Aufnahme von Bewohner:innen möglich. Wenn in dieser Untersuchung von der Platzzahl gesprochen wird, bezieht sie sich auf die Anzahl der Bewohner:innen, die

⁵ Diese wäre nur relevant gewesen, wenn Unterschiede auf der Perspektive der Leistungsempfangenden hätten analysiert werden sollen

zum Stichtag in den Einrichtungen lebten bzw. von den Einrichtungen und Diensten in ihrem Wohnraum unterstützt wurden. Die vier Kreise unterscheiden sich im Hinblick auf die so definierte Platzzahl in Relation zur Einwohnerzahl (Kennziffer) deutlich voneinander.

- Rems-Murr-Kreis 763 Plätze bei 426.000 Ew. 1,8 je TEw
- Stadt-/Landkreis Heilbronn 579 Plätze bei 469.000 Ew. 1,2 je TEw
- Landkreis Schwäbisch Hall 532 Plätze bei 196.000 Ew. 2,7 je TEw
- Landkreis Emmendingen 288 Plätze bei 165.000 Ew. 1,8 je TEw

Auch im Hinblick auf die Verteilung der Unterstützungsformen gibt es deutliche Unterschiede der Platzzahlen zwischen den Kreisen. Im Stadt- und Landkreis Heilbronn und im Landkreis Schwäbisch Hall ist der Anteil der Plätze in Wohnheimen der Eingliederungshilfe doppelt so hoch wie im Rems-Murr-Kreis und im Landkreis Emmendingen. Der Anteil der Plätze in offenen Pflegeheimen im Rems-Murr-Kreis und im Landkreis Schwäbisch Hall ist hingegen dreimal so hoch wie im Landkreis Heilbronn. Im Landkreis Emmendingen wiederum befindet sich ein Drittel der Bewohner:innen in offenen Pflegeheimen, während es weder geschlossene Pflegeheim- noch Wohnheimplätze gibt (Tabelle 1).

Tabelle 1

Verteilung der Platzzahl auf die Wohnformen	RMK	SH	HN	EM	Gesamt
ABW	470	187	264	97	1018 (47 %)
BWF	22	41	34	44	141 (6,5 %)
Wohnheime EGH	104	126	202	44	476 (22 %)
Wohnheim geschlossen	0	4	38	0	42 (2 %)
Pflegeheime offen	138	97	32	103	370 (17 %)
Pflegeheime geschlossen	29	77	9	0	115 (5,5 %)
Gesamt	763	532	579	288	2162

Im Stadt- und Landkreis Heilbronn werden Pflegeeinrichtungen demnach wenig für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen genutzt. Im Landkreis Emmendingen entstand ein Großteil der Pflegeplätze durch die Umwidmung der Langzeitstationen des PLK Emmendingen in ein Wohn- und Pflegeheim nach SGB XI. Die Ausdifferenzierung in ein Wohnheim der Eingliederungshilfe und ein Pflegeheim wurde versäumt.

Blickt man auf die Gesamtzahlen der vier Kreise, gibt es einen Hinweis darauf, dass die Untersuchung des KVJS zu Pflegeheimen für psychisch Kranke (Blankenfeld et al. (2017))

mit ihrer Hochrechnung ziemlich richtiglag (s.S. 26f.). Gegenüber 24 % der leistungsberechtigten Personen in stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe, befinden sich 22 % in Pflegeheimen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es im Stadt- und Landkreis Heilbronn durch die frühen Aktivitäten der Weinsberger Klinik eine große Zahl an Wohnheimplätzen der Eingliederungshilfe gibt. Das Verhältnis zwischen stationären Formen der Eingliederungshilfe und der Pflege wird unten weiter zu betrachten sein, insbesondere im Hinblick auf die dort versorgten Personen.

2.5.2 Leistungsträgerperspektive

Zunächst ist der Blick auf die Leistungsträgerperspektive zu richten: Dienen die Plätze in den Landkreisen den psychisch erkrankten Menschen ihres Landkreises? Tabelle 2 zeigt eine ernüchternde Realität. Die offenen Wohnheimplätze sind lediglich im Stadt- und Landkreis Heilbronn zu mehr als der Hälfte mit Personen aus dem Standortkreis belegt. In den anderen liegt er wie im Durchschnitt der Landkreise Baden-Württembergs unter 50 % (s.S. 33). Zu den geschlossenen Wohngruppen in Schwäbisch Hall kann aufgrund der niedrigen Platzzahl keine Aussage gemacht werden, im Stadt- und Landkreis Heilbronn liegt er bei den 38 Bewohner:innen unter 50 %. Auch dort liegt offensichtlich keine personenzentrierte Steuerung vor.

Bei den stationären Einrichtungen sinkt der Anteil auf unter 20 %, wenn die Besonderheit der Plätze im Landkreis Emmendingen und die hohe Zahl stationärer Einrichtungen im Rems-Murr-Kreis und im Landkreis Schwäbisch Hall berücksichtigt wird.

Tabelle 2

Bewohner:innen in Wohnformen des Standortkreises	ABW	BWF	Wohnheime EGH	Wohnheime geschlossen	Pflegeheime offen	Pflegeheime geschlossen
LK Emmendingen	69 %	59 %	27 %	keine	34 %	keine
S+LK Heilbronn	88 %	70 %	62 %	42 %	28 %	100 %
Rems-Murr-Kreis	91 %	73 %	44 %	keine	21 %	14 %
LK Schwäbisch Hall	78 %	83 %	48 %	75 %	16 %	19 %

Dass die Pflegeheime außerhalb der regionalen Versorgungsstrukturen stehen, wird aus dem in der Befragung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen sichtbaren Bedarf erklärbar. Die Kliniken benötigen in kurzer Zeit einen Platz für Personen mit schwierigen Bedarfslagen. Das Ziel ist Versorgung, wie sich in dem angegebenen Pflegebedarf zeigt (s.S.43). Die Teilhabe im gewohnten Umfeld steht nicht zur Disposition. Tabelle 3 zeigt, dass

in den beiden Landkreisen mit einer hohen Platzzahl in Pflegeheimen die Hälfte bzw. ein Drittel der Plätze nicht mit Personen aus dem Standortlandkreis oder dem Nachbarlandkreis stammt.

Tabelle 3

Herkunft der Bewohner:innen der Pflegeheime	Standortkreis	Nachbarkreis	Ein Landkreis dazwischen	Mehrere Landkreise dazwischen
Schwäbisch Hall N=174	18 %	32 %	43 %	6 %
Rems-Murr-Krs. N=167	20 %	46 %	7 %	24 %

2.5.3 Transfers zwischen den Kreisen

Die Frage des Nachbarlandkreises spielt bei der Frage: „Was ist eine gemeindenahere Versorgung?“ eine nicht unbedeutende Rolle. Sie wurde auch in der Situationsanalyse diskutiert und der Austausch zwischen dem Landkreis Ravensburg und dem Bodenseekreis wurde als Beispiel angeführt, dass kreisübergreifend eine wohnortnahe Versorgung geleistet wird. Gleichwohl kommt eine leistungsberechtigte Person auch bei einer Belegung im Nachbarlandkreis in eine nicht vertraute Umgebung, die die Teilhabe erschwert. Daher müssen auch für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Bewegungen genauer betrachtet werden. Die folgenden Tabellen 4 und 5 zeigen interessante Wanderungsbewegungen.

Tabelle 4

Herkunft in Einrichtungen des Rems-Murr-Kreises	ABW N= 470	BWF N=22	Wohnheim N=104	Pflegeheim offen N=138	Pflegeheim geschlossen N=29
LK Esslingen	1 %	5 %	6 %	2 %	3 %
LK Ludwigsburg	1 %	9 %	9 %	13 %	10 %
Ostalbkreis	1 %	14 %	7 %	2 %	14 %
Stuttgart	1 %	0 %	1 %	11 %	10 %

Im Rems-Murr-Kreis ist die Herkunft der Bewohner:innen auf 30 Landkreise Baden-Württembergs sowie andere Bundesländer verteilt (Tabelle in Anhang 3). Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, dass die Belegungen vor allem aus den Nachbarkreisen kommen. Aus dem Landkreis Ludwigsburg stammen vor allem Personen, die in offenen stationären Wohnformen aufgenommen werden, aus dem Ostalbkreis eher Personen, die in stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgenommen werden. Für beide Landkreise ist das ZfP Winnenden

die zuständige Versorgungsklinik. Der Landkreis Esslingen nutzt vor allem das Wohnheim der Eingliederungshilfe; die Stadt Stuttgart vor allem die Pflegeheime. Für Stuttgart konnte aus den Daten ermittelt werden, dass vier Fünftel der Aufnahmen in Einrichtungen des Rems-Murr-Kreises vor mehr als zwei Jahren erfolgten. Es ist anzunehmen, dass die Personen bereits vor längerer Zeit aufgenommen worden sind. Der Blick auf den Landkreis Schwäbisch Hall in Tabelle 5 offenbart das komplexe System der psychiatrischen Langzeitversorgung.

Tabelle 5

Herkunft in Einrichtungen des Landkreises Schwäbisch Hall	ABW N=185	BWF N=41	Wohnheim offen N=126	Wohnheim geschlossen N=4	Pflegeheim offen N=97	Pflegeheim geschlossen N=77
S+LK Heilbronn	6 %	2 %	12 %	0 %	21 %	13 %
Rems-Murr-Kreis	1 %	0 %	3 %	0 %	25 %	30 %
Stuttgart	0 %	0 %	4 %	0 %	12 %	13 %
Ludwigsburg	2 %	0 %	10 %	25 %	12 %	6 %

Auch im Landkreis Schwäbisch Hall werden für die Bürger des Landkreises Ludwigsburg die Angebote der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege in nicht unerheblichem Maß genutzt, obgleich es sich in diesem Fall nicht um einen Nachbarkreis handelt. Angesichts der in der GPV-Dokumentation beschriebenen geringen Zahl an stationären Angeboten im Landkreis (s.S. 44) ist das nicht erstaunlich. Auch Stuttgarter Bürger sind im Landkreis Schwäbisch Hall zu finden, vor allem in den Pflegeeinrichtungen.

Aber auch leistungsberechtigte Personen aus dem Stadt- und Landkreis Heilbronn und dem Rems-Murr-Kreis erhalten Leistungen im Landkreis Schwäbisch Hall. Dass dabei ein nicht unbeträchtlicher Teil in offenen Wohnheimen einen Platz gefunden hat mag daran liegen, dass der östliche Zipfel des Landkreises Heilbronn nahe bei Einrichtungen des Landkreises Schwäbisch Hall liegt und das ZfP Weinsberg für die klinische Versorgung der chronisch psychisch kranken Menschen des Landkreises Schwäbisch Hall zuständig geblieben ist, obwohl dort zwischenzeitlich eine psychiatrische Abteilung eingerichtet wurde. Der hohe Anteil chronisch psychisch kranker Menschen in offenen und geschlossenen Pflegeeinrichtungen des Landkreises Schwäbisch Hall ist angesichts der hohen Zahl der Wohnheimplätze und geschlossener Plätze der Eingliederungshilfe erklärungsbedürftig (s.S. 51f.).

Die Inanspruchnahme von Pflegeheimplätzen im Landkreis Schwäbisch Hall von Personen aus dem Rems-Murr-Kreis offenbart das Dilemma einer nicht mit allen Akteuren abgestimmten Versorgungsplanung. Der Rems-Murr-Kreis hat die Versorgungsplanung auf die Nutzung der differenzierten Angebote des Ambulant Betreuten Wohnens konzentriert (s.S. 52). Die Schaffung stationärer Wohnangebote der Eingliederungshilfe wurde vernachlässigt, wie

die in der GPV-Dokumentation beschriebene niedrige Kennziffer von 1,8 zeigt (s.S. 46). Außerdem sind über die Hälfte der Plätze in den Wohnheimen von Personen anderer Landkreise belegt. Wie in vergangener Zeit in der Stadt Stuttgart dürften sich die rechtlichen Betreuer in der Not einen Platz zu finden, an die Pflegeheime des Nachbarkreises gewandt haben. Auch die geschlossenen Wohnheimplätze im Landkreis Heilbronn wurden wahrgenommen. Die geschlossenen Wohnheimplätze der nahe gelegenen Stadt Stuttgart stehen aufgrund der konsequenten Umsetzung der GPV-Philosophie Bürgern umliegender Landkreise nicht zur Verfügung.

2.6 Leistungen der Eingliederungshilfe

2.6.1 Wohnformen der Eingliederungshilfe (Soziale Teilhabe)

Tabelle 6

Leistungen der Eingliederungshilfe	RMK	SH	HN	EM	Gesamt
ABW	470 (79 %)	187 (52 %)	264 (49 %)	97 (52 %)	1018 (61 %)
BWF	22 (4 %)	41 (12 %)	34 (6 %)	44 (24 %)	141 (8,5 %)
Wohnheime offen	104 (17 %)	126 (35 %)	202 (38 %)	44 (24 %)	476 (28 %)
Wohnheime geschlossen	0	4 (1 %)	38 (7 %)	0	42 (2,5 %)
Leistungsempfänger je 1000 Ew.	596 (1,4)	358 (1,8)	538 (1,15)	185 (1,12)	1677 (1,3)

Bei den Leistungen der Eingliederungshilfe ändert sich das Bild. Die Zahl der Plätze je 1000 Einwohner nähert sich zwischen den Kreisen an; die Kennziffer liegt jetzt zwischen 1,12 Plätzen im Landkreis Emmendingen und 1,8 im Landkreis Schwäbisch Hall bei einer Gesamtkennziffer von 1,3. In den Leistungsarten unterscheiden sich die vier Kreise sehr voneinander. Während 49 % im Landkreis Schwäbisch Hall Unterstützungsleistungen im ABW erhalten, sind es im Rems-Murr-Kreis 79 %. Demgegenüber erhalten nur 17 % im Rems-Murr-Kreis Unterstützungsleistungen in offenen Wohnheimen, während der Prozentsatz im Landkreis Schwäbisch Hall 38 % und im Stadt- und Landkreis Heilbronn 35 % beträgt. In Gastfamilien im Rahmen des BWF sind im Landkreis Emmendingen nahezu ein Viertel integriert, während es im Rems-Murr-Kreis lediglich 4 % sind.

Wird der Anteil der aus dem Kreis stammenden leistungsberechtigten Personen betrachtet, dann erhöht sich die Eigenbelegung für alle vier Kreise zusammen auf 74 %. (Tabelle 7). Das bedeutet, dass drei Viertel der leistungsberechtigten Personen in Wohnformen der Eingliederungshilfe ihres Landkreises Unterstützungsleistungen erhalten. Am häufigsten im ABW mit 86 %, nahe am Durchschnitt im BWF (73 %) und am wenigsten häufig mit 46 % in offenen Wohnformen (Tabelle 7).

Tabelle 7

Leistungsempfänger:innen aus dem Standortkreis	RMK	SHA	HN	EM	Gesamt
ABW	428 (91 %)	144 (78 %)	233 (89 %)	67 (69 %)	872 (86 %)
BWF	13 (73 %)	29 (83 %)	24 (70 %)	37 (59 %)	103 (73 %)
Wohnheime	50 (48 %)	56 (48 %)	126 (62 %)	17 (27 %)	249 (46 %)
Wohnheime geschlossen	0	3 (75 %)	17 (42 %)	0	20 (48 %)
Gesamt Leistungsempfänger je Tsd. EW	491 (1,15)	230 (1,17)	394 (0,85)	116 (0,7)	1244 (74 %)

Wie sind die einzelnen Versorgungslandschaften zu interpretieren? Für den **Landkreis Emmendingen** wurde bereits dargestellt, dass die Langzeitversorgung von chronisch psychisch Kranken nicht nur beim, sondern im ZfP Emmendingen verblieben ist. Als zweiter Faktor kommt hinzu, dass der Landkreis Emmendingen zusammen mit der Stadt Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald eine Art Versorgungsgemeinschaft bildet. Dies scheint dazu geführt zu haben, dass nur 27 % der sparsam vorhandenen Plätze in Wohnheimen der Eingliederungshilfe mit Personen des Landkreises belegt sind. Leider liegen keine Daten vor, wie viele Personen mit chronisch psychischer Erkrankung in den Nachbarlandkreisen bzw. in Pflegeheimen versorgt werden. Insgesamt scheint eine Unterversorgung mit Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis vorzuliegen, die durch die starke Nutzung des Betreuten Wohnens in Familien etwas relativiert wird.

Der **Stadt- und Landkreis Heilbronn** scheint auf dem Weg zu einer ausgewogenen regionalen Versorgung zu sein. Allerdings ist noch eine größere Wegstrecke zurückzulegen. Die Leistungen des ABW kommen zum größten Teil den Stadt- und Kreisbewohner:innen zugute, machen aber nur die Hälfte des Leistungsgeschehens aus (Tabelle 6). Bei den Plätzen in offenen Wohnheimen, die mit dem höchsten Anteil der vier Kreise eigenbelegt sind, nimmt der Kreis die Spitzenposition ein. Wird in Betracht gezogen, dass zu einem nicht unwesentlichen Teil stationäre Angebote der Eingliederungshilfe und der Pflege im Landkreis Schwäbisch Hall in Anspruch genommen werden, ist die Eigenbelegung der offenen Wohnheime aber durchaus steigerungsfähig. Auch der Anteil des BWF mit 6 % scheint mit Blick auf den Nachbarlandkreis Schwäbisch Hall (12 %) ausbaufähig. Bei 42 % Eigenbelegung der geschlossenen Wohnheimplätze stellt sich die Frage, warum sie nicht für die leistungsberechtigten Personen im Stadt- und Landkreis Heilbronn genutzt werden.

Der **Landkreis Schwäbisch Hall** hat angesichts 48 % Eigenbelegung zu viele Plätze in offenen Wohnheimen. Daher nimmt er auch den klaren Spitzenplatz mit 1,8 bei der Kennziffer der Gesamtplatzzahl ein. Im Hinblick auf die Eigenbelegung liegt er nahezu gleich mit dem Rems-Murr-Kreis. Eine Änderung könnte vermutlich erreicht werden, wenn die psychi-

atrische Abteilung in Schwäbisch Hall auch für die chronisch psychisch Kranken verantwortlich wäre und in den Gemeindepsychiatrischen Verbund eingebunden würde. Bezieht man die Ergebnisse der WieWohnen Studie ein, nach denen bei einer frühen Platzierung die Leistungen des Ambulant betreuten Wohnens ausreichend waren (s.S. 24), könnte auf Grundlage der neuen Vorschriften des SGB IX vermutlich auf einen Teil der stationär betreuten Wohnplätze verzichtet werden.

Die Versorgungsstruktur des Rems-Murr-Kreises wurde bereits angesprochen. Bei einem starken Ausbau und einer hohen Eigenbelegung des Ambulant Betreuten Wohnens wurde der Bedarf an stationären Wohnplätzen vernachlässigt und die leistungsberechtigten Personen auf Einrichtungen der Nachbarlandkreise verwiesen. Das ABW ist im Rems-Murr-Kreis tatsächlich ein wohnortnahes Angebot, es ist in den vier größten Städten mit eigenen Standorten zu finden (s. Anhang 2). Außerdem wird ABW mit differenziertem Betreuungsschlüssel nach individuellem Hilfebedarf erbracht (Tabelle 8)

Tabelle 8

Verteilung der	Unterstützten	Wohnformen im	Rems-Murr-Kreis	
Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	ABW Differenzierter Betreuungsschlüssel	Betreut. Wohnen in Familien (BWF)	Wohnheim in der Gemeinde, nicht erkennbar	Wohnheim in der Gemeinde, erkennbar
23	447	22	46	55

Tabelle 8 zeigt die Verteilung der gemeindepsychiatrischen Wohnversorgung im Rems-Murr-Kreis. Bei den Wohnheimtypen muss berücksichtigt werden, dass 52 % der Bewohner:innen nicht aus dem Rems-Murr-Kreis stammen (Tabelle 7). Damit stellt sich die Frage, welche im Rahmen des nach individuellem Bedarf unterstützten Klientel erreicht wird. Um dieser Frage näher zu kommen wurden die Hauptdiagnosen erhoben.

Tabelle 9

Diagnoseverteilung ABW		Sonstige	Sucht	Schizoph. St.	Affektive St.	Pers.stg.
Rems-Murr-Kreis	N=470	13 %	8 %	30 %	37 %	12 %
LK Schwäbisch Hall	N=185	17 %	2 %	44 %	27 %	10 %
S:KL Heilbronn	N=264	13 %	21 %	40 %	19 %	7 %

Tabelle 9 zeigt die Diagnoseverteilung im ABW der Kreise mit Ausnahme des Landkreises Emmendingen. Der Fokus wird auf die Diagnosegruppe gerichtet, die entsprechend der fachpsychiatrischen Auffassung am stärksten auf stationäre Angebote der Eingliederungshilfe angewiesen ist (Jenderny et al. 2020, s.S. 22) und bei der für die befragten psychiatrischen Kliniken und Abteilungen am meisten Probleme bei der Anschlussversorgung besteht. Im Rems-Murr-Kreis hat ein Wechsel der Diagnosegruppen von schizophrenen Personen

auf Personen mit affektiven Störungen stattgefunden. Der Anteil der Schizophrenien ist um 14 % geringer als im Landkreis Schwäbisch Hall, in dem im Verhältnis der Einwohnerzahl ebenfalls relativ viele Personen Leistungen im ABW erhalten.

Die Orientierung am individuellen Hilfebedarf und dem daraus resultierenden Unterstützungsbedarf hätte vermuten lassen, dass auch für einen größeren Teil der Personen mit der Diagnose Schizophrenie eine ambulante Unterstützung hätte ermöglicht werden können. Im Landkreis Ravensburg, in dem die Leistungen über die Hilfeplankonferenz erbracht werden, konnte der Effekt nicht beobachtet werden. 36 % der leistungsberechtigten Personen im ABW sind als schizophren diagnostiziert⁶. Auch bei den offenen Wohnheimen im Rems-Murr-Kreis ist der Anteil schizophrener Diagnosen deutlich geringer als in den anderen Kreisen.

Tabelle 10

Diagnosen in offenen Wohnheimen	Sonstige	Sucht	Schiz.St.	Affekt.St	Pers.St
S+Lk Heilbronn N=202	2 %	37 %	56 %	3 %	2 %
Landkreis Schwäbisch Hall N=126	19 %	2 %	59 %	13 %	7 %
Rems-Murr-Kreis N=104	26 %	22 %	36 %	6 %	10 %

Richtet man den Blick auf die stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe, dann wird deutlich, dass die schizophrenen Erkrankungen mit Ausnahme des Rems-Murr-Kreises die mit Abstand häufigste Diagnose darstellen. Im Landkreis Ravensburg liegt der Anteil der schizophren diagnostizierten Personen im stationär betreuten Wohnen mit 61 % noch etwas höher als in den Kreisen Schwäbisch Hall und Heilbronn. Allerdings erhält dort ein noch höherer Anteil schizophren diagnostizierter Personen (66 %) Leistungen in der teilweise selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaft nach § 6 WTPG (s.S. 39). Der zweithöchste Anteil in offenen Wohnheimen ist mit Ausnahme des Landkreises Schwäbisch bei den Personen mit Suchterkrankungen zu finden. Es kann die Aussage getroffen werden, dass im Stadt- und Landkreis Heilbronn in den offenen Wohnheimen nahezu ausschließlich Personen mit den Diagnosen Schizophrenie und Suchterkrankung Leistungen in den offenen Wohnheimen erhalten. Es lohnt sich daher, einen Blick auf dessen Gesamtversorgung der Eingliederungshilfe im Hinblick auf die Diagnosen zu werfen

⁶ Siehe Anmerkung 3

Tabelle 11

Diagnosenverteilung bei Leistungen der Eingliederungshilfe Stadt + Landkreis Heilbronn		Sonstige	Sucht	Schiz.St.	Affekt.St	Pers.st
ABW	N= 263	5 %	21 %	40 %	19 %	7 %
BWF	N= 34	12 %	9 %	62 %	0 %	15 %
Wohnheime offen	N=202	2 %	37 %	56 %	3 %	2 %
Wohnheime geschlossen	N=38	0 %	21 %	71 %	5 %	3 %

Tabelle 11 zeigt, dass es im Gegensatz zu den anderen Landkreisen keine erheblichen Unterschiede in der Verteilung der beiden Diagnosen gibt. Sichtbar wird hier, dass der Anteil der schizophren diagnostizierten Personen in geschlossenen Wohnheimen deutlich höher ist als in offenen Wohnheimen und dass BWF für diese Personengruppe zwischen offenen und geschlossenen Wohnheimen liegt. Die Interpretation soll daher auf die zusätzliche Suchtproblematik von Personen mit psychischen Erkrankungen erweitert werden:

Tabelle 12

Zusätzliche Suchtproblematik bei Personen mit psychischen Erkrankungen im Stadt- und Landkreis Heilbronn		Ja	Nein
ABW	N= 263	36 %	64 %
BWF	N= 34	12 %	88 %
Wohnheime offen	N=202	18 %	82 %
Wohnheime geschlossen	N=38	45 %	55 %

Tabelle 12 gibt interessante Aufschlüsse zur Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen. Offensichtlich gibt es Personen mit Suchterkrankungen sowie Personen mit psychischer Erkrankung und zusätzlichen Suchtproblemen, die mit der ambulanten Unterstützung gut zurechtkommen. Wenn bei psychisch erkrankten Menschen eine Suchtproblematik hinzukommt, scheint es eine Tendenz zu geben, sie in einem geschlossenen Angebot zu versorgen. Die Zahl der unterstützten Personen in offenen und geschlossenen Wohnheimen im Kreis Heilbronn ist zu unterschiedlich, um diese Hypothese zu stützen. Es ist in Bezug auf unterstützte Wohnformen daher der Blick wieder auf alle Landkreise zu werfen und die Pflegeheime einzubeziehen.

2.6.2 Teilhabe am Arbeitsleben und an Bildung

Zunächst ist jedoch noch ein Blick auf das eigentliche Ziel der Leistungen der Eingliederungshilfe zu werfen, nämlich die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dieses Ziel wurde bei der Übertragung der Eingliederungshilfeleistungen aus dem Sozialhilfegesetz SGB XII in das Rehabilitationsgesetz SGB IX nochmals ausdrücklich betont. Die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist erst durch die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. bei jungen Menschen die Teilhabe an Bildung erreicht. Die Leistungen der Eingliederungshilfe scheinen in den untersuchten Kreisen keinen nennenswerten Einfluss auf die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. an Bildung zu haben. Tabelle 13 zeigt den Anteil der Personen, die am Arbeitsleben oder Bildungsangeboten teilhaben. Die in der Gemeindepsychiatrie verbreiteten niederschweligen Angebote des Zuverdienstes oder der Beschäftigung werden hier nicht berücksichtigt, sondern nur sozialversicherungspflichtige Arbeitsangebote.

Tabelle 13

Kreise	Aufnahmezeitpunkt	Keine Teilhabe am Arbeitsleben/Bild.	Allgemeiner Arbeitsmarkt	Schule/Ausbildung	WfbM Bildung	WfbM Arbeit
EM	in letzten 2 Jahren	79 %	7 %	4 %	4 %	6 %
	länger	76 %	4 %	0 %	1 %	19 %
HN	in letzten 2 Jahren	77 %	4 %	6 %	7 %	6 %
	länger	61 %	4 %	1 %	0 %	34 %
SHA	in letzten 2 Jahren	75 %	5 %	3 %	2 %	15 %
	länger	69 %	2 %	1 %	1 %	27 %
RMK	In letzten 2 Jahren	67 %	8 %	5 %	8 %	12 %
	Länger	69 %	4 %	1 %	1 %	25 %

Der Anteil der Personen, die nicht am Arbeitsleben oder an Bildungsangeboten teilhaben, ist sehr hoch. Bei den Personen, die in den letzten zwei Jahren in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe aufgenommen wurden, ist der Anteil höher. Das liegt an dem höheren Anteil der vor mehreren Jahren Aufgenommenen in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Der geringere Anteil der in den letzten zwei Jahren Aufgenommenen ohne Teilhabe am Arbeitsleben im Rems-Murr-Kreis dürfte in der Verschiebung von schizophrenen auf affektive Diagnosen im ABW zurückzuführen sein.

Grundsätzlich bildet sich in der Tabelle das Dilemma der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit Leistungen der Eingliederungshilfe ab. In der Vergangenheit bestand es darin, dass

Leistungsempfängern von Leistungen der Eingliederungshilfe die Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung verwehrt blieb. Nach allgemeiner Rechtsauffassung ist dies gesetzeswidrig (Wolti 2022). Es bedarf allerdings Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, die von Menschen mit seelischer Behinderung wahrgenommen werden können und den Betroffenen Zeit lassen. Diesbezüglich kommen vor allem aufsuchende Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation in Frage, die parallel zu Leistungen der Sozialen Teilhabe erbracht werden können (Konrad et al. 2022).

2.7 Nutzung stationärer Pflegeeinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung

Eingangs muss begründet werden, dass auch bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne altersbedingte Demenz von Menschen mit seelischer Behinderung gesprochen wird. Die betreffende Personengruppe kommt in der Regel direkt aus der psychiatrischen Klinik oder Abteilung in die Pflegeeinrichtung – in der Regel über ihren rechtlichen Betreuer (Tabelle 17, S. 59). Während des Aufenthalts in der Klinik wird eine psychiatrische Diagnose (F0-F9) gestellt, aufgrund derer eine Beeinträchtigung der mentalen Funktionen festgestellt wird. Wenn die Beeinträchtigung der mentalen Funktionen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für mindestens sechs Monate beeinträchtigen, liegt nach § 2 SGB IX eine seelische Behinderung vor. Da die Klinik ein eigenständiges Leben ohne professionelle Unterstützung nicht für möglich hält, liegt eine wesentliche seelische Behinderung vor.

Der Anteil der Pflegeheimplätze in den vier Kreisen wurde bereits in Tabelle 1 (s.S. 46) gezeigt, er liegt bei 22,5 %. Der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Personen mit psychischen Beeinträchtigungen aus dem Standortkreis liegt bei 23 % (Tabelle 2). Die psychiatrischen Fachpflegeheime sind damit faktisch Teil der gemeindepsychiatrischen Versorgung, wie sie nach § 7 PsychKHG vorgesehen ist. Gleichwohl leisten sie einen Beitrag zu der Versorgung von Menschen mit seelischer Behinderung und langfristigem Unterstützungsbedarf. Wie die Tabellen in Anhang 3 zeigen, nehmen die Pflegeheime in den drei Kreisen Württembergs Personen aus bis zu 31 Kreisen Baden-Württembergs sowie angrenzenden Bundesländern auf. Der bei den Leistungen der Eingliederungshilfe eingenommene Blickwinkel auf den Anteil der unterstützten Wohnformen für die gemeindepsychiatrische Versorgung wird daher gewechselt. Der Blickwinkel wird nun drauf gerichtet, welchen Personenkreis die Pflegeheime aufnehmen und welche Leistungen er dort erhält.

Zunächst muss jedoch geprüft werden, ob die Pflegeheime für die Versorgung von Menschen mit seelischer Behinderung aktuell von Bedeutung sind. Wie in der Einführung herausgearbeitet wurde, liegt die Nutzung der Pflegeheime für den betreffenden Personenkreis bereits einige Jahrzehnte zurück. Tabelle 14 gibt über den Aufnahmezeitpunkt Auskunft.

Im Landkreis Emmendingen und im Rems-Murr-Kreis erfolgte die Aufnahme bei mehr als der Hälfte der Leistungsempfänger:innen vor mehr als fünf Jahren. Der größte Teil der Bewohner:innen im Landkreis Emmendingen kommt aus einem Landkreis in Südwestbaden und wurde aus der Klinik des ZfP Emmendingen aufgenommen. Anders im Landkreis Schwäbisch Hall. Dort wurde über die Hälfte der Leistungsempfänger:innen in den letzten fünf Jahren aufgenommen, in den geschlossenen Wohngruppen ein Drittel in neu geschaffene Plätzen der letzten zwei Jahre (Tabelle 14).

Tabelle 14

Aufnahmezeitpunkt in Pflegeheime		Vor bis zu 2 Jahren	Vor über 2 bis 5 Jahren	Vor über 5 Jahren
Pflegeheime offen				
Landkreis Emmendingen	N=103	18 %	22 %	60 %
Landkreis Schwäbisch Hall	N=97	30 %	22 %	48 %
Rems-Murr-Kreis	N=138	8 %	27 %	65 %
Pflegeheime geschlossen				
Landkreis Schwäbisch Hall	N=77	34 %	23 %	43 %
Rems-Murr-Kreis	N=29	27 %	21 %	52 %

Der Stadt- und Landkreis Heilbronn wurde in dieser Darstellung ausgespart, da die Zahl der Pflegeplätze für den betreffenden Personenkreis gering ist. Beim Landkreis Emmendingen muss berücksichtigt werden, dass es sich um spezielle Wohn- und Pflegeheime handelt, für die das ZfP Emmendingen die zuständige Versorgungsklinik ist und die vor allem auch die beiden Nachbarlandkreise versorgen. Bei den offenen Pflegeheimen fällt mit Ausnahme des Landkreises Schwäbisch Hall auf, dass der größte Teil der Bewohner:innen vor über fünf Jahren aufgenommen wurde, viele schon vor über 10 bis 20 Jahren. In den geschlossenen Pflegeheimen ist das anders, dort geht ein klarer Trend zu der Aufnahme in den letzten fünf Jahren. Im Landkreis Schwäbisch Hall, der über ein großes psychiatrisches Fachpflegeheim mit offenen wie geschlossenen Gruppen verfügt, wurde gar ein Drittel in den letzten zwei Jahren auf geschlossenen Plätzen aufgenommen. Da nur ein kleiner Teil aus dem Landkreis Schwäbisch Hall stammt, ist die Herkunft der Bewohner:innen zu betrachten. (Tabelle 15).

Tabelle 15

Herkunftskreis von Bewohner:innen in Pflegeheimen im Landkreis Schwäbisch Hall	Pflegeheime offen N=97	Pflegeheime geschlossen N=77
17: Heilbronn LK	21 %	13 %
23: Ludwigsburg	12 %	6 %
32: Rems-Murr-Kreis	25 %	30 %
36: Schwäbisch Hall	16 %	19 %

Weniger als ein Fünftel der Bewohner:innen stammen aus dem Landkreis Schwäbisch Hall, eine höhere Zahl aus dem Rems-Murr-Kreis und eine nahezu gleich große Zahl aus dem Stadt- und Landkreis Heilbronn. In den geschlossenen Pflegeheimen des Landkreises Schwäbisch Hall stammt beinahe ein Drittel der Bewohner:innen aus dem Rems-Murr-Kreis. Es ist davon auszugehen, dass diese Plätze zunehmend in den letzten fünf Jahren genutzt worden sind, also parallel zum Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens. Im Landkreis Schwäbisch Hall scheinen hingegen seit der Teilhabeplanung für Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung aus dem Jahr 2014 vermehrt stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe genutzt zu werden. Es lohnt sich daher ein Blick auf den Aufnahmezeitpunkt in den stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe (Tabelle 16)

2.8 Exkurs: Vergleich Pflege - Eingliederungshilfe

Tabelle 16

Aufnahmezeitpunkt in Wohnformen der Eingliederungshilfe		Vor bis zu 2 Jahren	Vor über 2 bis 5 Jahren	Vor über 5 Jahren
Wohnheime				
Landkreis Emmendingen	N=44	20 %	23 %	57 %
S+K Heilbronn (offen)	N=177	19 %	19 %	62 %
S+K Heilbronn (geschlossen)	N=38	53 %	18 %	29 %
Landkreis Schwäbisch Hall	N=126	51 %	16 %	33 %
Rems-Murr-Kreis	N=104	27 %	21 %	52 %
Betreutes Wohnen in Familien				
Landkreis Emmendingen	N=44	19 %	32 %	49 %
Stadt u. Landkreis Heilbronn	N=32	21 %	24 %	55 %
Landkreis Schwäbisch Hall	N=40	21 %	23 %	56 %
Rems-Murr-Kreis	N=22	0 %	9 %	91 %

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass der Anteil der in den letzten zwei Jahren aufgenommenen Bewohner:innen in den offenen Wohnheimen außer im Landkreis Schwäbisch Hall mit ca. einem Fünftel relativ niedrig ist. Im Landkreis Schwäbisch Hall hingegen wurden in den vergangenen zwei Jahre mehr als 50 % der Bewohner:innen in offenen Wohnheimen aufgenommen. Ebenso in den geschlossenen Wohnheimen des Stadt- und Landkreises Heilbronn. Planerisch wurde im Landkreis Schwäbisch Hall durch den Neubau eines Wohnheims reagiert, in dem die Leistungen sowohl offen als auch geschlossen erbracht werden können.

Die Nutzung des Betreuten Wohnens in Familien scheint insgesamt rückläufig. Im Rems-Murr-Kreis wurden in den letzten zwei Jahren keine Patienten mehr in Gastfamilien vermittelt, in den vergangenen fünf Jahren gerade einmal zwei. Im Landkreis Emmendingen, in dem BWF eine nicht unerhebliche Rolle der ambulanten Versorgung von Menschen mit seelischer Behinderung spielt, ist der Anteil der Aufnahmen in den letzten zwei Jahren am niedrigsten. An vorhandenen Gastfamilien kann es nicht liegen, im Landkreis Ravensburg, in dem alle Behinderteneinrichtungen BWF nutzen, liegt die Kennziffer mit 1,9 deutlich über den an der Untersuchung beteiligten Kreisen (s.S.32).

Schließlich ist der Blick noch darauf zu richten, von wo die leistungsberechtigten Personen aufgenommen werden. Dies erfolgt beim Landkreis Schwäbisch Hall, der über die ausgewogenste Verteilung der Plätze in den verschiedenen Wohnformen verfügt. (Tabelle 17)

Tabelle 17

LK Schwäbisch Hall Aufnahme von	Allein / mit Angehörigen lebend	Einrichtung der Eingliederungshilfe	Psychiatrische Klinik	Andere Kliniken
ABW	55 %	33 %	9 %	0 %
BWF	29 %	47 %	8 %	0 %
Wohngruppen EGH offen	28 %	46 %	20 %	0 %
Pflegeheime offen	17 %	2 %	56 %	19 %
Pflegeheime geschlossen	12 %	3 %	69 %	9 %

Tabelle 17 zeigt einen eindeutigen Zusammenhang. Drei Viertel der Bewohner:innen in offenen und geschlossenen Pflegeheimen wurden direkt aus Kliniken aufgenommen, lediglich ein Fünftel der Bewohner:innen der Wohnheime und weniger als 10 % der Leistungsberechtigten in ABW und BWF. In Wohnheimen wurde nahezu die Hälfte der Bewohner:innen aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgenommen – vermutlich aus dem ABW; im ABW über die Hälfte aus eigenständigen Wohnformen ohne fachliche Unterstützung. Die therapeutische Kette scheint demnach im Landkreis Schwäbisch Hall zu funktionieren, allerdings in umgekehrter Reihenfolge als von den Experten der Psychiatrie-Enquête geplant. Der Einstieg erfolgt, wie in der Untersuchung WieWohnen ermittelt, mit wenig intensiven Hilfen und führt bei Bedarf zu intensiveren Hilfeangeboten. Bei den Bewohner:innen in Pflegeheimen muss hingegen befürchtet werden, dass die therapeutische Kette dort ihr Ende hat.

2.9 Diagnoseverteilung und fachliche Hilfen in Psychiatrischen Fachpflegeheimen

Die Anteile der Hauptdiagnosen differieren erheblich zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen der beiden Landkreise mit einer hohen Platzzahl (Tabelle 18).

Tabelle 18

Diagnosen in	Kreis	Org.psy.Stg.	Sucht	Schiz.Stg.	Affekt.Stg.	Sonstige
Pflegeheim offen	Rems-Murr-Kreis N=138	16 %	28 %	46 %	7 %	3 %
	Schwäbisch Hall N=97	42 %	24 %	26 %	4 %	4 %
Pflegeheim geschlossen	Rems-Murr-Kreis N=29	10 %	14 %	69 %	0 %	7 %
	Schwäbisch Hall N=77	28 %	38 %	28 %	5 %	1 %

Sowohl in offenen wie in geschlossenen Pflegeheimen des Rems-Murr-Kreises ist der Anteil schizophrener diagnostizierter Personen doppelt so hoch als im Landkreis Schwäbisch Hall. Der Vergleich mit den offenen Wohnheimen zeigt, dass ein umgekehrt reziprokes Verhältnis besteht. Während der Anteil der schizophrener diagnostizierten Personen in den offenen Wohnheimen des Landkreises Schwäbisch Hall hoch ist, ist er im Rems-Murr-Kreis niedrig. Wird der Blick auf Menschen mit einer Suchterkrankung gerichtet, dann zeigt sich, dass der Anteil zwischen den beiden Kreisen in den offenen Pflegeheimen ähnlich hoch ist. In den geschlossenen Pflegegruppen im Landkreis Schwäbisch Hall ist der Anteil der Menschen mit Suchterkrankung nahezu dreimal so hoch wie im Rems-Murr-Kreis.

Wird der hohe Anteil von Personen mit organischen psychischen Störungen in dem Pflegeheim des Landkreises Schwäbisch Hall einbezogen, wird deutlich, dass deren Schwerpunkt auf Menschen mit Suchterkrankungen liegt. Da Personen mit Alzheimer-Demenz aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden, ist davon auszugehen, dass es sich bei der organischen psychischen Störung in der Regel um eine Alkohol-Demenz handelt.⁷ In den Wohnheimen der Eingliederungshilfe kommt diese Personengruppe im Gegensatz zu Wohnheimen in anderen Bundesländern (Jenderny et al. 2020, s.S.22) nicht vor. Wie in Tabelle 10 sichtbar ist, finden sich auch nur sehr wenige Personen mit Suchterkrankung in den Wohnheimen des Landkreises Schwäbisch Hall.

Das Ausmaß der Hilfen in den Pflegeheimen ist am Pflegegrad festzumachen. Bei Pflegegrad 1 besteht noch kein Anspruch auf Fachleistungen nach SGB XI. Pflegegrad 2 und 3

⁷ in der Vergangenheit als Korsakov-Syndrom bezeichnet

erhalten Leistungsempfänger:innen in Pflegeheimen, die in Pflegestufe 0 oder 1 waren und bei denen eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde. Die Beeinträchtigung der Alltagskompetenz ist bei psychisch beeinträchtigten Menschen die Regel und löst den Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe aus. Die Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe sollen die Leistungsberechtigten dazu befähigen, den Alltag eigenständig zu bewältigen. Bei einem Pflegegrad zwischen 1 und 3 hätten Personen mit einer psychischen Erkrankung unter 65 Jahren Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Tabelle 19

Pflegegrade in den Pflegeheimen des	Art des Pflegeheims	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
LK Schwäbisch Hall	Pflegeheime offen N=97	1 %	27 %	32 %	30 %	10 %
	Pflegeheime geschlossen N=77	1 %	23 %	35 %	35 %	5 %
Rems-Murr-Kreis	Pflegeheime offen N=138	2 %	45 %	29 %	18 %	6 %
	Pflegeheime geschlossen N=29	7 %	28 %	38 %	24 %	3 %

Mehr als die Hälfte der Bewohner:innen der Pflegeheime sind in Pflegegrad 1 bis 3 eingruppiert. Der kleine, aber immerhin vorhandene Anteil von Personen in Pflegegrad 1 ist in einem Pflegeheim vollkommen fehlplatziert. Er hat dort keinerlei Anspruch auf Fachleistungen. Falls es um ihren Schutz im Hinblick auf pathologische Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen⁸ geht, würde für die Bewohner:innen in geschlossenen Pflegeheimen ein geschlossenes Wohnheim der Eingliederungshilfe in Betracht kommen. Ebenso für die Bewohner:innen der geschlossenen Pflegeheime mit Pflegegrad 2 und 3. Bei der Bedarfsermittlung wären die psychischen Problemlagen als Beeinträchtigungen der mentalen Funktionen zu bewerten, und würden zu einer starken Beeinträchtigung der Teilhabe und zu entsprechenden Leistungen der sozialen Teilhabe führen.

Auch bei den Pflegegraden existieren Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen. Während in den geschlossenen Wohnheimen des Rems-Murr-Kreises 27 % und in den offenen Wohnheimen nur 24 % den Pflegegraden 4 und 5 zugeordnet sind, haben in beiden Pflegeheimformen des Landkreises Schwäbisch Hall 40 % der Bewohner:innen die Pflegegrade 4 und 5 erhalten. Die höhere Eingradierung passt zu dem höheren Anteil an Personen mit organisch bedingten psychischen Störungen im Landkreis Schwäbisch Hall.

⁸ Modul 3 der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

2.10 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung wurden in Form einer strukturalen Analyse interpretiert, d.h., die Praktiken in den einzelnen Landkreisen wurden einer vergleichenden Analyse unterzogen und daraus allgemein anzuwendende Schlussfolgerungen gezogen. Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die vier beteiligten Kreise unterscheiden sich erheblich in ihrer Angebotsstruktur und den in den Wohnangeboten unterstützten schwer psychisch erkrankten Personen. Dies entspricht den Ergebnissen der Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) Baden-Württemberg des KVJS. Ein deutlicher Unterschied besteht zwischen den drei württembergischen Kreisen und dem badischen Landkreis Emmendingen.
- Insgesamt erhalten 2162 Personen mit schweren psychischen Erkrankungen Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege. Die Kennziffer der Leistungsempfänger:innen je 1000 Einwohnern variiert zwischen 1,2 im Stadt- und Landkreis Heilbronn und 2,7 im Landkreis Schwäbisch Hall.
- Allerdings erhält nur im **Ambulant Betreuten Wohnen (ABW)** und im **Betreuten Wohnen in Gastfamilien (BWF)** der überwiegende Teil der Leistungsempfänger:innen das Angebot im Herkunftskreis.
- Wie die Stichtagserhebung der GPV-Dokumentation des KVJS zum 31.12.2019 zeigt, sind die Leistungen des ABW in ganz Baden-Württemberg ausgebaut worden. Sie werden vom Träger der Eingliederungshilfe der Landkreise bewilligt. Die meisten Leistungsempfänger:innen verzeichnet der Rems-Murr-Kreis mit 470 Personen und einem Eigenbelegungsanteil von 91%. Insgesamt scheint in Baden-Württemberg im Hinblick auf das ABW der Anschluss an die Entwicklung anderer Bundesländer erreicht worden zu sein.
- In den **stationär betreuten Wohnformen** der Eingliederungshilfe erhalten nur im Stadt- und Landkreis Heilbronn mehr als die Hälfte der Leistungsempfänger:innen ein Angebot im eigenen Landkreis (62%). Besonders gering ist der Eigenanteil im Landkreis Emmendingen mit 27%. Dort werden in den Wohnheimen Menschen mit seelischer Behinderung aus dem Landkreis Breisgau und zu einem höheren Anteil (39%) aus der Stadt Freiburg betreut.
- Die Wohnheime scheinen als Stätten der Langzeitversorgung für psychisch kranke Menschen zu dienen. Mit Ausnahme des Landkreises Schwäbisch Hall wurden mehr

als die Hälfte der Bewohner:innen in den offenen Wohnheimen vor mehr als fünf Jahren aufgenommen. Im Landkreis Schwäbisch Hall wurde nahezu die Hälfte der Bewohner:innen aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgenommen, vermutlich aus dem ABW oder dem BWF des jeweiligen Leistungserbringers. Es entsteht somit der Eindruck einer Psychiatriegemeinde anstatt einer Gemeindepsychiatrie, wie Klaus Dörner einmal angemerkt hat.

- Die Teilhabe am Arbeitsleben als ursprünglich wesentliche Leistung der Eingliederungshilfe wird in den unterstützten Wohnformen von weniger als der Hälfte der Leistungsempfänger:innen erreicht. Die Arbeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt ist selbst bei Personen in den ambulanten Wohnformen sehr selten, drei Viertel der Leistungsempfänger steht nicht im Arbeitsleben, aber auch in die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) schafft es nur die Minderheit. Am häufigsten in den Wohnheimen ist eine stundenweise Beschäftigung in der Einrichtung oder der Tagesstätte, obwohl die Wohnheime der Eingliederungshilfe ursprünglich als Wohnheime zur WfbM gedacht waren.
- Immerhin wohnt ein beträchtlicher Teil der chronisch psychisch kranken Menschen außerhalb von größeren Einrichtungen, in denen das gesamte Leben reguliert ist. Der größte Teil lebt in einer Mietwohnung (ABW), bei einer Gastfamilie (BWF) oder in einem Wohnheim überschaubarer Größe in der Gemeinde. Allerdings hat sich die Struktur der Bewohnerschaft verändert. Personen mit schizophrenen Störungen, die in der Vergangenheit der Hauptadressat der gemeindepsychiatrischen Versorgung waren, machen einen zunehmend geringeren Anteil der Leistungsempfänger:innen aus. Wie die Befragung der Kliniken gezeigt hat, ist die Anschlussversorgung für Menschen mit schizophrenen Störungen ihr größtes Problem.
- Mit dem ABW wurden Diagnosegruppen erreicht, die in der Vergangenheit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung eine untergeordnete Rolle spielten – insbesondere Menschen mit affektiven Störungen. Im Rems-Murr-Kreis, der im ABW mit einem flexiblen Betreuungsschlüssel arbeitet, ist dies besonders deutlich. Die Personengruppe mit affektiven Störungen (37%) hat der Personengruppe mit schizophrenen Störungen (30%) den Rang abgelaufen. In den anderen beiden Kreisen Württembergs liegt der Anteil der schizophrenen Störungen ebenfalls unter 50%.
- Wäre nun zu erwarten gewesen, dass dieser Personenkreis in stationären Wohneinrichtungen einen Platz findet, kann dies durch die Untersuchung nicht bestätigt werden. Der Anteil schizophrener Störungen in den Wohnheimen des Rems-Murr-Kreises liegt bei 36%. Im Stadt- und Landkreis Heilbronn liegt er mit 56% zwar deutlich höher, allerdings wurde dort der größte Teil der Wohnheimbewohner vor über fünf

Jahren und nur 20% in den zwei Jahren vor der Erhebung aufgenommen. In den geschlossenen Wohnheimen der Eingliederungshilfe im Landkreis Heilbronn wurden 53% der Bewohner:innen in den zwei Jahren vor der Erhebung aufgenommen – vor allem Personen mit schizophrenen Erkrankungen (71%).

- Bei der problematischen Anschlussversorgung von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen ist davon auszugehen, dass es um eine Personengruppe mit herausfordernden Verhaltensweisen geht, wie zusätzliche Suchtprobleme bzw. selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten. Dies wird in der Befragung der Kliniken deutlich.
- Nahezu ein Viertel der chronisch psychisch erkrankten Personen in den vier Kreisen wird in offenen und geschlossenen Pflegeheimen versorgt. Die Plätze in geschlossenen Pflegeheimen sind bei den psychiatrischen Kliniken sehr gefragt, da nur wenige Plätze in geschlossenen Wohngruppen der Eingliederungshilfe vorhanden sind. Die Versorgung schizophrener erkrankter Menschen mit langfristigem Versorgungsbedarf wird in nicht unbeträchtlichem Umfang von ehemaligen Altenpflegeheimen übernommen, die sich auf diese Zielgruppe spezialisiert haben.
- Dass die Kliniken in der Vergangenheit einen Weg gefunden haben, für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen eine Anschlussversorgung zu finden, zeigt sich in den Daten der psychiatrischen Pflegeheime. 56% der Aufnahmen auf die 97 offenen Pflegeheimplätze und 69% der Aufnahmen auf die 77 geschlossenen Pflegeheimplätze des Landkreises **Schwäbisch Hall** gingen von psychiatrischen Kliniken aus. Allerdings waren davon lediglich 16% bzw. 19% der Leistungsempfänger:innen aus dem Landkreis Schwäbisch Hall. 25% bzw. 30% waren aus dem Rems-Murr-Kreis, 21% bzw. 13% aus dem **Landkreis** Heilbronn.
- Dass die Pflegeheime in Schwäbisch Hall von dem **Stadtkreis** Heilbronn nicht belegt werden müssen, mag daran liegen, dass durch die frühzeitige Rehabilitation insbesondere schizophrener Patienten in der RPK des Therapeutikums Heilbronn, die langfristige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichergestellt werden kann. Dadurch ist auch die hohe Anzahl der offenen Wohnheime im Stadt- und Landkreis Heilbronn, die nahezu doppelt so hoch ist als im Rems-Murr-Kreis, erklärbar.
- Wie die paradoxe Situation der Belegung der psychiatrischen Pflegeheime im Landkreis Schwäbisch Hall zeigt, nehmen diese dem Gemeindepsychiatrischen Verbund im Landkreis Heilbronn und im Rems-Murr-Kreis ein Problem ab, das im Landkreis nicht gelöst werden kann. Die Kosten werden von der Sozialhilfe des Herkunftslandkreises getragen. Problematisch ist dabei, dass die Leistungsempfänger:innen aus

dem Fokus der Eingliederungshilfe ihres Herkunftskreises herausfallen. Betroffen sind die verletzlichsten Personengruppen.

- In den psychiatrischen Pflegeheimen reduziert sich das Diagnosespektrum im wesentlichen auf drei Diagnosegruppen. Schizophrenien, Suchterkrankungen und Organische psychische Störungen. Letztere umfassen in der Regel die sogenannten Alkoholdemenzen.
- In den Pflegeheimen des Landkreises **Schwäbisch Hall** dominieren mit 66% die Diagnosen mit Suchtbezug. 34% der 77 Bewohner:innen in geschlossenen Heimen und 30% der 97 Bewohner:innen in offenen Pflegeheimen wurden in den letzten zwei Jahren aus 18 fremden Kreisen aufgenommen. Die Not der psychiatrischen Kliniken einschließlich der forensischen Kliniken hinsichtlich der Anschlussversorgung von „Problemgruppen“ zeigt sich in den psychiatrischen Pflegeheimen des Landkreises Schwäbisch Hall sehr deutlich.
- Im **Rems-Murr-Kreis** dominiert die Diagnose der schizophrenen Störung in dem geschlossenen Pflegeheim mit 69%, also mehr als zwei Drittel der 29 Bewohner:innen. Ein knappes Drittel der gesamten Bewohnerschaft ist in den letzten zwei Jahren aufgenommen worden, die Aufnahme der gesamten Bewohnerschaft erfolgte aus 16 verschiedenen Kreisen Baden-Württembergs, lediglich 14% aus dem Rems-Murr-Kreis.
- In den offenen psychiatrischen Pflegeheimen des Rems-Murr-Kreises verteilen sich die Diagnosen gleichmäßig auf die schizophrenen (46%) und die suchtbetragenen Störungen (44%). Die Bewohnerschaft der 138 Pflegeheimplätze hatte ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor der Aufnahme in 18 verschiedenen Kreisen Baden-Württembergs. 14 Bewohner:innen (11%) kommen aus der Stadt Stuttgart. Allerdings waren zwei Drittel der Aufnahmen in den offenen psychiatrischen Pflegeheimen des Rems-Murr-Kreises vor mehr als fünf Jahren erfolgt, etwas mehr als ein Drittel vor mehr als 10 Jahren. Es ist daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Aufnahmen vor der Stuttgarter Regelung im GPV erfolgte (s.S.22).
- Die Aufnahme in einem psychiatrischen Pflegeheim mag für viele schwer psychisch erkrankte Menschen die einzige Möglichkeit gewesen sein, eine direkte Anschlussversorgung an die Behandlung in der psychiatrischen Klinik zu erhalten. Es handelt sich jedoch gleichwohl um eine Fehlplatzierung. Als chronisch psychisch kranke Menschen mit stationärem Hilfebedarf hatten sie bereits vor dem BTHG den Anspruch, als **wesentlich seelisch behindert** eingestuft zu werden und damit einen Anspruch auf Teilhabeleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu haben.

- 60% der Bewohner:innen in den Pflegeheimen des Landkreises Schwäbisch Hall und 81% der Bewohner:innen in den Pflegeheimen des Rems-Murr-Kreises sind den Pflegegraden 1-3 zugeordnet. In Pflegegrad 1 haben sie keinen Anspruch auf Leistungen der Fachleistungen der Pflege, sondern lediglich auf Leistungen der Zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI. Die Pflegegrade 2 und 3 erreichten sie vor allem, weil Probleme im Modul 3 der Pflegebegutachtung: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen vorlagen. Diese Probleme sind jedoch die Grundlage für das Vorliegen einer Behinderung nach § 2 SGB IX. Die Fachleistungen, die ihnen in Pflegegrad 2 und 3 zustehen, sind Fachleistungen der Grundpflege, die sie aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen nicht benötigen.

- Die Bewohner:innen mit Pflegegrad 4 und 5 (40% in Schwäbisch Hall und 19% im Rems-Murr-Kreis) sind in einer Pflegeeinrichtung richtig platziert. Wenn das Personal zusätzlich für die Berücksichtigung psychischer Beeinträchtigungen geschult ist, kann eine adäquate Förderung dieser Personengruppe erfolgen. Für eine zielgerichtete Förderung der Teilhabe sind jedoch Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe notwendig. Diese Leistungen stehen den Bewohner:innen bei Vorliegen einer Behinderung auch in einem Pflegeheim zu.

- Die Versorgung in **stationären Einrichtungen** der Eingliederungshilfe und Pflege erfolgt bei mehr als der Hälfte der leistungsberechtigten Personen in den vier Kreisen außerhalb ihres Herkunftskreisen. Die Aufnahme in den stationären Einrichtungen erfolgt nicht gesteuert, sondern nach der Logik des freien Platzes auf Anfrage der psychiatrischen Kliniken. Dadurch werden Querbelegungen erzeugt. So werden leistungsberechtigte Personen aus dem Rems-Murr-Kreis in einer Pflegeeinrichtung im Landkreis Schwäbisch Hall aufgenommen, obwohl die stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe mit weniger als der Hälfte mit Bürgern des Rems-Murr-Kreises belegt sind.

3 Schlussfolgerungen

Die gemeindepsychiatrische Versorgung entwickelte sich in Baden-Württemberg mit wenigen Ausnahmen unabhängig von der klinischen Behandlung. Rehabilitationsleistungen als Übergang in eine selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben waren für den überwiegenden Teil der Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen nicht erreichbar. Im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern wurden nach der Jahrtausendwende die Leistungen der unterstützten Wohnformen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung nicht systematisch und einheitlich ausgebaut.

In Baden-Württemberg fiel der Ausbau der Leistungen der Eingliederungshilfe in die Zeit der Kommunalreform, bei der die beiden überörtlichen Sozialhilfeträger aufgelöst und die Leistungen der Eingliederungshilfe in die Verantwortung der 44 Landkreise und kreisfreien Städte fiel. Eine übergreifende Planung der gemeindepsychiatrischen Versorgung entfiel, so dass sich die Versorgungslandschaft vollkommen unterschiedlich entwickelte. Die psychiatrischen Kliniken waren in den meisten Regionen von der gemeindepsychiatrischen Entwicklung abgekoppelt und entwickelten mit den Sozialdiensten ein überregionales Management der Anschlussversorgung.

In der Situationsanalyse und den GPV-Dokumentationen des KVJS wurde nicht nur die unterschiedliche gemeindepsychiatrische Entwicklung sichtbar, sondern auch ein Defizit der stationären Wohnversorgung. Mit der vorliegenden Untersuchung wurde der Horizont der GPV Dokumentation des KVJS überschritten. Die Psychiatrischen Pflegeheime, die in der Regel in privater Trägerschaft sind und ausschließlich über Leistungen der Hilfe zur Pflege finanziert werden, wurden in die Untersuchung einbezogen. Im Rems-Murr-Kreis, dem Stadt- und Landkreis Heilbronn, dem Landkreis Schwäbisch Hall und dem Landkreis Emmendingen mit insgesamt 1,25 Millionen Einwohnern wurde eine Vollerhebung der Versorgung chronisch psychisch Kranker durchgeführt, an der sich alle Einrichtungen beteiligten.

Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass die Umsetzung der Empfehlungen des Landesarbeitskreises Psychiatrie „Zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf im Anschluss an den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in den Landkreisen und kreisfreien Städten Baden-Württembergs“ dringend erforderlich ist. Die Landesregierung hat mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) im Jahr 2015 mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) die Voraussetzung für die Umsetzung in den Landkreisen geschaffen. Das Gesetz gibt vor, dass eine abgestimmte und personenzentrierte Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu schaffen ist.

Dafür bedarf es einer übergreifenden Koordination des Gemeindepsychiatrischen Verbundes der Landkreise und kreisfreien Städte. Es müssen Stellen für die Psychiatrieplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten analog zu den Sozialpsychiatrischen Diensten im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz verbindlich geregelt werden. Die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen mit Versorgungsauftrag müssen in die Gemeindepsychiatrischen Verbände integriert werden. Dadurch ist in allen Landkreisen und kreisfreien Städten die Zusammenarbeit aller Akteure zu gestalten und eine gemeinsame Versorgungsverpflichtung zu realisieren. Um die passgenaue Versorgung der Personen mit schweren psychischen Erkrankungen sicherzustellen, bedarf es der Koordination der Fall- und Versorgungssteuerung durch die Psychiatrieplanung der Stadt- und Landkreise. Das Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - hat die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen.

4 Zitierte Literatur:

- Aktion Psychisch Kranke** (2004). *Abschlussbericht des Projekts Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg*. Hrsg. V. Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Albrecht, K.** (2003). *Wie die Personenzentrierung in die Praxis kommt Projekt der Liga der Freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg / Ergebnisse als Grundlage für die zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur*. Kerbe, 21, 3, 29-30.
- Ayena, D.** (2011). *Geschlossenes Heim als Einbahnstraße für die Hoffnungslosen? In: Rosemann, M., Konrad, M. (Hrsg.), Handbuch Betreutes Wohnen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 169-180.
- BAGÜS** (2020). *Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2018*. <http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2020-04-21%20BAGÜS%20Bericht%20Kennzahlenvergleich%20Berichtsjahr%202018%20final.pdf> (27.07.2021).
- Blankenfeld, C., Haug-von Schnakenburg, D., Konrad, M.** (2017). *Menschen mit psychischer Erkrankung unter 65 Jahren in Pflegeheim. Eine empirische Untersuchung in Baden-Württemberg*. Sozialpsychiatrische Informationen, 47 (4), 47-52.
- Deutscher Bundestag** (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Drucksache 7/4200. <https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf> (10.12.2021).
- Dieckmann F, Giovis C.** (2007) *Therapeutische Wohngruppen für geistig behinderte Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten – Evaluation eines Modellversuchs in Baden-Württemberg*. In: F. Dieckmann, G. Haas (Hg.): *Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 83-118.
- DGPPN** (Hg.) (2018). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen. Erstes Update*. Berlin: Springer.
- Flemming, L.** (2012). *Inklusion heißt Einschluss! Forensische Unterbringung als Beitrag zu einer zeitgemäßen Gemeindepsychiatrie?* In: Sozialpsychiatrische Informationen 42: 14-17
- Häfner, H., Rössler, W., Häfner-Ranabauer, W.** (1996). *Zwei-Klassen-Psychiatrie*. Psychiat. Prax, 23, 55-62.
- Jaeger, S., Kampmann, M., Gnauck, J.** (2021). *Hilft unterstütztes Wohnen Menschen mit seelischer Behinderung*. Psychosoziale Umschau, 36 (03), 19-20.
- Kauder, V., Aktion Psychisch Kranke** (Hg.) (1997). *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Konrad, M.** (2014). *Geschlossene Heime – pragmatische Notwendigkeit oder Widersinn?* Recht & Psychiatrie, 32, 195-203.

- Konrad, M.** (2019). *Die Assistenzleistung. Anforderungen der Eingliederungshilfe durch das BTHG*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Konrad, M., Armbruster, J. Rosemann, M.** (2022). *Schwer psychisch erkrankte Menschen benötigen Leistungen der mobilen psychiatrischen Rehabilitation*. Unveröff. Manuskript.
- Konrad, M., Dellmann, S.** (2022). *Rehabilitation und Teilhabe wie aus einer Hand. Vom Gesetz zur Praxis*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Konrad, M., Frank, U.; Flammer, E.** (2011). *Die Versorgung ehemaliger Patienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Auswertung einer Basisdokumentation aus zwei Landkreisen*. In: *Psychiatrische Praxis*, 38, 376-381.
- Konrad, M., Schock, S.; Jaeger, J.** (2006). *Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- KVJS** (2011). *Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2009*.
- KVJS** (2017a). *Situationsanalyse zum Stand der Sozial- und Teilhabeplanung in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Datenerhebung zur Situation von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung und Menschen mit seelischer Behinderung aus den Jahren 2014 und 2015*.
- KVJS** (2017). *Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2015 und 31.12.2016*.
- KVJS** (2021). *Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2019*
KVJS-Abschlussbericht (2021).
- LPP** (2018). *Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (Landespsychiatrieplan)*. Hrsg. v. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.
- Meyder, J., Wiedwald, A., Stolz, K., Warmbrunn, J., Juchart, K.** (2015). *Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg (PsychKHG). Praxiskommentar und Arbeitshilfen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Rhein-Neckar-Kreis** (2018). *Sozial- und Teilhabeplanung. Fortschreibung 2015-2025. Für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung*. https://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis-2016/get/pa-rams_E126726976/2343740/Teilhabeplanung_Fortschreibung.pdf (28.01.2022)
- Rössler, W. et al.** (1985). *Außenstationäre psychiatrische Versorgung. Landesprogramm Baden-Württemberg 1985*. Weinheim: Beltz.
- Salize, H.-J., Bullenkamp, J., Wolf, I., Aischer, I.** (1998). *Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Abschlussbericht im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg*.

Salize, HJ, Horst, A. (2002). *Versorgungslage und Lebensqualität enthospitalisierter chronisch psychisch Kranker bei Finanzierung durch bedarfsorientierte Pflegesätze. Abschlussbericht.* <http://www.sphv.de/images/stories/pdf/KBSchlussbericht.pdf>. 12.12.2021.

Vieten, B. (2014). *Enthospitalisierung als dauernde Herausforderung.* In Armbruster, J. et al.: 40 Jahre Psychiatrie-Enquête. Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag, 333-347.

Theunissen, G. Kulig, W. (2019). *Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg. Ergebnisbericht.* https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/Forschung/Herausforderndes_Verhalten_Internet.pdf (27.01.2022).

Traub H, Weithmann G. (2014). *Gemeinsame Entwicklung, unterschiedliche Inzidenz. Die Zuweisung gemäß § 63 StGB von 1995-2009 (in den alten Bundesländern).* Springer Verlag, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 1-9.

Vock R., Zaumseil M., Zimmermann R-B., Manderla S. (2007). *Mit der Diagnose »chronisch psychisch krank« ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin.* Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Welti, F. (2022). 120. *Medizinische Rehabilitation.* In: Deinert, O., Welti, F., Luik, S. & Brockmann, J. (Hrsg) *StichwortKommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht;* 3. Aufl., Nomos, 1040-1060.

Bielesch, J., Masanz-Wolkewitz, K., Obert, K. (2022). *Evaluation: Die Betreuung ehemals forensisch untergebrachter Patienten im GPV Stuttgart.* Sozialpsychiatrische Informationen (eingereicht).

5 Anhang 1: Empfehlung des Landesarbeitskreises Psychiatrie

Zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf im Anschluss an den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.

Präambel

Die Empfehlungen für die Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX erfolgen auf Grundlage von Kapitel 4 Teil 1 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen sowie von § 36 Absatz 1 SGB IX, nach dem die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen.

Ziel der Empfehlungen ist es, die Koordination der Leistungs- und Versorgungsplanung für den betreffenden Personenkreis unter Beibehaltung der jeweiligen Selbstverantwortung der Rehabilitationsträger zu optimieren.

Thema 1: Gemeindepsychiatrischer Verbund

§ 7 PsychKHG sieht auf Ebene der Stadt- und Landkreise die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV) vor, in denen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste zum Zwecke der Kooperation zusammenschließen. Auf der Grundlage einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung verfolgen sie das Ziel, eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung für Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind, zu erreichen.

Empfehlung:

Die Moderation des Prozesses der Versorgungsentwicklung im Rahmen des GPV wird unter Zugrundelegung der Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. empfohlen.

Qualitätskriterien Gemeindepsychiatrischer Verbund nach § 7 PsychKHG Baden-Württemberg

1.1 Innerhalb einer definierten Region besteht eine Verpflichtung zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen und Leistungen. Diese wird umgesetzt, indem Leistungserbringer und Leistungsträger der verschiedenen sozialgesetzlichen Sektoren die gemeinsame Versorgungsverantwortung übernehmen.

1.2 Zielgruppe sind Menschen, die gemäß § 1 PsychKHG aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind. Auf die Begriffsbestimmung von Behinderung im Sinne des neuen § 2 SGB IX wird verwiesen.

1.3 Der GPV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der Leistungsträger, der Leistungserbringer, der Vertretungen des Personenkreises nach 1.2 dieser Empfehlung, ihren Angehörigen sowie des bürgerschaftlichen Engagements und der unabhängigen Beratungsstellen. Mitglied im GPV ist der jeweilige Stadt- und Landkreis, der als Leistungsträger für die Eingliederungshilfe nach SGB IX zuständig und im Rahmen der Daseinsfürsorge gemäß § 17 SGB I für die Koordination der Hilfeangebote und die kommunale Sozialplanung verantwortlich ist. Bei den Leistungserbringern sind alle Einrichtungen und Dienste in den Blick zu nehmen, die sich an den Personenkreis nach 1.2 dieser Empfehlung richten.

1.4 Im Rahmen der kommunalen Steuerungshoheit beziehen die Stadt- und Landkreise die anderen Mitglieder des GPV, insbesondere die Interessensvertretungen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen gemäß § 7 PsychKHG, in die Fall- und Versorgungssteuerung mit ein und beachten die Schnittstelle zur kommunalen Pflegekonferenz.

1.5 Leistungsträger sind die gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung und Pflegeversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jobcenter, die Stadt- und Landkreise als Träger der Eingliederungshilfe sowie die öffentliche Jugendhilfe. Leistungserbringer sind pauschal finanzierte Angebote wie der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) und Tagesstätten, klinische Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung nach SGB V, Kliniken für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich forensischer Ambulanzen, die Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK), Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen, Leistungserbringer der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie der ambulanten Soziotherapie und Ergotherapie, Leistungserbringer der sozialen Teilhabe, der Teilhabe am Arbeitsleben, der Teilhabe an Bildung und besonderer Wohnformen für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen, sowie stationäre Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke Menschen unter 65 Jahren.

1.6 Die Leistungserbringer sowie die Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe und der jeweilige Stadt- und Landkreis treffen nach § 7 PsychKHG eine Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit eine möglichst bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung für den in 1.2 dieser Empfehlung genannten Personenkreis zu erreichen.

1.7 Die Mitglieder vereinbaren die gemeinsame kontinuierliche Überprüfung der regionalen Versorgungssituation im Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung und dokumentieren das Leistungsgeschehen.

1.8 Die Mitglieder informieren und beraten sich kontinuierlich über neue Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region. Damit einher geht die Beteiligung an einem gemeinsamen regionalen Qualitätsmanagement unter Federführung der Sozialplanung des zuständigen Stadt- oder Landkreises.

1.9 Die Leistungsträger und Leistungserbringer im GPV unterstützen den jeweiligen Stadt- bzw. Landkreis bei der Wahrnehmung seiner Steuerungsfunktion hinsichtlich der Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems.

1.10 Der GPV regelt die Zusammenarbeit mit den Schnittstellen Jugendhilfe, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Altenhilfe.

1.11 Daten des Leistungsgeschehens werden an den KVJS weitergeleitet, der im Rahmen der kommunalen Berichterstattung eine einheitliche GPV-Dokumentation erstellt. Das Ergebnis wird dem Landesarbeitskreis Psychiatrie als Grundlage für die Weiterentwicklung der Versorgung vorgestellt.

Thema 2: Entlassplanung der Kliniken

Ein besonderes Augenmerk wird bei der Umsetzung auf das Qualitätskriterium der tatsächlichen Einbeziehung aller Leistungsträger, auf den Prozess der Teilhabe- und Gesamtplanung und die Umsetzung von Unterstützungsleistungen zu richten sein. Das BTHG hat das Ziel, das Recht von Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang mit einer seelischen Beeinträchtigung auf individuell erforderliche Leistungen der Rehabilitation umzusetzen. §13 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Erfassung des Vorliegens einer Behinderung nach dem in § 2 SGB IX definierten neuen Behinderungsbegriff und zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Bedarfs. Hierzu bietet die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine geeignete Vorlage.

Empfehlung:

Die Entlassplanung für den betreffenden Personenkreis muss sich an der Bedarfsermittlung im Sinne von § 13 SGB IX orientieren. Sie ist frühzeitig und umfänglich zu initiieren und relevante Leistungsträger sind einzubeziehen.

1. Entlassplanung der Kliniken für seelisch Behinderte Personen mit herausforderndem Verhalten zur Sicherstellung regionaler und passgenauer Hilfeangebote

- 1.1** Bei dem Personenkreis nach 1.2 dieser Empfehlung ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft vorliegt. Insofern ist davon auszugehen, dass ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX und unter Umständen auch der Pflege nach SGB XI besteht und daher frühzeitig die entsprechenden Leistungsträger und vor allem das Teilhabemanagement der Eingliederungshilfe einzubeziehen sind.
- 1.2** Die Klinik tritt, nach Bündelung der Expertise aller Berufsgruppen, in Kontakt mit dem Teilhabe- oder Fallmanagement der in Frage kommenden Rehabilitationsträger. Die Entlassplanung für den betroffenen Personenkreis erleichtert die Einhaltung der gesetzlichen Fristen für die Rehabilitationsträger.
- 1.3** Die Entlassplanung beginnt mit der Aufnahme. Spätestens nach Abklingen der akuten Symptomatik wird die Entlassplanung mit erforderlichen nachgehenden Hilfen begonnen. Die bedeutsamen Personen des Lebensumfeldes sind frühzeitig in den Blick zu nehmen und für die Ziel- und Leistungsplanung zu nutzen.
- 1.4** Die partizipative Ziel- und Leistungsplanung erfolgt bei Zustimmung der Patient:innen unter Einbeziehung der bedeutsamen Personen des Lebensumfeldes sowie der rechtlichen Betreuungsperson.
- 1.5** Die behandelnde ärztliche oder psychologische Fachkraft erhebt und dokumentiert die Beeinträchtigung der mentalen Funktionen nach ICF und erstellt auf Anfrage eine Stellungnahme im Rahmen der Feststellung der Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis der jeweiligen Sozialgesetzbücher.
- 1.6** Die Entlassplanung erfolgt auf Grundlage der Lebensvorstellungen und der Lebenssituation der Patient:innen, der langfristigen sowie der nächsten Teilhabziele sowie ICF-orientiert der personenbezogenen Faktoren, der Beeinträchtigungen und Fähigkeiten in den neun Lebensbereichen „Aktivitäten und Partizipation“ sowie der Förderfaktoren und Barrieren der Umwelt.
- 1.7** Mitarbeitende der Klinik oder der SpDi unterstützen die Patient:innen bei der Antragstellung auf Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe und machen das Angebot, sie als Person des Vertrauens bei der Gesamtplanung zu begleiten.
- 1.8** Die Klinik leistet eine umfassende Information über Leistungsangebote in der Region, bei Bedarf auch mittels Besichtigung von Angeboten und Diensten.
- 1.9** Für Patient:innen des Maßregelvollzugs, deren Selbstbestimmung für die sogenannte extramurale Erprobung und die anschließende bedingte Entlassung eingeschränkt ist, wird nach Klärung der Punkte 1 bis 7 von Mitarbeitenden der forensischen Klinik in Rücksprache mit dem Behandlungsteam Kontakt zu potentiellen weiterversorgenden Leistungserbringern aufgenommen und zusammen mit den Patient:innen die Kriterien für den Empfangsraum des Probewohnens und die weitergehende ärztliche Behandlung geklärt. Verläuft die extramurale Erprobung erfolgreich, so werden frühzeitig Forensisch-Ambulanz (FA) und Bewährungshilfe einbezogen und steigen überlappend in die ambulante Weiterbetreuung ein.

Thema 3: Der Weg zur Leistungserbringung

Mit dem BTHG hat sich das Verfahren zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe elementar verändert. Während bei komplexen Problemlagen in der Vergangenheit die Kliniken oder der SpDi auf der Grundlage der Schwere der Erkrankung ein geeignetes Angebot für die Anschlussversorgung gesucht haben, wird nunmehr die Feststellung des individuellen Bedarfs für Teilhabe- und Pflegeleistungen im Rahmen des Gesamtplans durch den Träger der Eingliederungshilfe in den Mittelpunkt des Verfahrens gerückt.

Empfehlung:

Der Übergang von der klinischen Behandlung zu weitergehenden Leistungen der Teilhabe und Pflege sollte so geplant werden, dass die Personen nach 1.2 dieser Empfehlung ein Angebot in der Nähe ihres Wohnorts erhalten, sofern sie dies wünschen (Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX). Eine frühzeitige Abstimmung der Ziele und Bedarfe der leistungsberechtigten Person zwischen Klinik, Träger der Eingliederungshilfe und Leistungserbringer in der Region ist daher unabdingbar. Handlungsleitend für die Leistungen der Eingliederungshilfe sind die Aussagen zur Leistungserbringung des Landesrahmenvertrages für Baden-Württemberg gemäß § 131 Abs. 1 SGB IX.

Von der Entlassplanung der Klinik zur Gesamtplanung des Trägers der Eingliederungshilfe und der Festlegung geeigneter Leistungserbringer

3.1 Der Träger der Eingliederungshilfe ist zuständig für die Leistungsfeststellung von psychisch kranken Personen mit einer wesentlichen Behinderung. Damit wird die Steuerungsfunktion der Stadt- und Landkreise, wie sie in § 8 PsychKHG beschrieben ist, mit dem BTHG-Ausführungsgesetz Baden-Württemberg verknüpft, wonach diese weisungsfrei für die Durchführung der Eingliederungshilfe zuständig sind. Zur zeitnahen Feststellung der Zuständigkeit stellt die Klinik dem Träger der Eingliederungshilfe mit der Antragsstellung die in 2.5 empfohlene Dokumentation der Beeinträchtigung der mentalen Funktionen zur Verfügung. Bei der Bedarfsermittlung bezieht der Träger der Eingliederungshilfe Informationen der psychiatrischen Klinik, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der niedergelassenen Ärzte, der EUTB-Stellen und weiterer Beratungsangebote ein.

3.2 Mitarbeitende der Klinik oder des SpDi begleiten die leistungsberechtigte Person bei der Antragstellung und stellen sich als Person des Vertrauens zur Verfügung, falls keine andere geeignete Person zur Verfügung steht. Da sich diese Empfehlung auf Menschen mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf bezieht, wird im Anschluss an die Bedarfsermittlung mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person in der Regel eine Teilhabeplan-

konferenz durchgeführt. Die Teilhabeplankonferenz dient dazu, die Wünsche der leistungsberechtigten Person zur Gestaltung der Leistung gemäß § 104 SGB IX auf ihre Angemessenheit zu prüfen.

3.3 An der Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX sollten sich – nach den Erfordernissen des Einzelfalls - neben dem Teilhabemanagement des Stadt- oder Landkreises weitere zuständige Leistungsträger, die zuständige psychiatrische Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst sowie in Frage kommende Leistungserbringer im GPV beteiligen, sofern die leistungsbeantragende Person dem zustimmt. In der Teilhabeplankonferenz wird die gemeinsame Versorgungsverantwortung der Leistungsträger und Leistungserbringer im Sinne von § 7 PsychKHG gemäß den Qualitätskriterien des GPV umgesetzt und die Grundsätze der Kooperationsvereinbarung gelebt. In der Teilhabeplankonferenz wird auch die Erforderlichkeit einer besonderen Wohnform und der Beantragung freiheitsentziehender Maßnahmen besprochen.

3.4 Vertreter der Leistungserbringer in der Teilhabeplankonferenz müssen Entscheidungsbefugnis über die Erbringung von Leistungen oder die Aufnahme in eine besondere Wohnform haben. Kommt die Teilhabeplankonferenz zu dem Ergebnis, dass die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung nach SGB XI die angemessene Versorgung darstellt, werden die erforderlichen Leistungen der sozialen Teilhabe in dieser Einrichtung besprochen.

3.5 Die Feststellung der Leistungen durch den zuständigen Leistungsträger erfolgt auf Grundlage der Gesamt- oder Teilhabeplankonferenz, gegebenenfalls mit Beteiligung der zuständigen Pflegekasse und dem Sozialhilfeträger

Thema 4 war die Weiterarbeit der Arbeitsgruppe an regionalen Hilfeangeboten für den gesamten Personenkreis nach 1.2. Die o.g. Empfehlungen stellen eine praktikable Vorgabe für die Fall- und Versorgungssteuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund dar. Es hatte sich aber der Eindruck verstärkt, dass die Kliniken häufig keine Angebote des Betreuten Wohnen im eigenen Landkreis fanden und gezwungen waren, in jedem Einzelfall eine aufwändige Suche nach einem Platz in anderen Kreisen oder Bundesländern zu starten. Es erschien daher notwendig, den in der GPV Dokumentation festgestellten Ist-Stand der Versorgung mit Leistungen der Eingliederungshilfe durch den Ist-Stand der für den betreffenden Personenkreis spezialisierten Pflegeheime zu ergänzen und für einzelne Kreise in Verbindung zu setzen. Dabei sollten auch genauere Informationen über den Personenkreis mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB erzielt werden, um praktische Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung in dieser Problemzone ziehen zu können

6 Anhang 2: Teilnehmende Einrichtungen

Tabelle 20

Stadt- und Landkreis Heilbronn

1) Betreutes Wohnen Weinsberger Hilfsverein	Heilbronn	174
2) Betreutes Wohnen Therapeutikum	Heilbronn	142
3) Betreutes Wohnen Haus Tabor,	Wüstenrot	42
4) Betreutes Wohnen Lebenshaus	Weinsberg	30
5) Betreutes Wohnen Aufbaugilde HN	Heilbronn + LK	69
6) Fachpflegeheim Senterra	Heilbronn	9
7) Fachpflegeheim Sägmühl	Ittlingen	24
8) Fachpflegeheim Bad Wimpfen	Bad Wimpfen	8
9) Betreutes Wohnen Alpenland	Bad Rappenau	50
10) Psychiatr. Wohn- Betreuungsv. "Schönblick"	Pfedelbach Untersteinbach	18

Landkreis Schwäbisch Hall

1) Betreutes Wohnen Samariterstift	Schwäbisch Hall	66
2) Betreutes Wohnen Samariterstift	Crailsheim	94
3) Betreutes Wohnen Samariterstift	Obersontheim	46
4) Betreutes Wohnen Buchhof	Schwäbisch Hall	25
5) Betreutes Wohnen Wendepunkt	Schwäbisch Hall	115
6) Betreutes Wohnen Weckelweiler	Kirchberg/Jagst	12
7) Fachpflegeheim Lindenhof	Mainhardt	157

Rems-Murr-Kreis

1) Betreutes Wohnen Hilfsverein	Winnenden	125
2) Betreutes Wohnen Hilfsverein	Waiblingen	38
3) Betreutes Wohnen Hilfsverein	Backnang	72
4) Betreutes Wohnen Hilfsverein	Schorndorf	37
5) Betreutes Wohnen Soz.psych. Hilfen Diakonie	Waiblingen	37
6) Betreutes Wohnen Soz.psych. Hilfen Diakonie	Backnang	24
7) Betreutes Wohnen Sozialpsych. Hilfen Caritas	Schorndorf	55
8) Betreutes Wohnen Paulinenpflege	Backnang	47
9) Betreutes Wohnen Paulinenpflege	Winnenden	77
10) Betreutes Wohnen Paulinenpflege	Murrhardt	19
11) Betreutes Wohnen Paulinenpflege	Oppenweiler	19
12) Fachpflegeheim Haus Eulenhöfle	Murrhardt	53
13) Fachpflegeheim Sanatorium Waldfrieden	Murrhardt	59
14) Fachpflegeheim Villa Riesberg	Murrhardt	12
15) Fachpflegeheim Haus Rosenfels	Murrhardt	22
16) Fachpflegeheim Brucker	Murrhardt	21
17) Betreutes Wohnen Erlacher Höhe	Waiblingen-Beinstein	46

Landkreis Emmendingen

1) Betreutes Wohnen/Sucht, Emma	Emmendingen	8
2) Wohnungslosenhilfe, Haus Eliah	Emmendingen	8
3) Betreutes Wohnen, Haus Hochburg	Emmendingen	9
4) Betreutes Wohnen, Reha-Verein	Emmendingen	14
5) Betreutes Wohnen, Reha-Verein	Teningen	14
6) Betreutes Wohnen, Reha-Verein	Teningen	8
7) Begleitetes Wohnen in Familien, Verse e.V.	Emmendingen	44
8) Betreutes Wohnen, Wohnverbund	Freiamt	8
9) Betreutes Wohnen, Fortschritt	Freiburg	5
10) Psychiatrisches Fachpflegeheim, ZfP	Emmendingen	63
11) Sozialpsychiatrisches Fachpflegeheim	Kenzingen	40
12) Betreutes Wohnen, Caritas Freiburg-Stadt	Emmendingen	75

7 Anhang 3: Auswertung der Herkunft in den Einrichtungen der Landkreise

Tabelle 21

Herkunft in Einrichtungen Rems-Murr-Kreis	ABW N= 470	BWF N=22	Wohngruppe offen N=104	Pflege- heime offen N=138	Pflegeheime geschlossen N=29
01: Böblingen	0 %	0 %	3 %	3 %	0 %
02: Bodenseekreis	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
03: Emmendingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
04: Enzkreis	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
05: Esslingen	1 %	5 %	6 %	2 %	3 %
06: Freudenstadt	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
07: Göppingen	1 %	0 %	2 %	1 %	3 %
08: Heidenheim	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
09: Heilbronn SK	0 %	0 %	1 %	4 %	3 %
10: Heilbronn LK	1 %	0 %	2 %	8 %	3 %
11: Hohenlohekreis	0 %	0 %	3 %	1 %	7 %
12: Karlsruhe SK	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
13: Karlsruhe LK	0 %	0 %	2 %	0 %	3 %
14: Lörrach	0 %	0 %	0 %	8 %	3 %
15: Ludwigsburg	1 %	9 %	9 %	13 %	10 %
16: Main-Tauber-Kreis	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %
17: Mannheim	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
18: Ortenaukreis	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %
19: Ostalbkreis	1 %	14 %	7 %	2 %	14 %
20: Pforzheim	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %
21: Rastatt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
22: Ravensburg	0 %	0 %	1 %	7 %	3 %
23: Rems-Murr-Kreis	91 %	73 %	44 %	21 %	14 %
24: Reutlingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
25: Rottweil	0 %	0 %	0 %	4 %	3 %
26: Schwäbisch Hall	0 %	0 %	2 %	4 %	3 %
27: Sigmaringen	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %
28: Stuttgart	1 %	0 %	1 %	11 %	10 %
29: Tuttlingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
30: Ulm	0 %	0 %	1 %	0 %	3 %
an BW angrenzendes BL	1 %	0 %	9 %	2 %	3 %
nicht an BW angrenzend. BL	0 %	0 %	3 %	1 %	3 %

Tabelle 22

Herkunft in Einrichtungen Landkreis Schwäbisch Hall	ABW N=187	BWF N=41	Wohnheime offen N=126	Wohnheime geschlos- sen N=4	Pflege- heime offen N= 97	Pflegeheime geschlossen N=77
01: Baden-Baden	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
02: Böblingen	1 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %
03: Calw	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
04: Emmendingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
05: Esslingen	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	3 %
06: Freiburg im Breisgau	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
07: Freudenstadt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
08: Göppingen	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
09: Heidenheim	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
10: Heilbronn SK	3 %	0 %	7 %	0 %	0 %	0 %
11: Heilbronn LK	3 %	2 %	5 %	0 %	21 %	13 %
12: Hohenlohekreis	6 %	5 %	9 %	0 %	3 %	1 %
13: Karlsruhe LK	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
14: Konstanz	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
15: Lörrach	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %
16: Ludwigsburg	2 %	0 %	10 %	25 %	12 %	6 %
17: Main-Tauber-Kreis	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
18: Mannheim	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
19: Neckar-Odenwald-Kreis	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
20: Ortenaukreis	1 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %
21: Ostalbkreis	1 %	0 %	2 %	0 %	3 %	3 %
22: Pforzheim	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
23: Rems-Murr-Kreis	1 %	0 %	3 %	0 %	25 %	30 %
24: Reutlingen	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
25: Rhein-Neckar-Kreis	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %
26: Rottweil	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
27: Schwäbisch Hall	78 %	83 %	48 %	75 %	16 %	19 %
28: Schwarzwald-Baar-Kreis	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
29: Stuttgart	0 %	0 %	4 %	0 %	12 %	13 %
30: Tübingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
31: Zollernalbkreis	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %
an B-W angrenzendes BL	1 %	0 %	4 %	0 %	0 %	1 %
nicht an BW angrenz. BL	2 %	2 %	2 %	0 %	1 %	1 %

Tabelle 23

Herkunft der Bewohner:innen in Einrichtungen des Stadt- und Landkreises Heilbronn	ABW N=264	BWF N=34	Wohngruppen EGH offen N=177	Pflege- heime of- fen N= 32	Pflegeheime geschlossen N=9
04: Böblingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
06: Breisgau-Hochschwarzwald	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
07: Calw	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
09: Enzkreis	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %
10: Esslingen	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
14: Heidelberg	0 %	0 %	1 %	16 %	0 %
15: Heidenheim	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
16: Heilbronn SK	52 %	26 %	27 %	6 %	100 %
17: Heilbronn LK	36 %	44 %	30 %	22 %	0 %
18: Hohenlohekreis	3 %	18 %	9 %	0 %	0 %
19: Karlsruhe SK	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
20: Karlsruhe LK	0 %	0 %	1 %	13 %	0 %
21: Konstanz	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
23: Ludwigsburg	0 %	3 %	6 %	3 %	0 %
24: Main-Tauber-Kreis	1 %	0 %	3 %	0 %	0 %
25: Mannheim	0 %	0 %	1 %	16 %	0 %
26: Neckar-Odenwald-Kreis	1 %	0 %	5 %	0 %	0 %
28: Ostalbkreis	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
29: Pforzheim	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
32: Rems-Murr-Kreis	0 %	6 %	3 %	0 %	0 %
34: Rhein-Neckar-Kreis	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %
36: Schwäbisch Hall	1 %	3 %	5 %	0 %	0 %
37: Schwarzwald-Baar-Kreis	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
39: Stuttgart	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %
40: Tübingen	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
41: Tuttlingen	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
43: Waldshut	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
45: an Baden-Württemberg an- grenzendes Bundesland	0 %	0 %	1 %	22 %	0 %
46: anderes nicht an BW an- grenzendes Bundesland oder Stadtstaat	1 %	0 %	1 %	3 %	0 %

Tabelle 24

Herkunft der Bewohner:innen in Einrichtungen des Landkreises Emmendingen	ABW N=97	BWF N=44	Wohngruppen EGH offen N=44	Pflege- heime offen N=103
01: Alb-Donau-Kreis	0 %	0 %	0 %	1 %
02: Baden-Baden	0 %	0 %	0 %	1 %
06: Breisgau-Hochschwarzwald	0 %	5 %	16 %	16 %
07: Calw	0 %	0 %	0 %	1 %
08: Emmendingen	69 %	59 %	27 %	34 %
09: Enzkreis	1 %	0 %	0 %	1 %
11: Freiburg im Breisgau	8 %	27 %	39 %	26 %
13: Göppingen	2 %	0 %	0 %	0 %
14: Heidelberg	1 %	0 %	0 %	0 %
16: Heilbronn SK	0 %	0 %	0 %	1 %
21: Konstanz	2 %	0 %	0 %	0 %
22: Lörrach	1 %	5 %	0 %	5 %
23: Ludwigsburg	1 %	0 %	0 %	0 %
25: Mannheim	1 %	0 %	0 %	0 %
27: Ortenaukreis	3 %	0 %	9 %	9 %
30: Rastatt	3 %	0 %	2 %	2 %
32: Rems-Murr-Kreis	0 %	0 %	0 %	1 %
33: Reutlingen	2 %	0 %	0 %	0 %
34: Rhein-Neckar-Kreis	1 %	0 %	2 %	0 %
36: Schwäbisch Hall	1 %	0 %	0 %	0 %
37: Schwarzwald-Baar-Kreis	1 %	0 %	2 %	0 %
39: Stuttgart	1 %	0 %	0 %	1 %
41: Tuttlingen	1 %	0 %	0 %	0 %
45: an Baden-Württemberg angrenzendes Bundesland	0 %	2 %	2 %	0 %
46: anderes Bundesland oder Stadtstaat	0 %	2 %	0 %	1 %