Gemeindepsychiatrischer Verbund Landkreis Ravensburg

2012

Inhalt

Editorial 1

Die Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung 2012 3

Sozialpsychiatrische Grundversorgung 4

Sozialpsychiatrischer Dienst 5

Zusätzliche Leistungen vorrangiger Leistungsträger 9

Berufliche Rehabilitation 11

Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke 13

Übergänge auf den ersten Arbeitsmarkt 13

Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV 16

Leistungen der Eingliederungshilfe 18

Entwicklung im Betreuten Wohnen 19

Klienten mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten 25

Erwerbstätigkeit und Tagesstrukturierende Maßnahmen 27

Angebote tagesgestaltender Hilfen 29

Tagesstrukturierende Maßnahmen der Eingliederungshilfe 31

Spezielle Versorgung: Suchterkrankung 32

Ambulant und stationär betreutes Wohnen für Suchtkranke 34

Krisenintervention und stationäre Behandlung 35

Beteiligungskultur und Beschwerdemanagement 38

Versorgung im Alter 40

Angebote und Herausforderungen der Eingliederungshilfe 41

Fachpflegeheime 41

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) für das Jahr 2012. Es ist der neunte Bericht, in dem die gemeinsame Anstrengung der Einrichtungsträger und des Landkreises zur Verbesserung der Situation chronisch psychisch kranker Menschen dargestellt wird. Das Jahr vor dem 10jährigen Jubiläum brachte einen entscheidenden Durchbruch bei der Verfassung der GPV-Jahresberichte. Erstmals entspricht er dem in der GPV-Vereinbarung formuliertem Anspruch, nach dem die Trägergemeinschaft „Jahresberichte erstellt, in denen die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region sowie die Zusammenarbeit mit nicht-professionellen Organisationen dokumentiert wird“. Der GPV-Jahresbericht ist damit zu einem Instrument der Sozialplanung geworden, das von der Landkreisverwaltung für die Psychiatrieplanung genutzt werden kann.

Seit Mitte des Jahres 2012 wird die Psychiatrieplanung des Landkreises aus dem Jahr 2005 neu erstellt. Wurden damals noch viele spezielle Erhebungen gemacht, kann in der aktuellen Psychiatrieplanung auf die Daten der GPV Basisdokumentation (Bado) zurückgegriffen werden. Die Auswertung der Daten erfolgt entsprechend der einzelnen Leistungsbereiche, die im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes definiert wurden:

- Psychiatrische Grundversorgung
- Medizinische und berufliche Rehabilitation
- Hilfen zum Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Eingliederungshilfe
- Hilfen zur Tagesstrukturierung
- Stationäre Behandlung
- Spezielle Hilfen zur Pflege für psychisch kranke Menschen

Bei der Präsentation der Ergebnisse wurde in diesem Bericht besonders darauf geachtet, die der Sozialhilfe vorrangigen Hilfen herauszuarbeiten. Dabei zeigt sich, dass etwa die Hälfte der im GPV betreuten chronisch psychisch kranken Menschen nicht auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen ist. Gleichzeitig wurden die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention ernst genommen, nach der „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben (sollen), ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und **nicht verpflichtet sind**, in besonderen Wohnformen zu leben“. Dieser als Inklusion bezeichnete Grundsatz bedeutet, dass die Betreuung im Rahmen der Eingliederungshilfe inmitten der Gemeinde und nicht in besonders erstellten Wohnformen stattfinden soll.

Neben der Präsentation der Daten und der Analyse der Versorgungsentwicklung die zwischen den Mitgliedern des GPV abgestimmt wurden, zeigt der Bericht auch besondere Ereignisse und Projekte des Jahres 2012 auf.

Die Interpretation der Bado-Daten erfolgt zwar personenzentriert, dennoch werden die Leistungen nach wie vor von eigenständigen Trägern erbracht, die unterschiedliche Angebote in den verschiedenen Leistungsbereichen im Landkreis Ravensburg erbringen:

- Anode gGmbH: ambulant und stationär betreutes Wohnen für seelisch behinderte Suchtkranke
- Arkade e.V: Sozialpsychiatrischer Dienst, ambulante Soziotherapie, Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK), ambulant und stationär betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen in Familien (BWF), pauschalfinanzierte Tagesstätte
- Arkade/Pauline 13 gGmbH: Integrationsfachdienst (IFD), unterstützte Beschäftigung
- BruderhausDiakonie: ambulant und stationär betreutes Wohnen, Fachpflegeheim, tagesstrukturierende Maßnahmen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- Sprungbrett Werkstätten gGmbH: WfbM
- Stephanuswerk Isny: WfbM
- ZfP Südwürttemberg: ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung, WfbM, ambulante Ergotherapie, unterstützte Beschäftigung, häusliche Krankenpflege, ambulant und stationär betreutes Wohnen, tagesstrukturierende Maßnahmen, Therapeutische Wohngruppe, Fachpflegeheim

Gemeinsam betreiben Arkade e.V., BruderhausDiakonie und ZfP Südwürttemberg die Gemeindepsychiatrischen Zentren in Ravensburg und Wangen, in denen tagesgestaltende Hilfen und Zuverdienst-Arbeitsplätze angeboten werden. Ein wichtiger Schritt bei der Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen war die Aufnahme des Werkstattrat-Vorsitzenden der Weissenauer Werkstätten, Klaus Weishaar, in die Trägergemeinschaft.

Einen wesentlichen Anteil an dem Zustandekommen des Berichts haben wie immer die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der einzelnen Leistungserbringer, die durch ihre zuverlässige Datenerhebung über jeden Klienten die Grundlage für den Bericht liefern. Dafür sei ihnen herzlich gedankt. Ebenso Herrn Peter Schmid von der Abteilung Verlaufsforschung des ZfP Südwürttemberg , der durch schnelle Vorlage der statistischen Auswertungen eine frühzeitige Dateninterpretation und Erstellung des Jahresberichts möglich gemacht hat und für das Jahr 2012 einige wichtige Auswertungsebenen hinzugenommen hat. Ein besonderer Dank gilt Frau Martina Heidinger, Sozialplanerin des Landkreises, für die Abstimmung der Psychiatrieplanung mit den Daten der GPV Basisdokumentation.

Dr. Michael Konrad

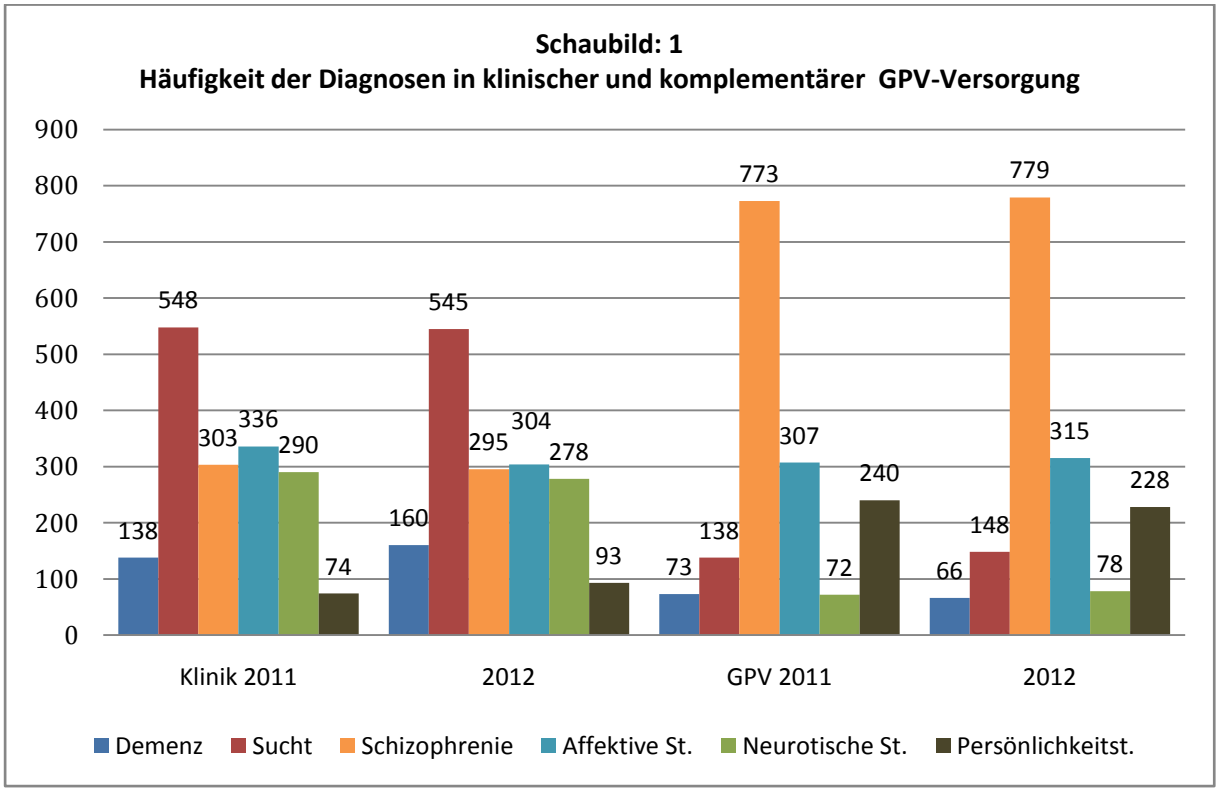
Sprecher der Trägergemeinschaft

des GPV im Landkreis Ravensburg

Die Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung 2012

Im Jahr 2012 wurden 1.928 Klienten statistisch erfasst, die in den komplementären Einrichtungen und Diensten des GPV betreut wurden, also 102 Klienten mehr als im Vorjahr. Da bis 2010 eine kontinuierliche Steigerung der Fallzahlen um ca. 100 Klienten pro Jahr festzustellen war, hat sich die kontinuierliche Steigerung – wenn auch verlangsamt - fortgesetzt hat. Allerdings ist die Steigerung je nach Leistungsart in den komplementären Diensten und Einrichtungen sehr unterschiedlich (siehe Schaubilder 2, 10 und 11).

In der klinischen Versorgung hat sich zahlenmäßig keine wesentliche Veränderung ergeben. 2012 wurden 1675 Personen aus dem Landkreis Ravensburg wegen psychischer Erkrankungen im ZfP Südwürttemberg stationär behandelt, im Jahr zuvor waren es noch 1689. Wie Schaubild 1 zeigt, gab es bei der stationären Behandlung und der komplementären Versorgung kaum Verschiebungen zwischen den Diagnosegruppen.

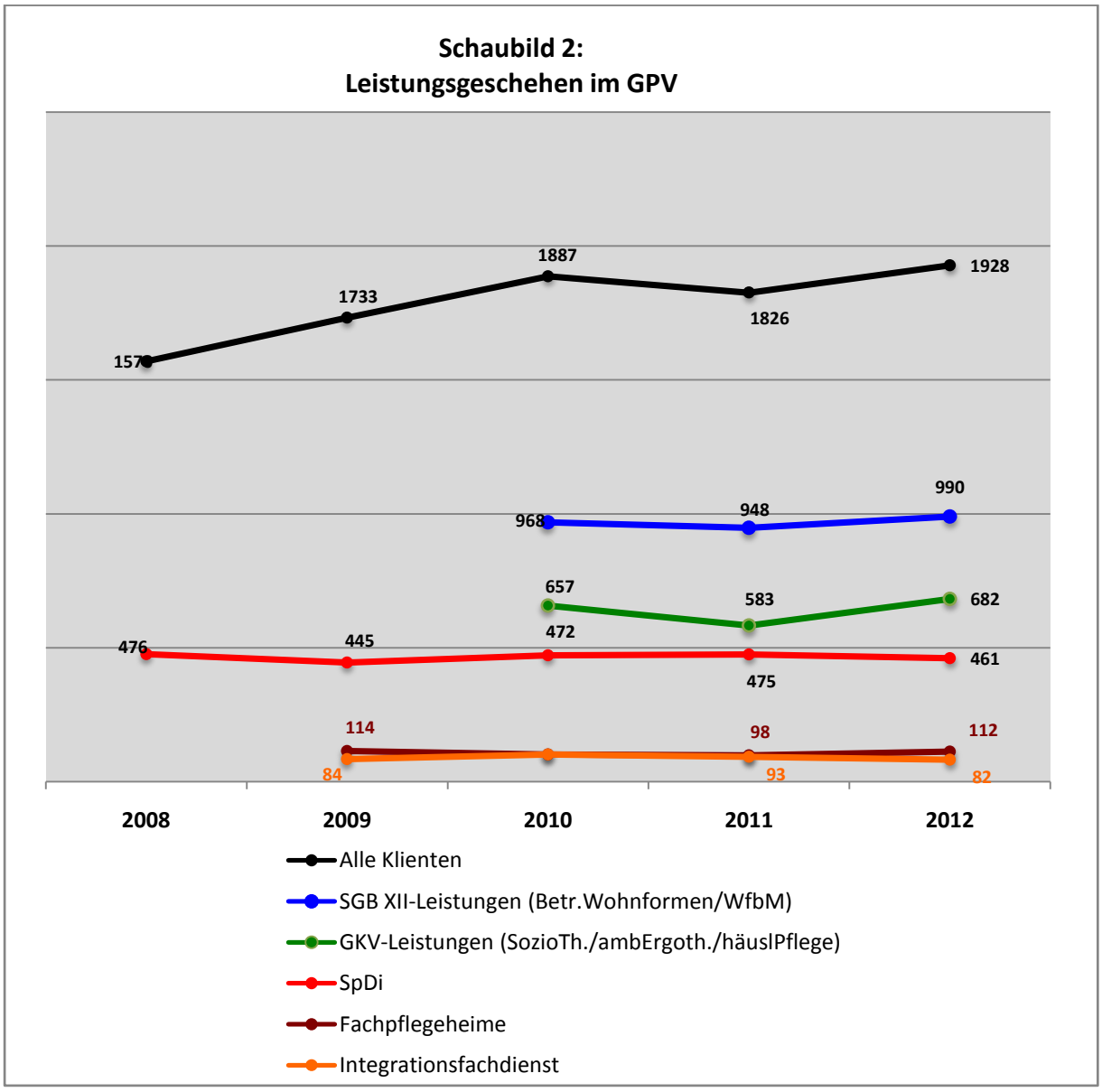


Die Personengruppe der schizophrenen Psychosen bildet den Schwerpunkt der Versorgung in den komplementären Einrichtungen des GPV (48%), während die Klienten mit Suchterkrankungen die Hauptgruppe in der Klinik darstellen (33%). Die Klienten mit schizophrenen Psychosen haben in vielen Fällen einen komplexen Hilfebedarf, d.h., sie kommen häufig mit der Bewältigung des Alltags nicht allein zurecht und haben auch kein soziales Netzwerk (Partner, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen), durch das sie unterstützt werden. Bis zur Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 lebten diese Personen vorwiegend in psychiatrischen „Anstalten“, was sich bis vor ca. 15 Jahren nur langsam veränderte. Erst in den letzten 15 Jahren veränderten sich die Lebensumstände dieser Kerngruppe der psychiatrischen Versorgung zugunsten einer (Re)Integration in das Gemeinwesen rapide (s. Schaubild

11). Während die Personengruppe der schizophren Erkrankten früher weit über die Hälfte der Patienten in der Psychiatrischen Klinik ausmachte, sind es mit 295 Patienten jetzt gerade noch 18 %. Die Zahl der Klienten mit den Diagnosen Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen ist in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Deutschland in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Der Grund ist nicht das erhöhte Erkrankungsrisiko, sondern die Tatsache, dass der Anteil der älteren chronisch psychisch kranken Patienten zugenommen hat. Ohne den Auf- und Ausbau der gemeindepsychiatrischen Angebote hätten daher neue Anstalten und Institutionen errichtet oder genutzt werden müssen, wie dies in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung erfolgt ist.

Sozialpsychiatrische Grundversorgung

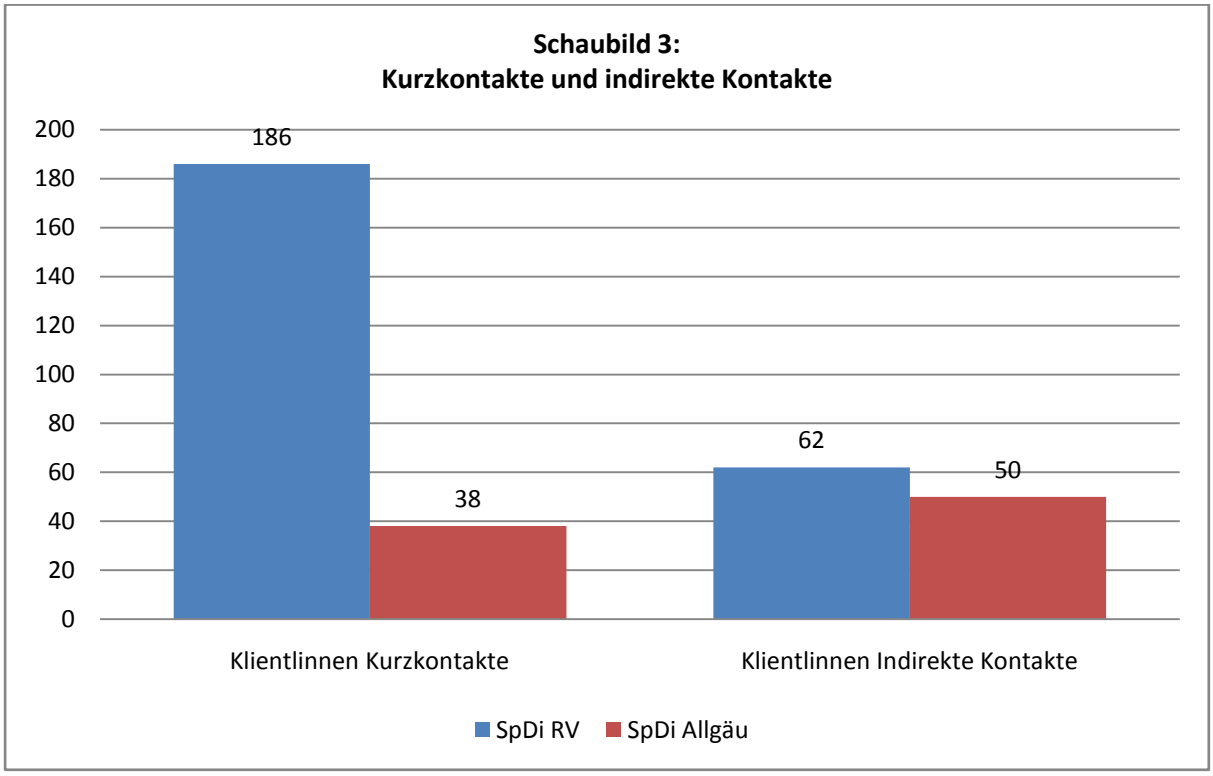
Wie Schaubild 2 zeigt, erhalten genau die Hälfte der komplementär betreuten Klienten Leistungen der Eingliederungshilfe.



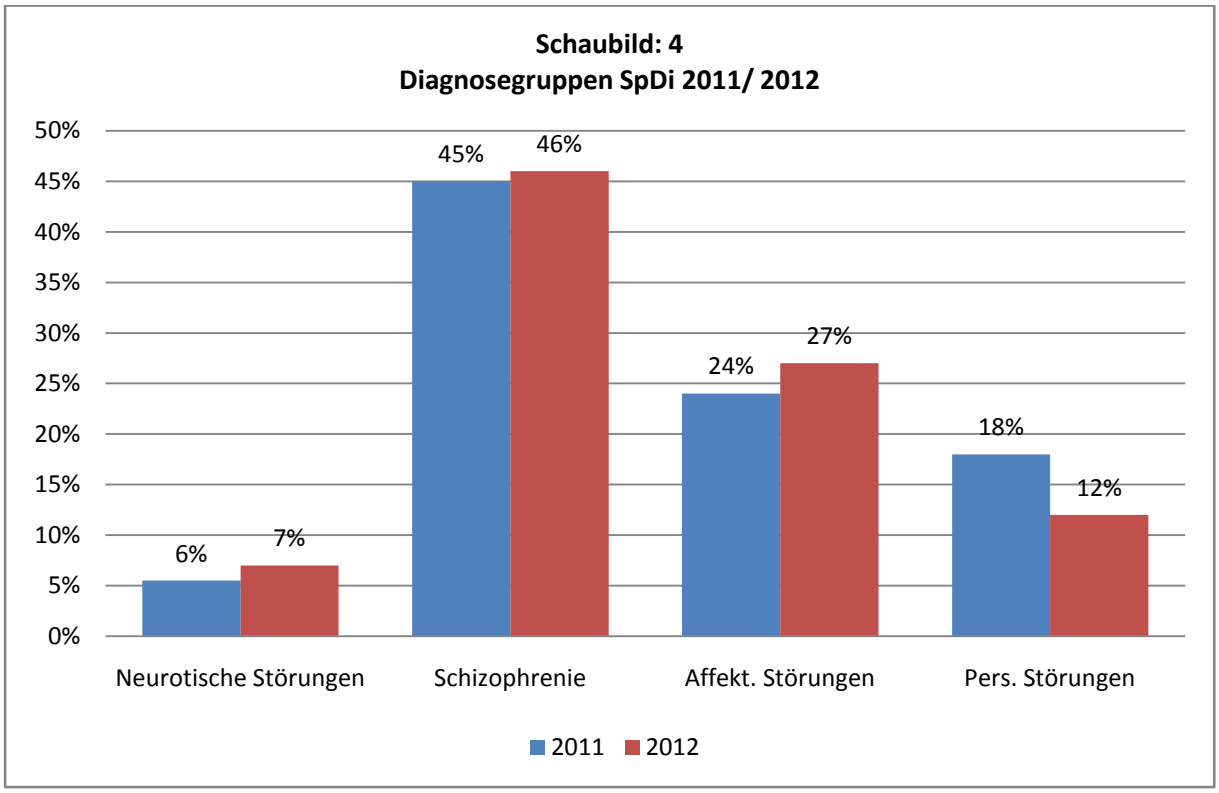
Neben diesen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII durch die Sozialhilfeträger finanzierten Hilfen gibt es Hilfeangebote durch den von Land und Landkreis pauschal finanzierten Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), den aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanzierten Integrationsfachdienst (IFD) und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wie Soziotherapie, ambulante Ergotherapie und häusliche Krankenpflege. Darüber hinaus können die Klienten eine Kombination der genannten Leistungen wahrnehmen sowie ohne Aufnahmeantrag die pauschal finanzierten Tagesstätten in den GPZ Ravensburg und Wangen aufsuchen. Die Leistung der Soziotherapie wurde mit 2 Ausnahmen immer in Verbindung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst erbracht. Die Leistung der ambulanten Ergotherapie wird ebenfalls häufig mit Leistungen des SpDi und des ABW kombiniert (s. Schaubild 5). 222 Klienten erhielten sie jedoch auch unabhängig von anderen komplementären Betreuungsformen. Die Leistungen der häuslichen Pflege werden etwa zu zwei Dritteln in Kombination mit Leistungen des SpDi und des ABW erbracht, 40 Klienten erhalten die Leistung der häuslichen Pflege unabhängig von anderen komplementären Betreuungsformen.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist in der Regel die Anlauf- und Verteilerstelle für die weiter gehende gemeindepsychiatrische Versorgung. Er wird von den Klienten selbst, ihren Angehörigen oder Kooperationspartnern nach einer klinischen Behandlung oder vor einer stationären Aufnahme eingeschaltet. Seine Tätigkeit kann in kurzfristige Kontakte (bis zu 4) mit Weitervermittlung, indirekte Kontakte zur Beratung von Angehörigen, Arbeitskollegen, Behörden etc. und langfristige Kontakte mit kontinuierlicher aber nur mäßig intensiver Unterstützung aufgeteilt werden. Neben den 461 langfristigen Kontakten leisteten die SpDi in Ravensburg und in Wangen in 346 Fällen Unterstützung in Form von kurzfristigen oder indirekten Kontakten. Diese teilen sich wie folgt auf:



Langfristig werden vom SpDi 461 Klienten betreut; 295 im Kreisteil Ravensburg und 166 im Kreisteil Allgäu. Die durchschnittliche Betreuungsdauer ist im Kreisteil Allgäu länger (296 Tage) als im Kreisteil Ravensburg (270 Tage). Dementsprechend wurden im Kreisteil Ravensburg wesentlich mehr Betreuungsverhältnisse beendet (65 vs.21). Interessanterweise schlagen sich die aufgrund der durch die Landesregierung vorgenommenen Pauschalenerhöhung leichten Verbesserungen der Personalkapazitäten im Kreisteil Allgäu eher in einer Zunahme der Kontaktdichte, im Kreisteil Ravensburg hingegen eher in einer deutlichen Zunahme der Anzahl der Kurzkontakte nieder. Hinsichtlich der Diagnose werden schwerpunktmäßig folgende Klientengruppen betreut:



Hinsichtlich der Betreuung der Kernklientel des GPV hat sich gegenüber dem Vorjahr keine wesentliche Änderung gegeben. Klienten mit schizophrenen Psychosen machen nach wie vor nahezu die Hälfte der insgesamt durch den SpDi betreuten Personen aus. Dies entspricht dem Anteil der Klienten mit schizophrenen Psychosen in der Gesamtheit der komplementären Einrichtungen des GPV. Offensichtlich gibt es in dieser Diagnosegruppe einen stabilen Anteil von Klienten, denen das niederschwellige aber wenig intensive Unterstützungsangebot ausreicht. Deutlich zurückgegangen (um ein Drittel) ist der Anteil der Klienten mit (Borderline) Persönlichkeitsstörung. Diese Diagnosegruppe scheint ein höheres Maß an fachlicher Unterstützung zu benötigen und wird vermehrt in den Einrichtungen des betreuten Wohnens aufgenommen (s. Schaubild 13).

Die Patientengruppe mit affektiven Störungen, deren Anteil im SpDi mehr als doppelt so hoch ist als bei den betreuten Wohnformen (s. Schaubild 13), hat offensichtlich ein höheres Potential an sozialen Kompetenzen. Die Beratung durch den SpDi sichert den Verbleib im sozialen Umfeld und erhöht die Chancen, mit entsprechender Unterstützung einen Arbeitsplatz auf dem 1. Arbeitsmarkt zu bekommen oder beizubehalten. Diese Patientengruppe ist auch die Gruppe, die am häufigsten Unterstüt-

zung durch den IFD erhält (s. Schaubild 8). Die Integration auf dem 1. Arbeitsmarkt ist wiederum ein wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung des psychischen Zustandes. Insgesamt scheint ein nicht unbeträchtlicher Teil der Klienten mit affektiven Störungen zwar komplementäre Hilfen im GPV zu benötigen, aufgrund der sozialen Integration jedoch nur in geringem Ausmaß auf Sozialhilfe finanzierte Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen zu sein.

Kein wesentlicher Unterschied in den Diagnosen besteht zwischen den beiden Kreisteilen. Dennoch lässt sich ein unterschiedliches Betreuungsprofil erkennen. Im SpDi des Kreisteils Ravensburg lebt ein höherer Anteil der Klienten allein (50% vs. 45%), ein geringerer Teil ist auf dem 1. Arbeitsmarkt tätig (13,6% vs. 18,3%) und der Anteil der Klienten mit Migrationshintergrund ist doppelt so hoch (20% vs. 10%). Im SpDi RV beendigt nahezu ein Drittel der Klienten die Leistungserbringung von sich aus (30% vs. 0%), während im SpDi im Allgäu über die Hälfte der Klienten in ABW wechselt (52% vs. 31%)

Hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund nimmt der SpDi Ravensburg möglicherweise die Rolle des Trendsetters ein. Der Anteil dieser Klientel ist im SpDi RV gegenüber dem Vorjahr um die Hälfte gestiegen. In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe – insbesondere im stationär betreuten Wohnen - liegt der Anteil dieser Personengruppe deutlich niedriger. Es ist zu erwarten, dass der Trend im Kreisteil Ravensburg in den nächsten Jahren auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe übergeht. Die Arkade hat im Berichtsjahr Flyer in türkischer Sprache erstellt und ein spezifisches Betreuungskonzept erstellt (s. Kasten).

Migrationsprojekt des Arkade e.V. 2012

Aufgrund der Tatsache, dass psychisch kranke oder von einer psychischen Erkrankung bedrohte Menschen mit Migrationshintergrund die Angebote des GPV deutlich unterrepräsentativ nutzen, initiierte der SpDi der Arkade e.V. im Jahr 2012 im Rahmen des Förderprogramms „Toleranz fördern – Kompetenz stärken". Ein Projekt mit dem Ziel, den Zugang für diese Nutzergruppe zu erleichtern.

Insbesondere für Menschen mit russischem oder türkischem Migrationshintergrund wurden niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote entwickelt. In Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Institutsambulanz des ZfP Südwürttemberg erfolgte dies dann, wenn sie in Form und Umfang die Regelleistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes überschreiten, aber notwendig sind, um der besagten Klientel den Zugang zu den Regelleistungen zu ermöglichen:

a) Netzwerkbildung mit vorhandenen Organisationen

b) bilinguale und/oder muttersprachliche Informationsveranstaltungen und Erstellen von mutters prachlichem Informationsmaterial

c) Einzel- und Gruppenmaßnahmen (Sprechstunden für türkisch- und russischsprachige psychisch kranke Menschen)

Die unter a) und b) genannten Aktivitäten liefen erfolgreich u.a. durch Bildung von tragfähigen Kontakten zu vorhandenen Organisationen und Durchführung zweier Großveranstaltungen. Erfolgreiche Maßnahmen unter c) waren die ab Sommer 2012 14-tägig in den Räumen der Regionalambulanz Ravensburg stattfindenden muttersprachlichen Sprechstunden bis zum Ende des Projektzeitraumes und die im Oktober 2012 in den Räumen der Arkade e.V. installierte Gesprächsgruppe von Herrn Erkan, Psychologe in der Klinik am schönen Moos, Bad Saulgau. Die Hauptzielgruppe wurde auf türkischer Seite sehr gut erreicht. Hier kam es zu tragfähigen Kontakten und einer Vielzahl von größtenteils ehrenamtlichen Hilfestellungen in Form von Übersetzungen, Beratung oder Bekanntmachung

von Informationen. Ein reger Austausch von 13 wichtigen Personen (vom Vorstand der Moschee bis hin zum Vorsitzenden des türkischen Arbeitnehmervereins) mit der Projektmitarbeiterin Frau Zinner führte zu einem verlässlichen Netzwerk und zu vereinzelten Vermittlungen psychisch kranker Personen.

Bei der Hauptzielgruppe der russischsprachigen Klientel war der Prozess etwas langsamer, hier entwickelten sich erst gegen Ende des Projektzeitraumes muttersprachliche Kontakte, die für die Projektziele von Nutzen waren.

Die Zielerreichung wurde u.a. durch einen hohen Aufwand an Öffentlichkeitsarbeit sichergestellt: über 2400 Exemplare verschiedener türkisch- und russischsprachiger Flyer wurden an wichtige Multiplikatoren verteilt, die Schwäbische Zeitung berichtete in einem großen Artikel über das Projekt. Die Arkade konnte sich durch die o.g. Maßnahmen an den entscheidenden kulturrelevanten Stellen mit ihrem Thema platzieren und Zugangsschwellen zumindest senken, wenn auch nicht ganz beseitigen.

Zu 28 psychisch kranke Personen mit türkischem oder russischem Migrationshintergrundentwickelten sich im Rahmen des Projektes regelmäßige Kontakte, darüber hinaus gab es bei mindestens 20 weiteren Personen einen Einmalkontakt, bei 11 Personen konnte der bisherige Kontakt zur Arkade e.V. intensiviert werden. Bei einer Zufriedenheitsumfrage (N=15) waren 93% sowohl mit der muttersprachlichen Sprechstunde als auch mit dem Gruppenangebot der Arkade voll umfänglich zufrieden.

Trotz erheblichem Werbeaufwand und Kontaktpflege zu den lokal einflussreichen zivilrechtlichen Organisationen zeigten sich 2 Probleme bei der Umsetzung des Projektes:

1) Russischsprachige Menschen konnten von dem Projekt weit weniger profitieren als türkischsprachige, u.a. wahrscheinlich deshalb, weil es deutlich weniger Organisationen im o.g. Sinne gibt, mit denen die Arkade e.V. Netzwerke aufbauen konnte. Darüber hinaus leben russischsprachige Menschen häufig noch extremer als türkischsprachige ausschließlich in innerfamiliären Zusammenhängen und lassen keine Außenkontakte zu.

2) bei beiden Kulturen wurde als häufigster Hinderungsgrund für gelingenden Kontaktaufbau neben der fehlenden kulturellen Kompetenz deutschsprachigen Fachpersonals insbesondere die Sprachbarriere genannt.

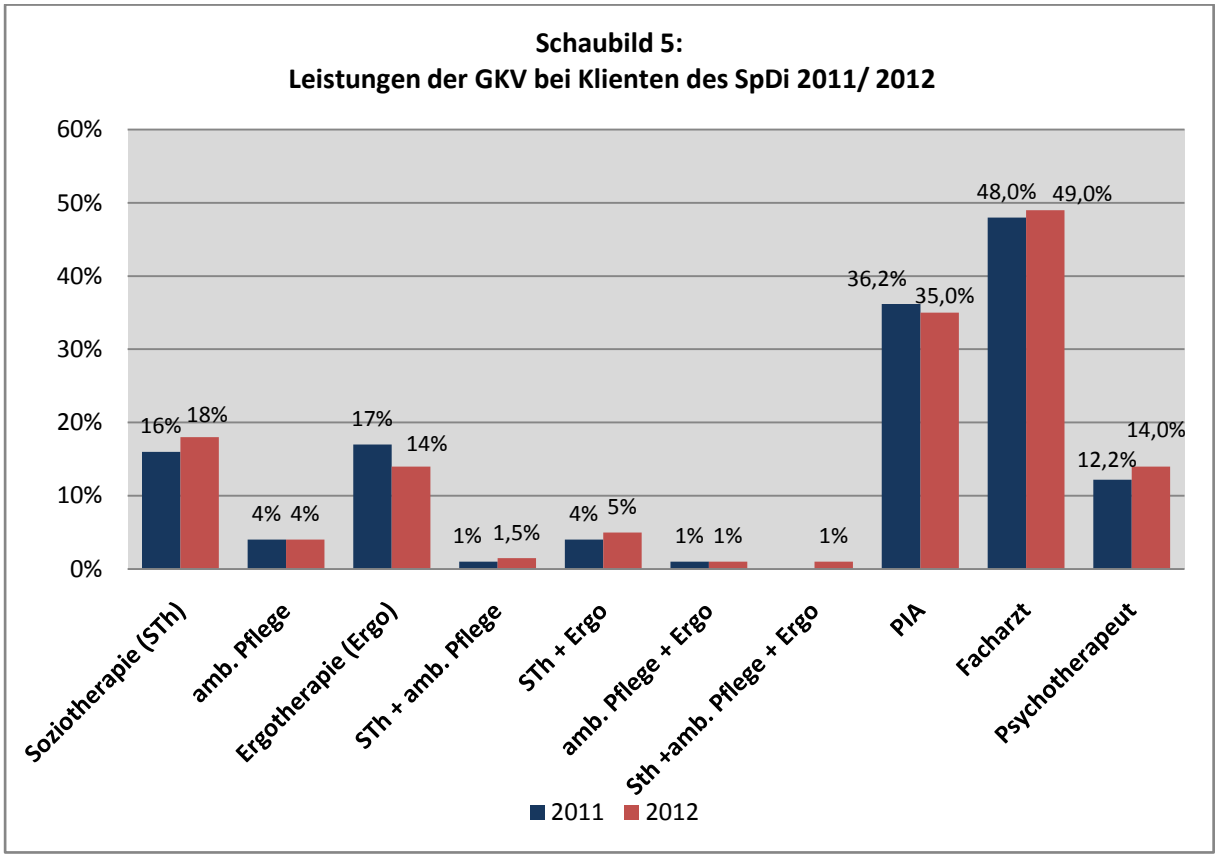
Die Zusammenarbeit mit dem ZfP Südwürttemberg zeitigte zwei positive Effekte: Erstens konnten für eine Großveranstaltung zwei Mitarbeiterinnen einer speziellen psychiatrischen Migrationsambulanz aus Reutlingen für einen Vortrag gewonnen werden, der eine beachtliche Resonanz erhielt. Zweitens konnte für das Jahr 2013 in der Ravensburger Regionalambulanz ein wenigstens stundenweises türkischsprachiges Regelangebot implantiert werden.

Der erwartete Bedarf an speziellen Angeboten, die getrennt auf Frauen und Männer abzielen (insbesondere auf türkischer Seite) konnte im Laufe des Projektes so nicht verifiziert werden. Bei der Ausgestaltung der Angebote zeigte sich, dass sie von beiden Geschlechtern gleichermaßen angenommen wurden. Entscheidend für den Erfolg war eher die Einbettung des hoch stigmatisierten Themas "Psychische Erkrankung" in einen neutraleren Gesprächsrahmen wie z.B. "Erziehungsschwierigkeiten" oder "Integrationsprobleme". Über diesen Weg waren dann selbst Männer in einer gemischt geschlechtlichen Gruppe bereit, die "heikleren" Dinge anzusprechen. Für 2013 ist eine Fortführung des Projektes mit zusätzlich eingestelltem türkischsprachigem Fachpersonal geplant.

Andreas Ullrich

Zusätzliche Leistungen vorrangiger Leistungsträger

Langfristige Betreuung durch den SpDi ist in vielen Fällen nur möglich mit Hilfe zusätzlicher Leistungen, bei denen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dominieren. D.h., bevor Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen in Betracht kommen, werden die Sozialleistungen der GKV ausgeschöpft (siehe Schaubild 5).



Nahezu die Hälfte der durch den SpDi betreuten Klienten erhält eine oder mehrere zusätzliche GKV-Leistungen. Durch die quantitative Ausdehnung des IV-Projekts wird sich dies sicherlich auch in der Reduzierung der Klinikaufnahmen bemerkbar machen (s. Kasten). Demgegenüber sind nur 10% der Klienten im Arbeitsbereich und 5% im Berufsbildungsbereich der WfbM beschäftigt. Ein Teil der Klienten ist nach einer gewissen Zeit nicht mehr auf die Unterstützung des SpDi angewiesen, ein anderer Teil benötigt mehr Hilfen oder andere als sie von der GKV gewährt werden. Von den beiden SpDi wurde 2012 bei 88 Klienten die Betreuung beendet, 33 davon wurden in Wohnformen der Eingliederungshilfe und 4 in Pflegeheime vermittelt. Von dem SpDi in Wangen wurde 2012 bei 21 Klienten die Betreuung beendet, 12 Klienten wurden in Wohnformen der Eingliederungshilfe vermittelt.

Sachstand Projekt "Integrierte Versorgung"

Das ZfP Südwürttemberg bietet Versicherten der DAK und der BarmerGEK mit der Integrierten Versorgung (IV) eine und bedarfsorientierte Behandlung bei psychischen Erkrankungen an. Jeder Patient der sich in das Projekt einschreibt, bekommt einen persönlichen Ansprechpartner als Lotsen zur Seite gestellt. Dieser begleitet ihn über die verschiedenen Behandlungsphasen hinweg und stimmt mit ihm die erforderlichen ambulanten, teil- oder vollstationären Behandlungsbausteine bedarfsgerecht aufeinander ab und Beziehungskontinuität auch settingübergreifend sicherstellt.

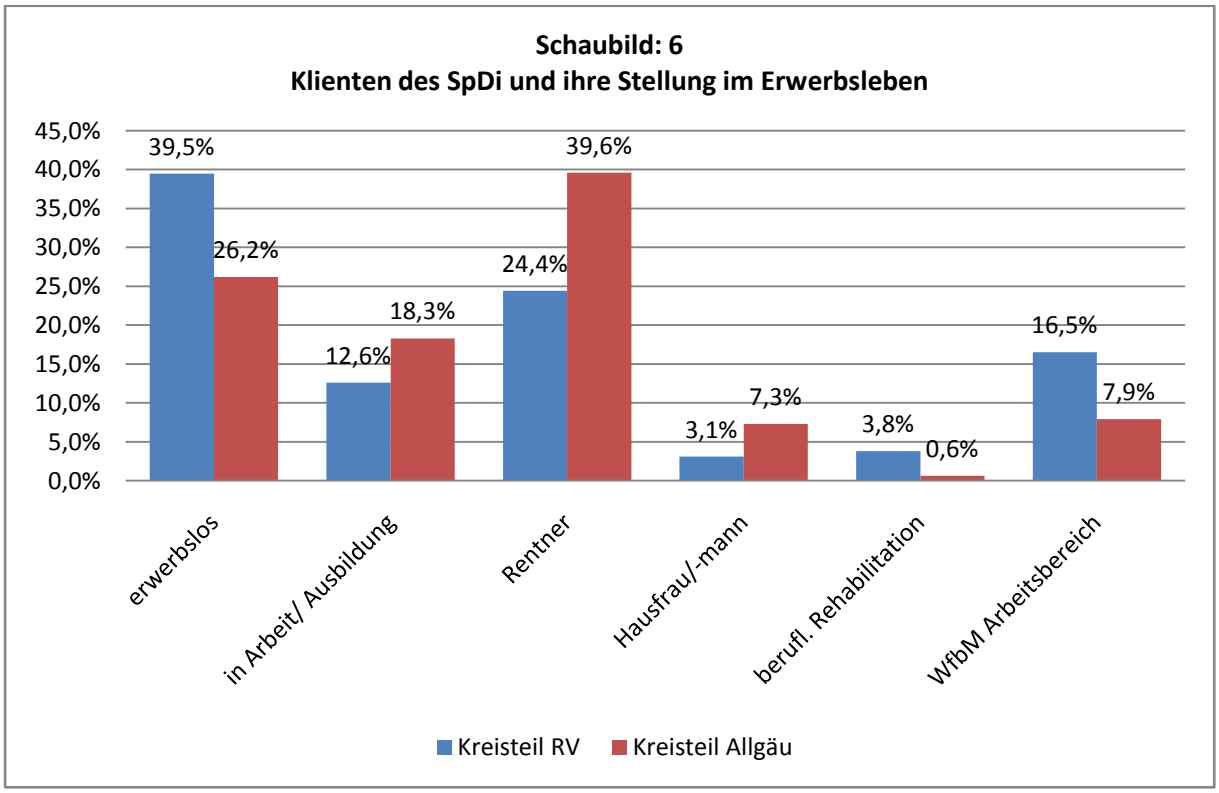
Das Angebot wird von Patienten und Angehörigen erfreulich gut angenommen . Die Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform ist durch die wissenschaftliche Begleitevaluation belegt. Die Bereitschaft, an dem Projekt teilzunehmen, nimmt im dritten Jahr weiterhin zu. Im ersten Quartal 2013 wurde in der Region Ravensburg-Bodensee bereits mehr als jeder zweite Patient der o.g. Krankenkassen über die Integrierte Versorgung im ZfP behandelt. Ende Mai 2013 waren in den beiden Landkreisen 485 Patienten in den IV-Vertrag eingeschrieben.

Von besonderem Vorteil erweist die Möglichkeit, die Behandlungsdosis und die Zusammensetzung der Angebote sehr flexibel an die individuellen Bedarfe der Patienten anzupassen. Hierdurch kann ein passgenaues Angebot geschaffen werden, das den verschiedenen Finanzierungslogiken des Regelversorgungssystems sonst häufig zum Opfer fällt. Der überwiegende Anteil der IV-Patienten kann über die Angebote der Psychiatrischen Institutsambulanzen und ihrer zunehmend stärker multiprofessionell besetzten Teams versorgt werden – in vielen Fällen auch dann noch, wenn eine intensive aufsuchende Behandlung Zuhause erforderlich ist. Dadurch können Krankenhausaufenthalte häufig ganz vermieden oder zumindest verkürzt werden. Eine Herausforderung ist die zeitnahe Interventionsmöglichkeit in psychischen Krisensituationen. Das setzt nicht nur eine hohe Flexibilität, sondern auch fachliche Kompetenz der beteiligten Mitarbeiter voraus.

Insgesamt kann nach den gut drei Jahren eine positive Zwischenbilanz gezogen werden, weshalb mit den beteiligten Krankenkassen vereinbart wurde, das Projekt weiterzuführen. Erklärtes Ziel bleibt, mit allen Kassen einen IV-Vertrag zu schließen, um allen psychisch kranken Patienten eine Behandlung anbieten zu können, die ihrem Bedarf und ihren persönlichen Bedürfnissen entspricht. Dr. Urban Hansen, Projektleiter Integrierte Versorgung

Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Integration chronisch psychisch kranker Menschen ist nach wie vor ein großes Problem. Die Integration behinderter Menschen in den 1. Arbeitsmarkt ist eine der zentralen Herausforderungen, die sich unserem Sozialsystem als Folge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) stellt. Die BRK fordert die Inklusion – also die uneingeschränkte Möglichkeit, in allen Belangen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, unabhängig von der Schwere der Behinderung. Die Realität in einem gemeindepsychiatrisch gut versorgten Landkreis mit sehr geringer Arbeitslosigkeit sieht nach Schaubild 6 nicht ermutigend aus.



Knapp 15% der 461 Klienten des SpDi sind erwerbstätig oder in einer regulären Ausbildung. In beruflicher Reha befinden sich weniger als 5% der Klienten. Die überwiegende Mehrheit ist in der beschützten Werkstätte beschäftigt, befindet sich im Status der Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder ist erwerbslos. Dass das Verhältnis zwischen Erwerbslosigkeit und Rentenstatus in den beiden Kreisteilen umgekehrt proportional ist, mag an dem höheren Anteil von Klienten aus bäuerlichen Familien liegen, in denen man sich ehr nicht erwerbslos meldet. Fakt ist auf jeden Fall, dass 65% der Klienten in beiden Kreisteilen unbeschäftigt sind, und das oft schon seit Jahrzehnten.

Die geforderte Eigeninitiative aufzubringen, um wieder erwerbsfähig zu werden, erfordert starke Impulse von außen. Der langsame, schrittweise Einstieg in das Erwerbsleben ist schwierig, weil der Zugang zu entsprechenden Hilfen der Teilhabe unübersichtlich ist. Die Regelungen des SGB IX greifen in der Praxis nicht, die Beratung durch die Gemeinsame Servicestelle (s. Kasten) wird aus nicht erfindlichen Gründen wenig in Anspruch genommen.

Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation: Wegweiser und Lotse

Was sind die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation?

Für alle Landkreise und kreisfreien Städte haben die Kostenträger nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet. Wer nach einem Unfall oder nach schwerer Krankheit wieder fürs Berufsleben fit gemacht werden möchte oder gesundheitlich einen anderen Beruf erlernen muss, ist bei dieser Servicestelle an der richtigen Adresse.

Vor Ort stark vernetzt

Alle Träger für Rehabilitation sind durch die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation regional vernetzt: Fachleute, unter anderem von Krankenkassen, Arbeitsagenturen, Berufsgenossenschaften, Städten und Kreisen sowie Rentenversicherungsträgern, bilden örtliche Rehaberatungsteams. Gemeinsam klären sie mit den ratsuchenden Menschen alle Fragen und koordinieren bei Bedarf mehrere Rehaleistungen.

Die Beratungsteams verständigen sich ohne Umwege, denn nach spätestens drei Wochen muss ein Antrag auf Rehabilitation entschieden sein.

Wie können diese helfen?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beraten und unterstützen Sie in allen Fragen der Rehabilitation. Sie klären Ihr Anliegen, nehmen Rehabilitationsanträge auf und ermitteln den zuständigen Rehaträger. Des Weiteren stellen sie zu diesem schnell und ohne Umwege den Kontakt her und leiten Rehabilitationsanträge unverzüglich dorthin weiter. Auch im laufenden Rehabilitationsverfahren können Sie sich an die Ansprechpartner der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation wenden. Wir sind für Sie vor Ort!

Insbesondere behinderten Menschen soll das Leben leichter gemacht werden. Für alle Fragen oder Anträge zur medizinischen, beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe ist die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation ein zusätzlicher Ansprechpartner.

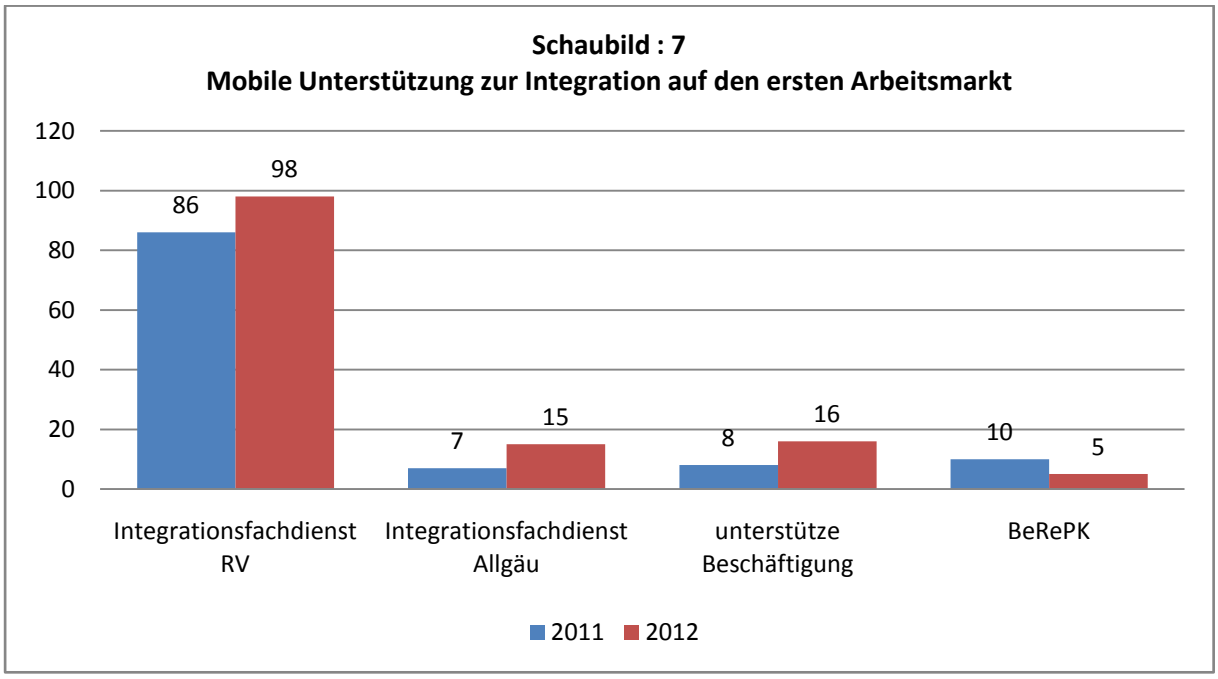
Geholfen hat die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation auch Jens G. Er konnte aufgrund einer psychischen Erkrankung seine bisherige Tätigkeit als Heilerziehungspfleger nicht mehr ausüben. Das Fachteam der Reha-Servicestelle beriet ihn: Welche Möglichkeiten gibt es, in Arbeit zu bleiben? Hilft eine medizinische Rehabilitation weiter? Bringt vielleicht eine neue Ausbildung etwas? Jens G. konnte geholfen werden. Und wie ihm helfen die Fachleute in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation allen, die ihre Hilfe benötigen – schnell und unkompliziert. Weitere Informationen zu den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation gibt es unter www.reha-servicestellen.de oder bei Stefanie Michalski, Leiterin der Reha-Servicestelle in Ravensburg unter 0751/8808-211.

Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke

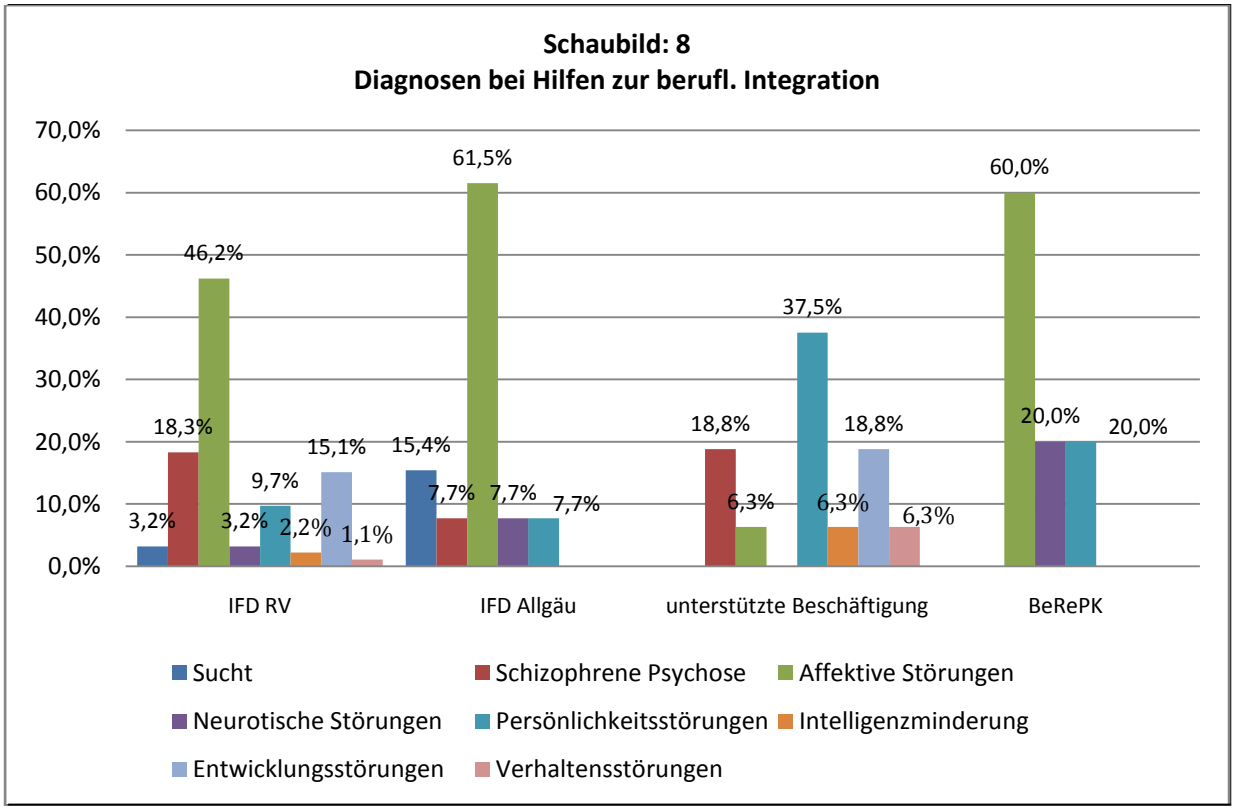
Die RPK stellt das Bindeglied zwischen klinischer Behandlung und beruflicher Eingliederung dar. Die RPK Baienfurt nimmt traditionell nicht nur Klienten des Landkreises Ravensburg auf, sondern auch Klienten aus Nachbarlandkreisen. 2012 waren 57% der 23 Klienten aus dem Landkreis Ravensburg. 12 Aufnahmen standen 14 Beendigungen gegenüber. 7 Klienten konnten auf den ersten Arbeitsmarkt integriert, bzw. in eine Ausbildung vermittelt werden.
Die RPK Baienfurt ist ein stationäres Angebot, in dem im Jahr 2012 drei Viertel der Klienten männlich und an einer schizophrenen Psychose erkrankt war. Das Durchschnittsalter betrug 27% Jahre, ein Hinweis darauf, dass die RPK ein adäquates Angebot zur Vermeidung eines chronischen Verlaufs darstellen kann. Gleichwohl hatten nur 9% der Klienten die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), die Diagnose, die zwischenzeitlich im stationär betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe den stärksten Zuwachs hat (s. Schaubild 13). Personen mit BPS haben krankheitsbedingt Probleme mit stationären Angeboten. Um ihnen den Zugang zu der RPK zu verschaffen, gibt es ambulante Angebote der RPK. Die Möglichkeit der ambulanten RPK sollte in der HPK mehr beachtet werden.

Übergänge auf den ersten Arbeitsmarkt

Die zentrale Stellung bei der Unterstützung der Integration auf den ersten Arbeitsmarkt nimmt der Integrationsfachdienst (IFD) ein. Er leistet seit Jahren professionelle Arbeit bei der Umsetzung des Menschenrechts auf Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung und ist für alle Behinderungsformen zuständig. Zunehmend wichtig für den Übergang auf den 1. Arbeitsmarkt das ambulante Angebot der unterstützten Beschäftigung nach §38a SGB IX, das vom IFD in Kooperation mit den Weissenauer Werkstätten angeboten wird. BeRePK bedeutet „berufliche Rehabilitation für psychisch kranke Menschen“ und ist ein gezieltes Training zum (Wieder)einstieg in das Berufsleben. Schaubild 7 zeigt die Verteilung der Klienten auf die verschiedenen Formen der Unterstützung zur Integration auf den 1. Arbeitsmarkt.



Mit Ausnahme von BeRePK ist in allen Maßnahmen eine Erhöhung der Fallzahlen festzustellen. Dies ist auf die derzeit günstige Lage auf dem Arbeitsmarkt zurückzuführen, bei der auch Menschen mit psychischer Erkrankung die Chance auf einen Arbeitsplatz haben. Die Maßnahme der unterstützten Beschäftigung wird bei konstant günstiger Arbeitsmarktlage eine wichtige Rolle bei der beruflichen Eingliederung psychisch kranker Menschen spielen. Das Prinzip „first place then train", das sich im englischsprachigen Raum als überlegen gegenüber anderen Unterstützungsformen erwiesen hat, kann durch die Maßnahme der unterstützten Beschäftigung umgesetzt werden. Das Verständnis für psychische Krisen und Probleme bei der Eingliederung kann auf diese Weise direkt mit Arbeitgeber und Kollegen angegangen werden. Ob BeRePK dauerhaft angeboten wird, hängt davon ab, wie sich der Bedarf für dieses Angebot entwickelt. Die Fallzahl von 5 im Jahr 2012 ist bescheiden, nach Einschätzung des IFD jedoch ausbaufähig.
Bei den Klientengruppen, die die Regelleistungen des IFD, die unterstützte Beschäftigung und die BeRePK in Anspruch nehmen, zeigt sich 2012 eine interessante Entwicklung der Diagnosen (Schaubild 8).



Während in den Angeboten der Eingliederungshilfe im GPV die Diagnosegruppe der schizophrenen Psychosen im Vordergrund steht, werden von den Hilfen zur beruflichen Integration vornehmlich Klienten mit affektiven Störungen betreut. Diese Entwicklung war bereits in den vergangenen Jahren im IFD zu beobachten und fällt im Allgäu besonders deutlich ins Gewicht. Die unterstützte Beschäftigung scheint bei dieser Klientel eine untergeordnete Rolle zu spielen. Demgegenüber werden Klientengruppen erreicht, bei denen die psychische Beeinträchtigung im Jugendalter begann wie Entwicklungsstörungen, und die in den Angeboten des SpDi und des Betreuten Wohnens bisher kaum auftauchten. Letztere werden bisher vornehmlich in Einrichtungen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung betreut (s. Kasten). Auch die Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen scheint in dem Angebot der Unterstützen Beschäftigung adäquat gefördert werden zu können.

Fallvignette: Unterstützte Beschäftigung für Autistische Menschen

Herr X, 25 Jahre alt. Hauptschulabschluss. Abgeschlossene Ausbildung als Lagerist am BBW Adolf Aich. Bisher kein Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Diagnose aus dem Bereich Autistische Störungen. Herr X. redet mit unbekannten Personen nicht. Er kann reden, tut dies nach Auskunft des Vaters aber erst nach einigen Wochen der Gewöhnung an eine Person.

Ziel der Maßnahme: Dauerhafte Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

***1. Schritt**: Zweimalige Durchführung der Aufgaben zur Eignungsabklärung. Herr X. bewältigt die Aufgaben im Prinzip problemlos, verrechnet sich beim Kopfrechnen und blockiert dann – nichts geht mehr.*

***2. Schritt**: Halbtägige Beschäftigung in einer Arbeitsgruppe im ZfP, dauernde Begleitung durch Jobcoach. Herr X. ist von der Arbeit prinzipiell unterfordert. Probleme tauchen dann auf, wenn etwas außer der Reihe passiert, wofür im Voraus keine Lösung vorgegeben wurde. Beispiel: der Akku des Akkuschraubers ist leer und Herr X. weiß nicht, wo die Ersatzakkus liegen. Er stellt jede Kommunikation ein und ist für den Rest des Tages nicht mehr ansprechbar. An einem der nächsten Tage kann er selbständig den Akku holen und ersetzen, nachdem ihm der Platz gezeigt wurde.*

***3. Schritt**: Halbtägige Beschäftigung in der Arbeitsgruppe im GPZ, täglich vierstündige Begleitung durch Jobcoach. Herr X. bewältigt die Anforderungen der Tätigkeit recht schnell. Probleme tauchen wieder bei unerwarteten Ereignissen und bei Abweichen von der täglichen Routine auf. Die Routine hatte sich innerhalb weniger Tage eingespielt. Ausschleichen der Begleitung des Jobcoaches: er ist an einzelnen Tagen nur eine Stunde anwesend.*

***4. Schritt**: Initiierung eines Praktikums beim DritteWeltPartner Ravensburg.*

Erkenntnisse aus der schrittweisen Förderung:

Ereignisse die zum Zusammenbrechen der Kommunikation führen können:

Unterbrechen während eines Arbeitsschritts

Aufträge, die nicht exakt und eindeutig formuliert sind

Mündliche Anweisungen außerhalb des Arbeitsplatzes

Arbeiten mit unklarem Ende

Ansprache von Mitbeschäftigten

Direkte Ansprache, „Druck“

Durcheinander, hoher Lärmpegel

Was kann Herr X bzw. hat er gelernt?

Wenn das Material aus geht oder der Akku leer ist, erfolgt selbständiges Handeln.

Arbeit aufteilen, Zuarbeiten

Einmalige Erklärung einer Aufgabe reicht in der Regel aus.

Qualität der Arbeit ist hoch.

Quantität der Arbeit steigt mit Routine.

Benutzt Akkuschrauber routiniert.

Kann sich schnell auf Arbeitswechsel einstellen, wenn die vorherige Arbeit beendet ist.

Kommt und geht pünktlich, hält Pausen ein, kommt trotz Schwierigkeiten am Folgetag wieder

Kann mit den „Ampel"-Karten seine Befindlichkeit ausdrücken

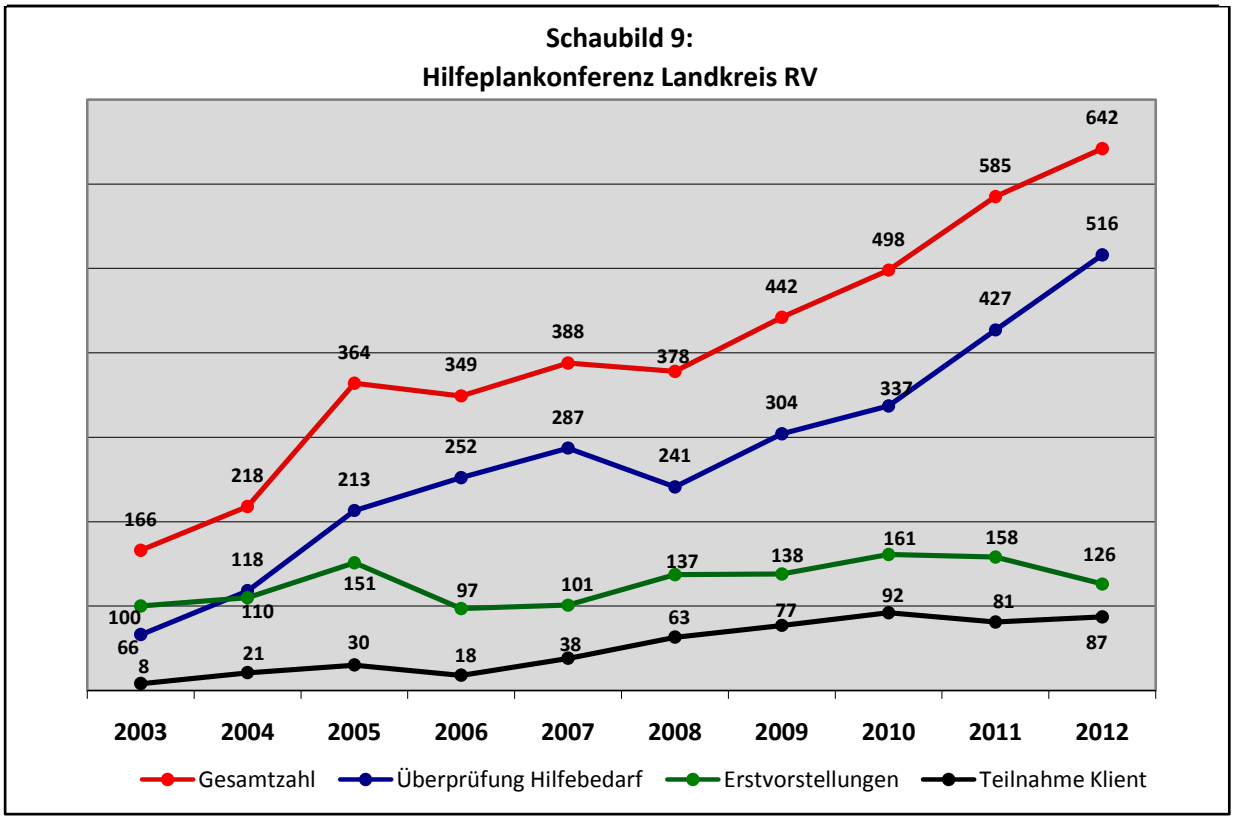
Kann sich teilweise in der Pause mit Lesen beschäftigen

Resumee: Die formale Qualifikation für eine Tätigkeit ist keine hinreichende Voraussetzung dafür, dass diese sie erfolgreich ausgeführt werden kann. Autistische Störungen sind sehr komplex und benötigen enorm viel Zeit des Jobcoaches, um sich auf die spezifischen Eigenheiten, Fähigkeiten und Kommunikationsgewohnheiten der betroffenen Menschen einzulassen. Der Arbeitgeber benötigt die Unterstützung des Jobcoaches, um die Bereitschaft für eine Arbeitserprobung aufzubringen. Es reicht nicht aus, die Faktoren zu kennen, die zu einem Zusammenbruch der Kommunikation führen können, um den Klienten wieder aus dem Nicht-Kommunizieren herauszuführen. Ein hohes Maß an Kreativität ist gefragt, um dem Klienten alternative Kommunikationswege anzubieten.

Dr. Markus Hoffmann

Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV

Das zentrale Instrument der Fallsteuerung und Nutzerbeteiligung im GPV ist die Hilfeplankonferenz (HPK). Die monatlich in Ravensburg und Wangen stattfindende HPK berät über Hilfeplanungen, die von der koordinierenden Bezugsperson mit dem Klienten erstellt wurden. Ziel ist die passgenaue Bestimmung des Unterstützungsangebots, das sich aus dem individuellen Hilfebedarf des Klienten ergibt. Der Schwerpunkt der Hilfeplankonferenz liegt in der Diskussion von Leistungen der Eingliederungshilfe, v.a. im Bereich der verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens (s.u.). In kleinerem Umfang werden auch Empfehlungen für stationäre Fachpflege und Maßnahmen der beruflichen Eingliederung ausgesprochen. Leistungen der Krankenbehandlung werden in der HPK nicht diskutiert. Wünschenswert ist, dass der Klient sich an der Diskussion der HPK beteiligt. Schaubild 9 zeigt die Entwicklung der HPK seit ihrem regulären Bestehen.



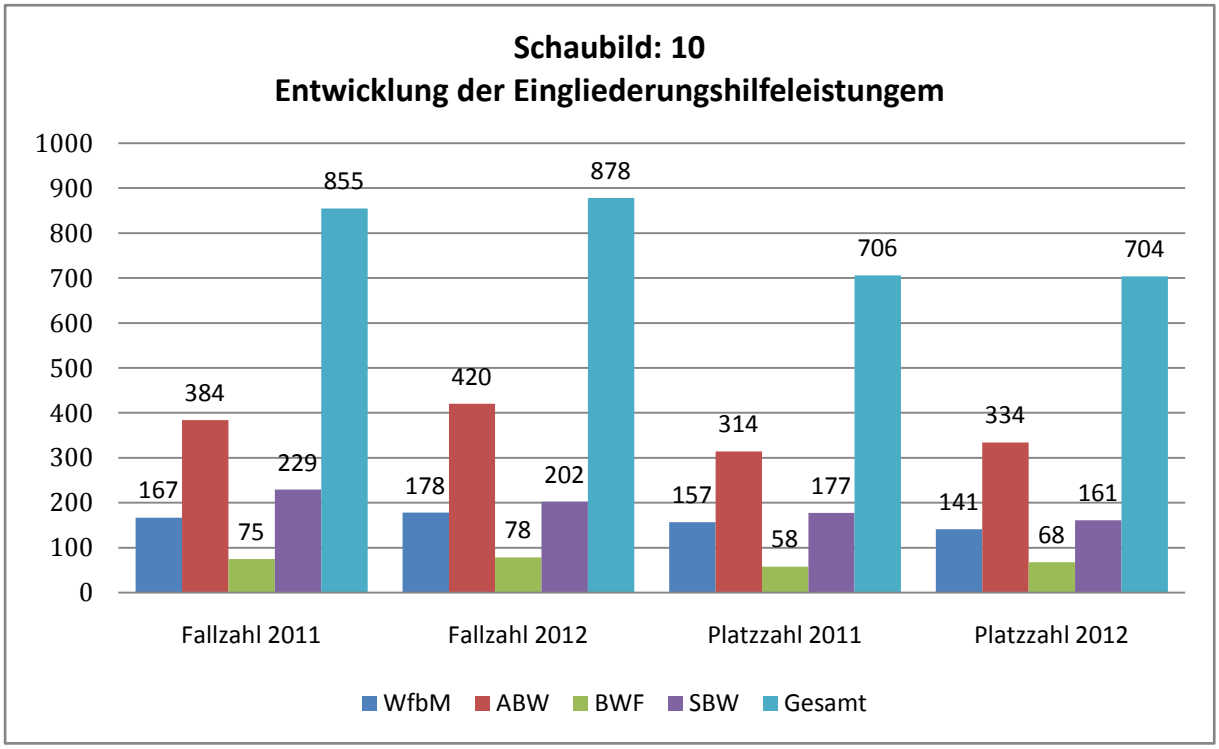
Die Fallzahlsteigerung in den HPK kommt ausschließlich durch die regelmäßige Überprüfung des Hilfebedarfs zustande. Dieser ist ein zentraler Bestandteil des personenzentrierten Ansatzes, der davon ausgeht, dass der Hilfebedarf nicht konstant ist, sondern sich ändert. Dementsprechend erfolgen die Kostenzusagen in der Eingliederungshilfe auch bei stationären Hilfen ausschließlich zeitlich befristet. Die Überprüfung des Hilfebedarfs erfolgt bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe über einen am IBRP orientierten Entwicklungsbericht an den Leistungsträger, der in der HPK nur dann diskutiert wird, wenn die Weiterführung der Maßnahme nicht plausibel erscheint. 90% der Zeit der HPK wird für die Diskussion von neu in das Hilfesystem kommenden Klienten sowie Änderungen des Hilfebedarfs bei den Klienten, die bereits im GPV betreut werden. Diese Zahl bleibt relativ konstant und war 2012 deutlich rückläufig. Diese „Entlastung“ könnte genutzt werden, um Fragen der Aufnahme in die RPK, Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und die sonstige Nutzung vorrangiger Leistungen zu behandeln.

Eine Auswertung der Neuvorstellungen in der HPK konnte für 2012 zum zweiten Mal erstellt werden. Die interessanteste Erkenntnis ist, dass lediglich vier Klienten kein Angebot in den Einrichtungen des Landkreises Ravensburg erhalten konnten. Es handelte sich jeweils um zwei Klienten der HPK Ravensburg und der HPK Wangen, bei denen die Suchterkrankung im Vordergrund stand und die aufgrund der Selbstgefährdung in eine geschlossene Einrichtung außerhalb des Landkreises vermittelt werden mussten.

Leistungen der Eingliederungshilfe

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden für Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erbracht und umfassen für Menschen mit seelischer Behinderung im Bereich Wohnen das Ambulant Betreute Wohnen (ABW), das Betreute Wohnen in Familien (BWF) und das Stationäre Betreute Wohnen (SBW). Im Bereich der Beschäftigung gibt es die Zuverdienstarbeitsplätze in den GPZ, die tagesstrukturierenden Maßnahmen im Rahmen des stationär betreuten Wohnens und den Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (AB-WfbM). Die Leistungen können auch in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden, bei dem der Klient eine Geldleistung entsprechend des Hilfebedarfs erhält und Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben „einkauft". Im Jahr 2012 wurden Leistungen des Persönlichen Budgets für 23 Personen mit seelischer Behinderung erbracht. Diese Leistungsform ist gegenüber den Sachleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Ravensburg quantitativ bedeutungslos[1]. Schaubild 10 zeigt die Fallzahlen in der Eingliederungshilfe ohne Leistungen des persönlichen Budgets für die Jahre 2011 und 2012 sowie die Platzzahlen für 2012.

Die Berechnung der Platzzahlen im Rahmen der Bado wurde neu eingeführt. Sie kennzeichnen die Belegung über das gesamte Jahr. Im Rahmen des Psychiatrieplans, der seit 2012 fortgeschrieben wird, stehen die Platzzahl im Fokus. Schaubild 10 zeigt, dass bei der Gesamtheit der über die Eingliederungshilfe betreuten Klienten die Platzzahl um 20% niedriger ist als die Fallzahl. Das heißt, dass im Rahmen der Leistungen der Eingliederungshilfe eine gewisse Dynamik besteht. Die alte Weisheit „einmal im Heim – immer im Heim" gilt für den GPV nicht mehr. Lediglich im Betreuten Wohnen in Familien verbleiben die Klienten länger. In dieser betreuten Wohnform haben sie ein hohes Maß an Inklusion erreicht. Da der Altersdurchschnitt im BWF ziemlich genau 10 Jahre höher ist als im ABW der Arkade, besteht möglicherweise bei den Klienten des BWF ein höherer Anspruch auf „Nestwärme" denn auf Autonomie.



[1] In der Wohnform entsprechen die meisten Plätze dem ABW. In der Zahlenentwicklung müssten sie demnach dieser Leistungsform zugeschlagen werden

Die 167 bzw. 178 Personen im Arbeitsbereich der WfbM erhalten, die keine Betreuung in Wohnformen der Eingliederungshilfe oder durch den SpDi. Soweit sie Hilfen über die Unterstützung am Arbeitsplatz hinaus benötigen, erhalten sie sie vermutlich von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn. Die Zahl dieser Personengruppe hat sich von 2011 auf 2012 um 5% erhöht. Der Anteil der ambulanten Wohnformen haben sich insgesamt um 9 % erhöht. Das Verhältnis zwischen stationären und nicht-stationären Hilfen hat sich von 27 % zu 73 % im Jahr 2011 auf 23 % zu 77 % verschoben.

Fazit: Mehr als drei Viertel der psychisch kranken Personen, die 2012 Leistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Ravensburg in Anspruch nahmen, erhielten diese in nicht-stationären Angeboten. Hinzu kommt, dass die stationären Angebote zum großen Teil organisiert sind wie ambulant betreutes Wohnen (s.u.). Der GPV des Landkreises Ravensburg kommt damit den Forderungen der UN-Behindertenkonvention auf Inklusion im Bereich Wohnen nahe.

Entwicklung im Betreuten Wohnen

Die Struktur des betreuten Wohnen im GPV des Landkreises Ravensburg kann als außergewöhnlich bezeichnet werden. **Ein Wohnheim im Rahmen einer Komplexeinrichtung** wie im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung existiert auf dem Riesenhof der BruderhausDiakonie. Dort gibt es 22 Plätze (13%)

Wohnheime in Häusern, in denen ausschließlich Menschen mit seelischer Behinderung leben, decken 53% des stationär betreuten Wohnens ab. Im Kreisteil Ravensburg sind das:

- die Wohnheime der BruderhausDiakonie in der Georgstrasse (10 und 12 Plätzen)
- die beiden Doppelhaushälften des ZfP in der Ebertstrasse (10 Plätze)
- die Wohnheime der Arkade in Baienfurt und Ravensburg (14 und 23 Plätze)
- das Haus der Anode gGmbH in der Eisenbahnstrasse (8 Plätze).

Im Kreisteil Allgäu existiert lediglich das Wohnheim der Bruderhausdiakonie in der Bahnhofstrasse mit 12 Plätzen.

Für **Inklusives stationär betreutes Wohnen für Menschen mit und ohne Behinderung unter einem Dach** stehen derzeit insgesamt 34% der gesamten Plätze zur Verfügung: im Kreisteil Ravensburg

- 16 Plätze des ZfP,
- 6 Plätze der BruderhausDiakonie
- 17 Plätze der Anode gGmbH

Im Kreisteil Allgäu sind es 19 Plätze des ZfP

Unabhängig von der Frage der Betreuungsqualität entspricht dieses Angebot den § 19 der UN-Behindertenrechtskonvention nach dem „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“. Diese Vorgabe, die Leitlinie des GPV ist, bereitet in der Umsetzung natürlich immense Schwierigkeiten. Dies zeigt sich in dem – gemessen an den Anstrengungen der Einrichtungsträger in diese Richtung – immer noch relative geringen Anteil an der Gesamtzahl der stationären Wohnangebote. Und er zeigt sich weiterhin an

der Problematik der Einzelappartements, in denen Menschen mit seelischer Behinderung am bevorzugt leben. Derzeit gibt es nur einen Standort, an dem Einzelappartements für **stationär betreutes Wohnen** zur Verfügung stehen. Das Personalwohnheim des ZfP im Saumweg. Dort werden neben 13 Appartements für stationär betreutes Wohnen ungefähr 40 weitere Appartements an psychisch kranke Menschen im Rahmen des **ambulant betreuten Wohnens** vermietet. Durch die Massierung traten massive Konflikte im Zusammenleben – auch mit den Mitarbeitern des ZfP – auf, die Anfang 2013 eskalierten. Unabhängig von dem Ärger, den diese Konflikte für alle Akteure verursachten, sind sie dennoch ein Beweis, dass es sich um inklusives Wohnen in o.g. Sinne handelt. Für die Bewältigung dieser Konflikte hat die UN-BRK vorgesehen, dass „Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben sollen“, die bei der Bewältigung der Konflikte moderierend eingreifen.

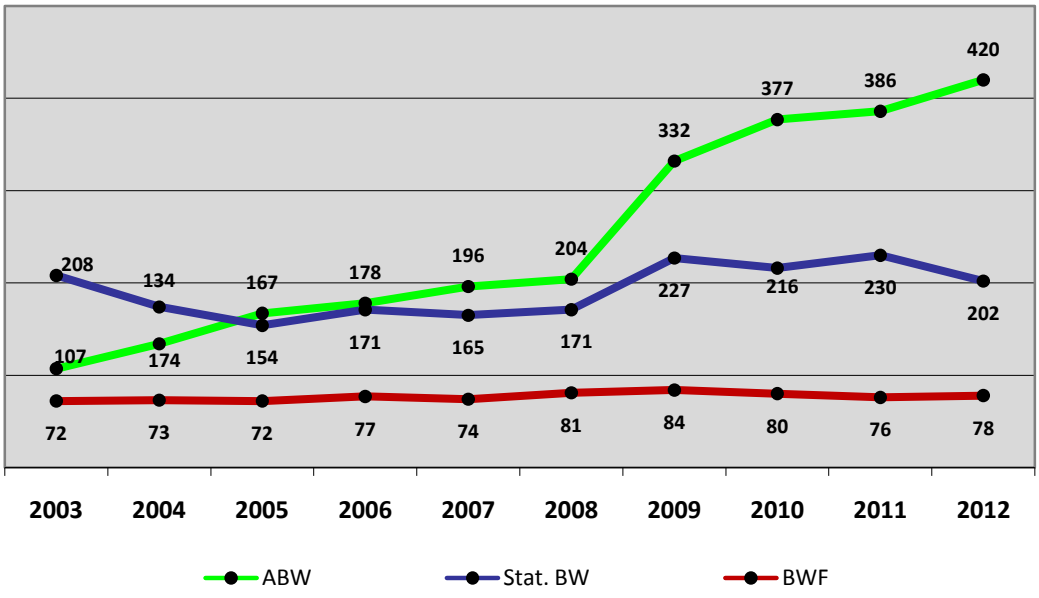
Leistungserbringer, Sozialverwaltung und Politik müssen von dem Vorurteil abkommen, es handle sich bei dem inklusiv stationär betreuten Wohnen um eine lockerer betreute Form des Wohnheims. Alle Formen des SBW mit Ausnahme des Wohnheims am Riesenhof - hier wird eine Nachtwachenversorgung vorgehalten -arbeiten während der Nachtzeiten mit einer Rufbereitschaft. Ansonsten bemisst sich die Intensität der fachlichen Unterstützung allein nach dem individuellen Hilfebedarf. Damit die Vorgaben der UN-BRK zum Standard der stationären Wohnversorgung im GPV werden können, muss daher der Zugang zu Wohnraum für **Inklusives Wohnen für Menschen mit und ohne Behinderung unter einem Dach** verbessert werden. Tatsache ist allerdings, dass diese Form des Wohnraums schwer zu finden ist und darüber hinaus nicht mit öffentlichen Mitteln gefördert wird. Vorbildfunktion hat daher das im Jahr 2012 eröffnete Wohnprojekt Südstadt, das von der Stadt Ravensburg mit Fördermitteln des Landes erstellt wurde und von vorne herein die Integration von Menschen mit Behinderung konzipiert hatte.

Auch im Bereich des ambulant betreuten Wohnens nimmt der GPV des Landkreises Ravensburg eine Sonderstellung ein. Das als psychiatrische Familienpflege begonnene ambulante Betreuungsangebot des Betreuten Wohnens in Familien (BWF) ist mit 68 Plätzen im Jahr 2012 im Landkreis Ravensburg fest verankert und stellt die ideale Form der Inklusion im Bereich Wohnen dar. Ambulant Betreutes Wohnen wird mit Ausnahme der 4 Plätze am Riesenhof grundsätzlich nicht in Komplexeinrichtungen, sondern in Mietwohnungen in der Gemeinde angeboten. 143 Plätze des Hauptanbieters des ambulant betreuten Wohnens Arkade in Form des Einzelwohnens[2].

Fazit: Der GPV im Landkreis Ravensburg ist hinsichtlich der Struktur der Einrichtungen des betreuten Wohnens auf dem richtigen Weg. Es müssen allerdings mehrere dezentrale Wohnquartiere nach Vorbild der Südstadt in verschiedenen Gemeinden geschaffen und im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus auf der Grundlage einer integrierten Sozialplanung gefördert werden. Damit ist noch nichts über die Qualität der Unterstützung und die wirkliche Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde ausgesagt. Diese ergibt sich erst durch die Unterstützungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe, deren Ziel die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist.

Das Engagement und die Kooperation der Wohneinrichtungen im GPV des Landkreises Ravensburg haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass eine Umstrukturierung von stationär nach ambulant stattfand und die Zuwächse in der Eingliederungshilfe in den ambulanten Wohnformen aufgefangen werden konnten. Angestoßen wurde diese Entwicklung im Jahr 2003 mit der Verlagerung von Plätzen des stationär betreuten Wohnens des **ZfP** von Weissenau in den Bodenseekreis, setzte sich 2004 mit der Verlagerung von Plätzen des stationär betreuten Wohnen der **BruderhausDiakonie** vom Riesenhof in den Bodenseekreis fort und hat mit der Verlagerung von Plätzen des stationär betreuten Wohnens der **Anode gGmbH** von Weingarten nach Friedrichshafen ein vorläufiges Ende gefunden. Dementsprechend verlief die zahlenmäßige Entwicklung in den letzten 10 Jahren[3].

Schaubild 11:
Entwicklung der Fallzahlen im Betreuten Wohnen



[2] Etwas mehr als 20 davon allerdings im Personalwohnheim des ZfP
[3] Ab 2009 wurden die Fallzahlen des ABW und SBW der Anode gGmbH hinzugerechnet

Lag das Verhältnis von ambulant zu stationär betreutem Wohnen im Jahr 2003 noch bei ein Drittel zu zwei Drittel, so ist es 10 Jahre später im Jahr 2012 exakt umgekehrt und liegt jetzt bei zwei Drittel zu ein Drittel. Rechnet man BWF hinzu, erhalten sogar über 70% ambulante Unterstützung im Bereich Wohnen.

Diese enorme Veränderung zeigt, dass sich nicht nur die Strukturen der betreuten Wohnangebote verändert haben, sondern dass die Unterstützungsleistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, zu einem höheren Maß Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit bei den Klienten bewirkt haben. Nur noch ein kleiner Teil der Klienten lebt seit 10 Jahren ohne Unterbrechung im stationär betreuten Wohnen. Das ist v.a. an der Altersstruktur abzulesen. Während lediglich auf der Wohngruppe am Riesenhof und der Arkade in Ravensburg der Altersdurchschnitt über 50 Jahren liegt, bewegt er sich in den anderen stationären Wohnangeboten zwischen 41 und 49 Jahren und liegt damit bei gleichen Werten wie im ambulant betreuten Wohnen. Mit der Altersstruktur in Verbindung steht die Herkunft der Klienten. In den meisten Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens liegt der Anteil der Personen aus dem Landkreis Ravensburg bzw. dem Bodenseekreis[4] bei über 75 %. Lediglich in den Wohngruppen von Arkade und Riesenhof (62 %) sowie dem BWF Allgäu (71 %) liegt er niedriger. Im Ambulant Betreuten Wohnen liegt der Anteil der Klienten aus anderen Landkreisen zwischen 0 und 16 %.

Trotz konsequenter Handhabung in der HPK, Leistungen der Eingliederungshilfe psychisch kranken Menschen des Landkreises Ravensburg vorzubehalten[5], wird es immer einen Anteil an Klienten geben, die aus anderen Landkreisen kommen. Dies ist in erster Linie auf die **Integration ehemaliger forensischer Patienten** in die komplementären Angebote des GPV zurückzuführen. 2012 waren es 78 Klienten, nahezu gleichverteilt im ambulant und stationär betreuten Wohnen. Das ist ein Anteil von 13%. Der größte Teil davon hatte vor der Aufnahme in der forensischen Abteilung Weissenau seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Stuttgart und Umgebung und konnte aus sozialen Gründen nicht dorthin zurückkehren. Die Integration ehemaliger forensischer Klienten in den komplementären Einrichtungen des GPV ist ein Erfolgsmodell und findet bundesweite und internationale Beachtung. In anderen Bundesländern wird vor allem die Tatsache erstaunt zur Kenntnis genommen, dass der Übergang aus der Klinik für forensische Psychiatrie ohne zusätzliche Entgeltzahlungen durch den Träger der Eingliederungshilfe geleistet werden kann.

Dass die Integration von „schwierigen“ Patienten oder - wie es in Zukunft benannt werden soll – von Klienten mit herausfordernden Verhaltensweisen in den Angeboten des betreuten Wohnens gelingt, ist auch auf die gute Vernetzung mit den Angeboten der ärztlichen Behandlung und der Nutzung vorrangiger Leistungen der GKV zurückzuführen. Schaubild 13 zeigt die Nutzung der verschiedenen Leistungen des SGB V durch die Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens für 2011 und 2012.

[4] Die beiden Landkreise werden planerisch als Einheit betrachtet

[5] Nach der Geschäftsordnung der HPK, werden Personen aus anderen Landkreisen nur zugelassen, wenn sie nahe Angehörigen im Landkreis haben oder eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle auf dem 1. Arbeitsmarkt

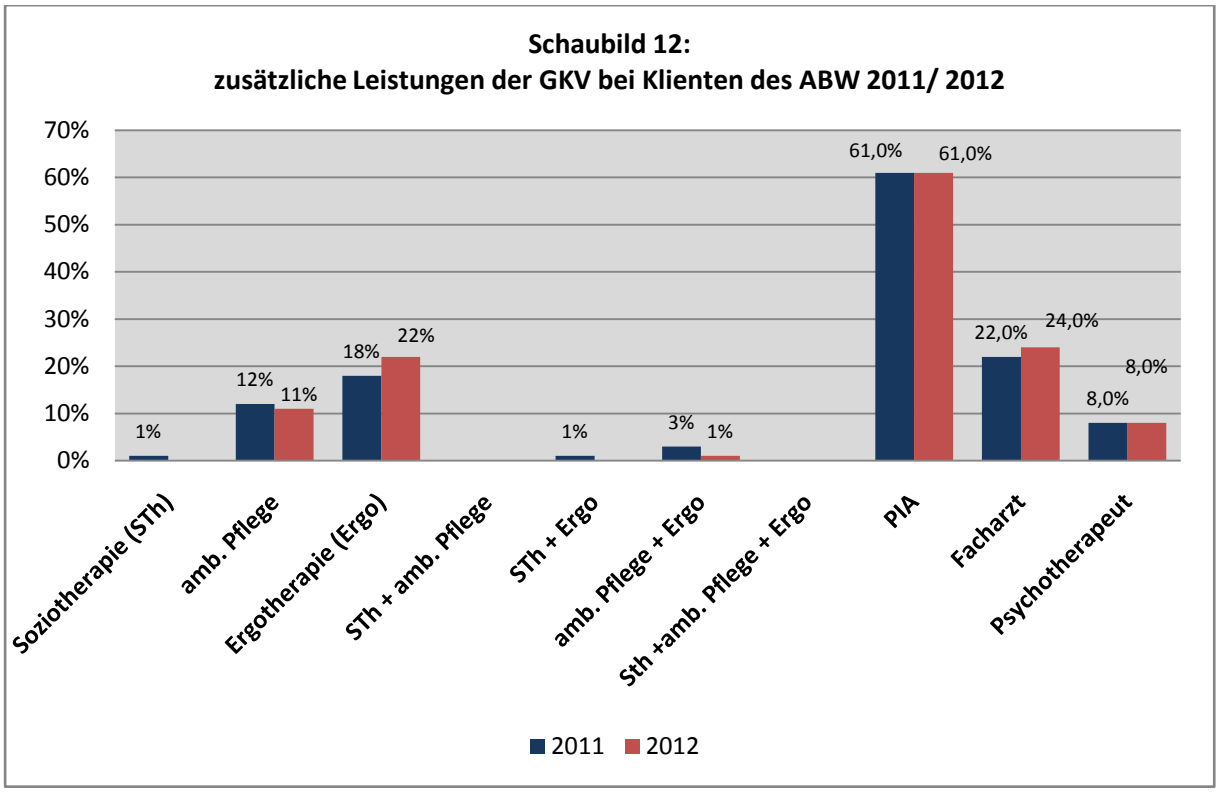
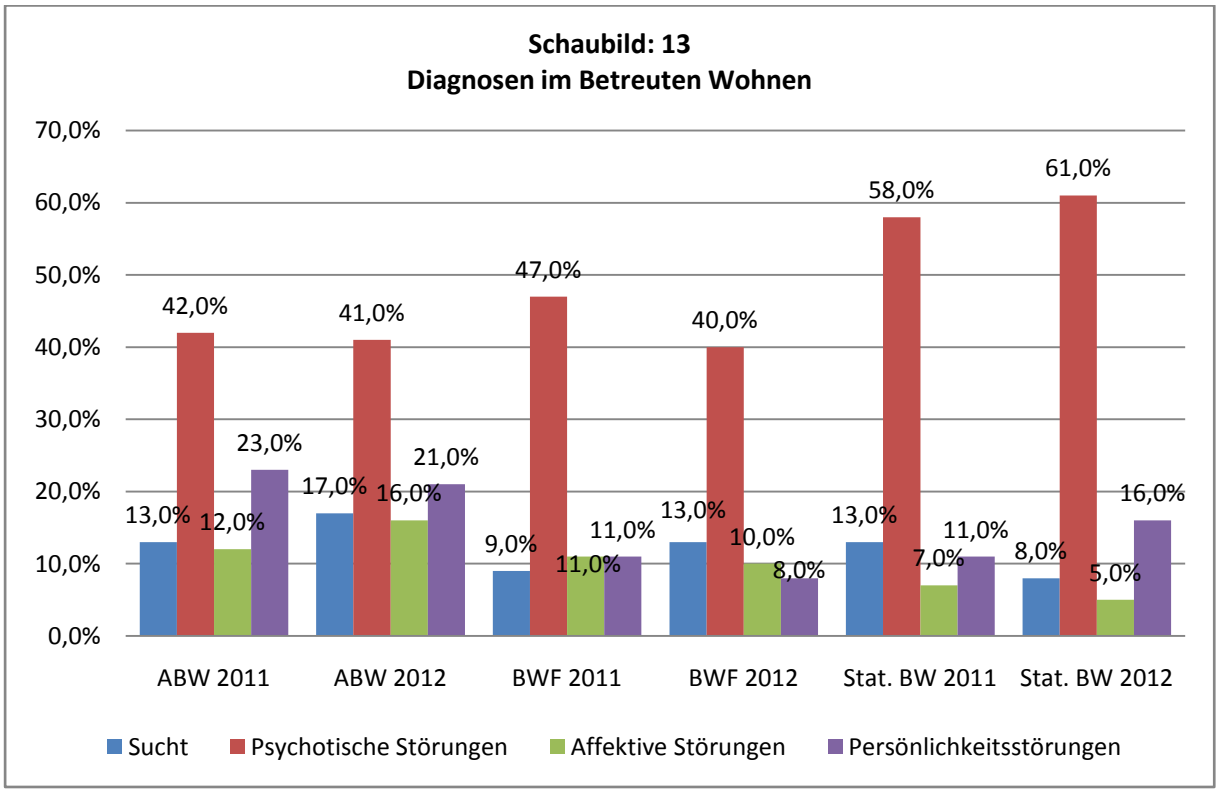


Schaubild 12 zeigt, dass 85% der Klienten im Jahr 2012 im ABW fachärztlich behandelt wurden. Der hohe Anteil von 2011 erhöhte sich somit noch um 2%. 8% der Klienten sind anstelle oder zusätzlich zur fachärztlichen Behandlung in psychotherapeutischer Behandlung. Die Inanspruchnahme fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung durch Klienten des ABW ist verglichen mit anderen Regionen ungewöhnlich hoch. Im Gegensatz zu den Klienten des SpDi (vgl. Schaubild 5) wird die fachärztliche Behandlung hauptsächlich bei Ärzten der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in Anspruch genommen. Diese Präferierung entspricht der sozialrechtlichen Differenzierung zwischen niedergelassenem Facharzt und Psychiatrischer Institutsambulanz. Die PIA soll ausschließlich psychisch kranke Patienten bestimmter Diagnosegruppen mit komplexem Hilfebedarf behandeln und bekommt dementsprechend die Kooperation mit anderen Diensten vergütet.

Ein gutes Drittel der Klienten erhält auf ärztliche Verordnung nicht-ärztliche Leistungen der GKV. 11% der Klienten erhalten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, mithin v.a. Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme. An dem kritischen Punkt des Umgangs mit der psychischen Erkrankung – der konsequenten Einnahme von Medikamenten – kann durch häusliche Pflege sichergestellt werden, dass die Leistung der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ambulant erbracht werden kann. Weitere 22% erhalten Leistungen der ambulanten Ergotherapie, mit denen die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gefördert wird. Dass nur zwei Klienten des ABW Leistungen der Soziotherapie erhalten, dürfte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass die Klientengruppe, die von dieser Leistung profitieren würde, sozialrechtlich keinen Zugang zu ihr hat: Klienten mit der Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), denen auch die Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege verwehrt bleiben. Wenn dieser Zustand sozialrechtlich nicht geändert werden kann, sollte überlegt werden, ob hier die Leistung einer ambulanten RPK weiterhelfen könnte. Dadurch wäre möglicherweise ein weiterer Anstieg dieser Klientengruppe im Stationär Betreuten Wohnen zu verhindern.

Personen mit schwer chronifizierten schizophrenen Psychosen, bei denen die Aufrechterhaltung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Vordergrund steht, erhalten weiterhin vorwiegend Hilfen im stationär betreuten Wohnen. Schaubild 13 zeigt, dass der Anteil der schizophren diagnostizierten Klienten von 2011 auf 2012 von einem hohen Niveau aus nochmals um 3% gestiegen ist.



Insgesamt ist festzustellen, dass sich Personen mit schizophrenen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen mit einem höheren Anteil im SBW als im ABW und im BWF finden. In diesen Diagnosegruppen finden sich gehäuft Klienten, die eingeschränkt steuerungsfähig sind, was sich auch in einem höheren Anteil rechtlicher Betreuungen bei den Klienten im SBW zeigt (71% gegenüber 46% im ABW). Dies ist sozialrechtlich korrekt. Während in den ambulant betreuten Wohnformen die Klienten vollkommen selbstbestimmt leben können, besteht in den inklusiven Formen des stationär betreuten Wohnens eine Verantwortung der Mitarbeiter rund um die Uhr.

Schaubild 13 zeigt mehrere Verschiebungen der Diagnoseverteilung in den verschiedenen Wohnformen an. Bei den Suchterkrankungen zeigt sich ein klarer Trend in Richtung ambulante Betreuungsformen. Nimmt man ABW und BWF zusammen, hat sich der Anteil der Klienten mit Suchterkrankung um 8% erhöht, während er im Stationär Betreuten Wohnen um 4% gesunken ist. Die Änderung der Betreuungsphilosophie bei der Anode gGmbH macht sich hier bemerkbar (s. S. 35 ff). Gleichzeitig ist der Anteil der Klienten aus dem Landkreis Ravensburg bei der Anode gGmbH auf 50% angestiegen. Bei den schizophrenen Psychosen vollzog sich ein Rückgang des Anteils im BWF. Bei den Persönlichkeitsstörungen erfolgte eine Zunahme des Anteils im Stationär Betreuten Wohnen.

Trotz des hohen Anteils von 72% der Klienten in ambulanten Angeboten ist hier noch eine Steigerung möglich. Das hat sich im Modellprojekt ABW plus gezeigt, das für die Jahre 2011 und 2012 angesetzt war und wegen des nicht erreichten Quorums von 27 vermittelten Klienten im Bereich der gesamten Behindertenhilfe ein Jahr verlängert wurde. Dass das Quorum nicht erreicht wurde lag nicht an den Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung. Von diesen wurden in den beiden Jahren der größere Teil der Klienten in ABW plus vermittelt. Insbesondere der Wechsel aus dem stationär

betreuten Wohnen in ABW plus erfolgte zum größten Teil durch Menschen mit seelischer Behinderung. Das ist nicht erstaunlich. Der größte Teil der Menschen mit seelischer Behinderung erhält nicht stationäre Hilfen, weil er das Milieu eines oder Heims oder Hilfen der Grundpflege benötigt, sondern weil er einen hohen Bedarf an Hilfen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat.
Wie die Auswertung über die im Jahr 2012 betreuten Klienten zeigt, handelt es sich nicht um die „pflegeleichteren“ Personen, die im ABW plus Hilfen erhalten. Drei Viertel der Klienten hatte die Diagnose Schizophrenie, mehr als die Hälfte waren wenigstens einmal zur Krisenintervention in der Klinik. Dennoch ist festzustellen, dass insbesondere Klienten, die aus dem stationär betreuten Wohnen in ABW plus wechselten, in diesem Status verblieben. Daher ist davon auszugehen, dass ein großer Teil der Klienten des stationär betreuten Wohnens auch mit Hilfe der intensiveren Unterstützung durch ABW plus zurechtkämen

Klienten mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten

Psychisch kranke Menschen, bei denen das herausfordernde Verhalten so schwerwiegend war, dass eine dauerhafte Selbst- und/oder Fremdgefährdung daraus resultierte, waren in der Vergangenheit mehr als die Hälfte der Zeit in der Klinik, mussten in eine geschlossene Gruppe außerhalb des Landkreises vermittelt werden oder wurden im Fachpflegeheim fehlplatziert. Seit Mitte des Jahres 2012 besteht eine Leistungsvereinbarung zwischen dem ZfP Südwürttemberg und dem Landkreis Ravensburg sowie dem Bodenseekreis.
2012 wurden sieben Klienten in der TWG aufgenommen. Die Aussagekraft der erhobenen Daten ist daher noch eingeschränkt. Interessant ist dennoch, dass hinsichtlich der Diagnosen die gleiche Verteilung festgestellt werden kann wie im ABW plus. Drei Viertel der Klienten haben die Diagnose einer Schizophrenie. Mutig interpretiert könnte man das als Hinweis verstehen, dass schwer chronifizierte Klienten der gleichen Diagnosegruppe sehr unterschiedliche Hilfeangebote benötigen und ein Verbundsystem wie der GPV darauf hinwirken muss, eine hohe Differenzierung der Angebote sicherzustellen. Ein deutlicher Unterschied, der ein beschütztes Angebot wie die TWG erfordert, wird in den Daten bereits deutlich: während bei allen anderen Angeboten des betreuten Wohnens sowie dem

SpDi der Anteil der Klienten, die tätlich fremdaggressiv werden, bei maximal 6,4% lag (SBW), wurde auf der TWG bereits im ersten halben Jahr ein Anteil von 57% tätlich fremdaggressiv. Im ABW plus kam tätliche Fremdaggression nicht vor, obgleich ein Teil der Klienten während ihrer Zeit im stationär betreuten Wohnen dieses Verhalten zeigte.

Fazit: Die Angebote der Eingliederungshilfe im GPV des Landkreises Ravensburg haben im Bereich Wohnen einen Differenzierungsgrad erreicht, der die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung innerhalb des Landkreises auf Dauer wahrscheinlich macht

TWG

Das Angebot der Therapeutischen Wohngruppe (TWG) richtet sich an erwachsene Personen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung (im Sinne des § 53 SGB XII) und schwerwiegend herausfordernden Verhalten, die Hilfeangebote in den GPV im Landkreis Ravensburg oder im Bodenseekreis erhalten. Als „schwerwiegend herausforderndes Verhalten werden Verhaltensweisen von solcher Intensität, Häufigkeit oder Dauer bezeichnet, die die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen ernsthaft gefährden oder die Teilhabe am Leben in der Gemeinde und die Nutzung ihrer Einrichtungen ernsthaft erschweren oder verhindern.“[6] Es hat zur Folge, dass eine Integration in die vorhandenen Wohn-und Betreuungsformen nicht mehr möglich ist. Die TWG bietet ihren Klienten zeitlich befristet einen Lebensraum, in dem sie denselben Herausforderungen des Alltags begegnen wie in der Gemeinde, jedoch rund um die Uhr Unterstützungs- und Förderungsangebote nutzen können. Damit bietet die TWG die Voraussetzung, die Klienten hinsichtlich der oben genannten Faktoren so zu fördern, dass sie künftig wieder selbständig oder mit Hilfe von Leistungen des Ambulant oder Stationär Betreuten Wohnens am gesellschaftlichen Leben Teil haben können.

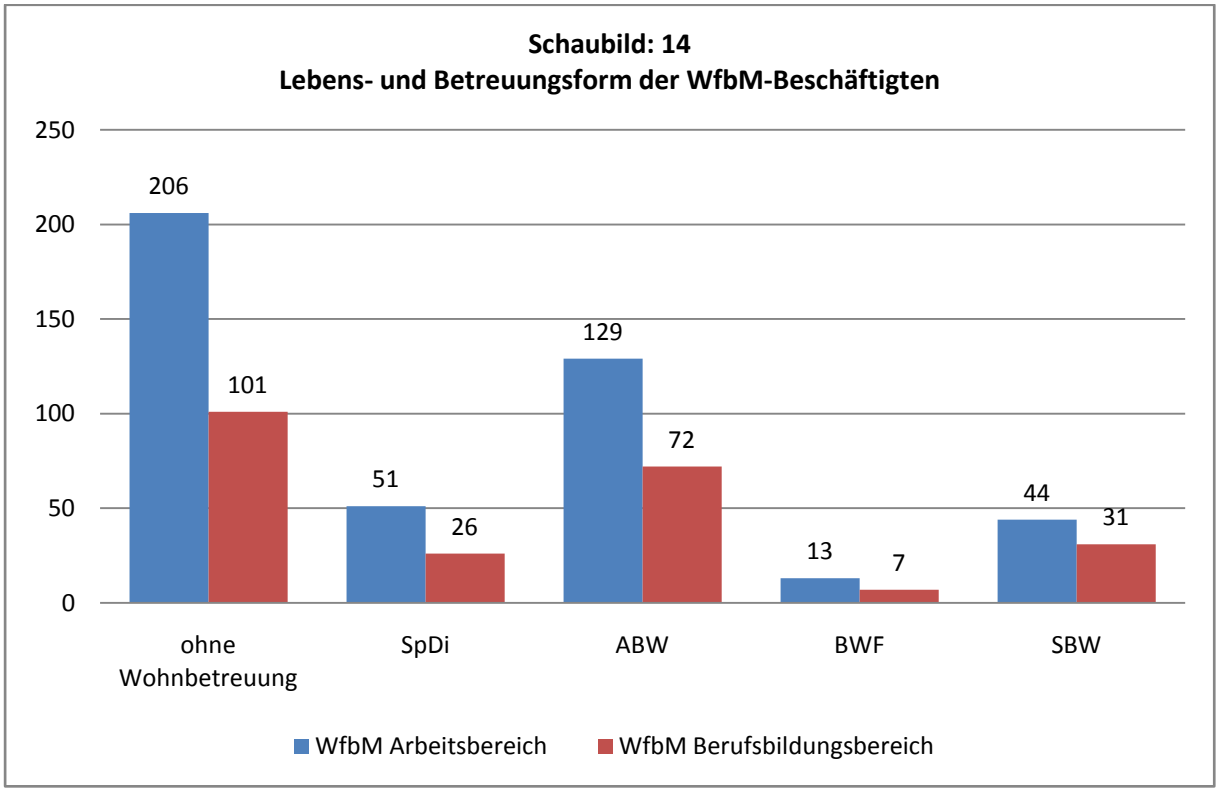
Die Indikation für die Aufnahme in eine Therapeutische Wohngruppe liegt vor, wenn die herausfordernden Verhaltensweisen durch schwerwiegende Selbst- oder Fremdgefährdung gekennzeichnet sind oder zu massiven Beeinträchtigungen anderer Personen führen und damit die Eingliederung in übliche Wohn- und Betreuungsformen der Eingliederungshilfe zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht möglich ist. Das Angebot richtet sich an seelisch behinderte Menschen, deren Integration in ein gemeindeintegriertes Wohnangebot wegen ihres schwerwiegend herausfordernden Verhaltens nicht mehr möglich ist. Die Aufnahme erfolgt

- *auf Grund einer ausführlichen individuellen Hilfeplanung , in der plausibel dargestellt sein muss, dass die erforderlichen Hilfen nur im Rahmen der TWG erbracht werden können*
- *nach schriftlicher ärztlicher Stellungnahme der behandelnden Klinik, dass die Verhaltensstörungen mit den Mitteln der klinischen Behandlung nicht zu beeinflussen sind*
- *nach einer entsprechenden Empfehlung der Hilfeplanungskonferenz*
- *nach Gutachten des MPD, dass der Hilfebedarf nur im Rahmen der TWG erbracht werden kann*
- *der Kostenzusage durch den zuständigen Sozialhilfeträger*
- *Aufgenommen werden dürfen nur Klienten aus den beiden Landkreisen und Klienten anderer Landkreise, die bereits in einer Einrichtung des GPV Hilfen erhalten.*

Erwerbstätigkeit und tagesstrukturierende Maßnahmen

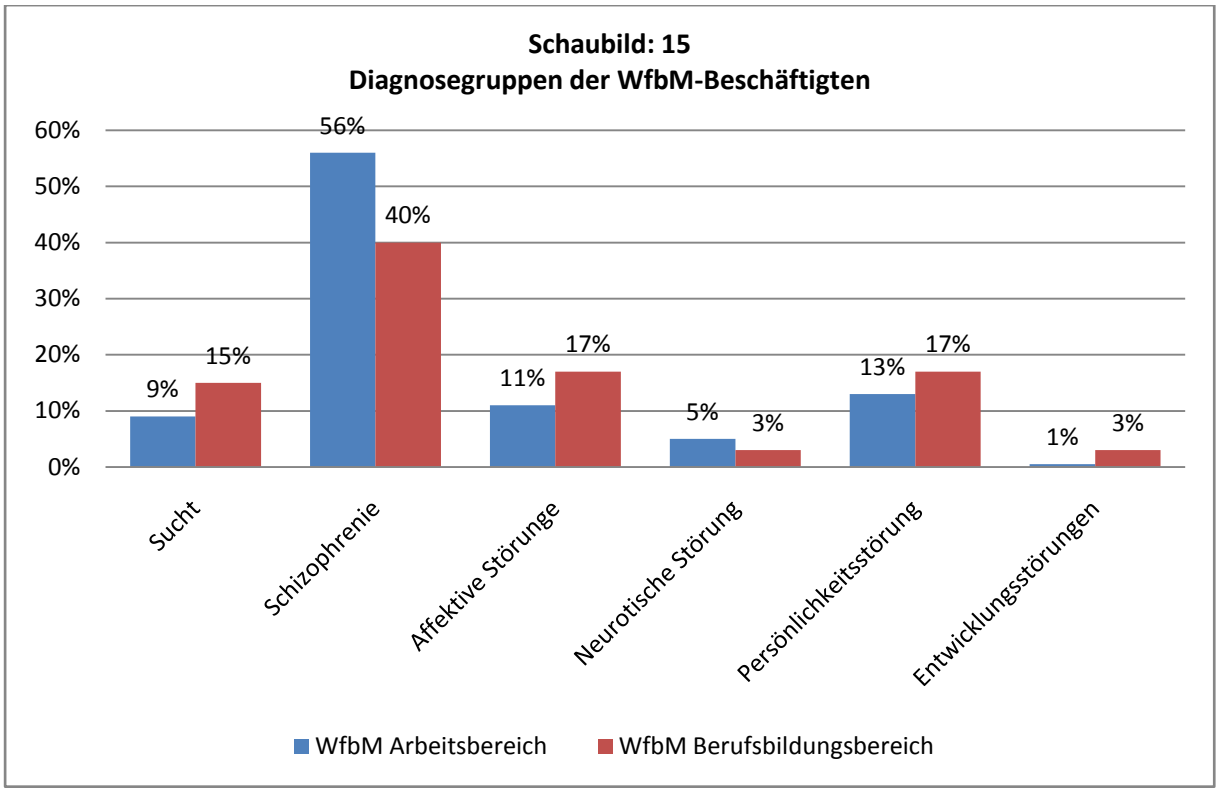
Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Weniger als 10% der 1926 Klienten, die im GPV Hilfen erhalten, sind auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt. Die WfbM ist die Erwerbstätigkeit, die für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis in Betracht kommt. Insgesamt sind in den Werkstätten des ZfP, der BruderhausDiakonie, der Sprungbrett Werkstätten gGmbH Kißlegg und dem Stephanuswerk Isny 660 Personen mit seelischer Behinderung beschäftigt. 237 im Berufsbildungsbereich und knapp doppelt so viele, nämlich 443, im Arbeitsbereich. Die Entscheidung zur Aufnahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM erfolgt im Fachausschuss, in diesem sind die Kostenträger, Agentur für Arbeit, Eingliederungshilfe und die Werkstattleitung vertreten. Zur Aufnahme in die WfbM müssen die Klienten bestimmte Voraussetzungen mitbringen, hierzu zählen eine Anwesenheitszeit von sieben Stunden an fünf Tagen in der Woche. Die wirtschaftlich verwertbare Tätigkeit soll im Laufe des Eingangsverfahrens und im Berufsbildungsbereich nach Möglichkeit gesteigert werden. Das Eingangsverfahren (Dauer drei Monate) ist der Aufnahme in den BBB vorgeschaltet und dient zur Erprobung ob der Klient die formellen Voraussetzungen zur Aufnahme in die WfbM in absehbarer Zeit erfüllen kann. Schaubild 14 zeigt die Lebens- bzw. Betreuungsform der WfbM-Beschäftigten.



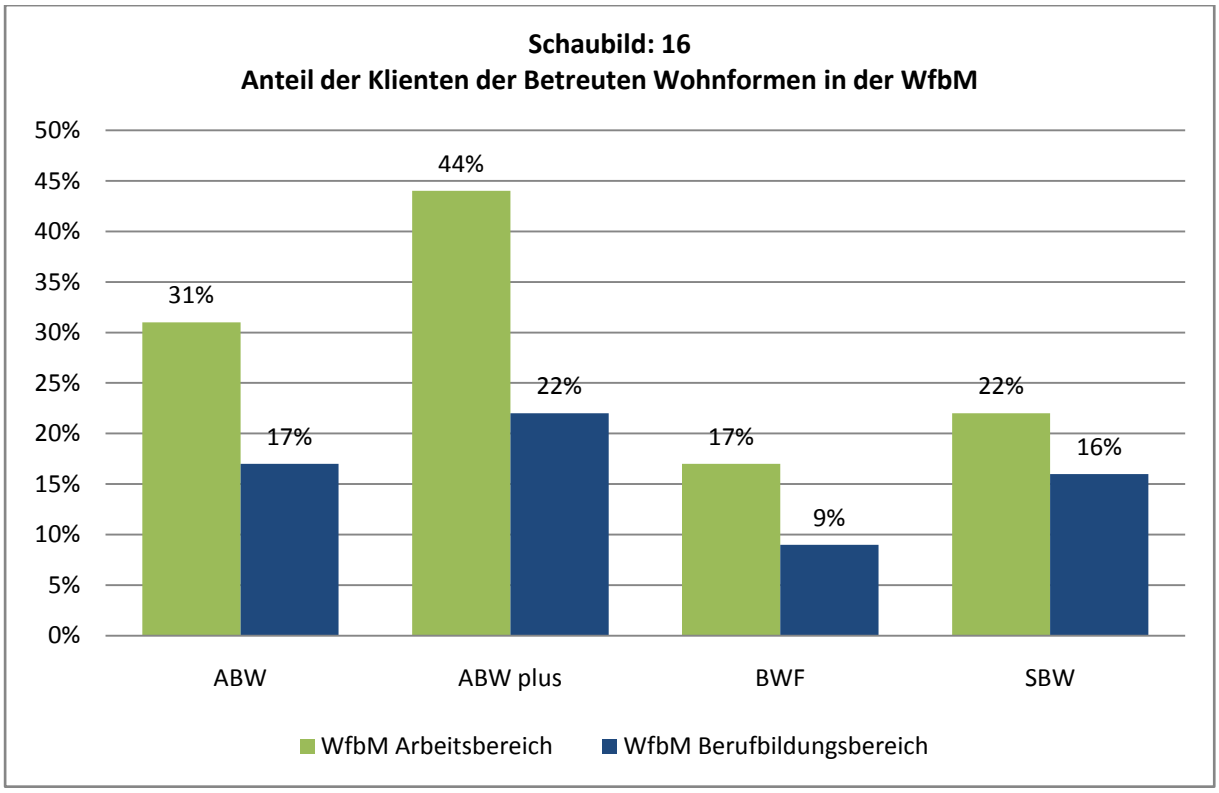
Nahezu die Hälfte der Klienten im Arbeitsbereich führten ein selbständiges Leben ohne Hilfen des SpDi oder der Formen des Betreuten Wohnens. Im Berufsbildungsbereich sind es 43%. Die Verteilung ist nahezu identisch. Ein etwas höherer Anteil der Klienten des BBB findet sich im SBW. Ein Trend in Richtung stationär betreutem Wohnen ist hieraus sicher nicht abzuleiten.

Möglicherweise wechselt ein Teil der Klienten nach dem BBB in einen weniger betreuten Bereich.



Im Bereich der Diagnosen sind deutliche Unterschiede zwischen Arbeitsbereich und Berufsbildungsbereich festzustellen, die durchaus als Trend zu bewerten sind. Am deutlichsten fällt der Unterschied bei den Klienten mit schizophrenen Psychosen aus. Hier ist der Anteil im Arbeitsbereich um 16% höher. Der höhere Anteil im Berufsbildungsbereich verteilt sich hingegen fast gleichrangig auf die Diagnosen Suchterkrankung, affektive Störung und Persönlichkeitsstörung. Auch im Bereich der Komorbidität ist der Anteil der Klienten mit zusätzlicher Suchterkrankung im Berufsbildungsbereich höher (19 vs. 16%). Es ist zu befürchten, dass die Klienten mit schizophrenen Psychosen zunehmend aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschlossen bleiben, weil sie aufgrund der krankheitsbedingten Antriebslosigkeit die Anwesenheit von 7 Stunden und 5 Tagen in der WfbM nicht aushalten.

Die Unüberwindbarkeit der Hürde WfbM-Aufnahme wird bei einem Teil der Klienten zu einer nach unten weisenden Spirale. Schaubild 16 gibt einen Hinweis darauf diesen Zusammenhang.



Von 700 Klienten war deutlich weniger als die Hälfte in der WfbM. Im ABW wird der Anteil von 50% knapp überschritten. Ob der höhere Anteil der Klienten im ABW plus auf den Anfangseffekt und die geringe Zahl zurückzuführen ist oder ob die intensivere Betreuung ermöglicht, den Arbeitsplatz in der WfbM aufrecht zu erhalten, bleibt offen. Auf jeden Fall kann die Hypothese formuliert werden, dass das Fehlen einer geregelten Beschäftigung einen weiteren sozialen Abstieg zur Folge hat, an dessen Ende die Aufnahme in stationär betreutes Wohnen steht.

Fazit: Erwerbstätigkeit – auch in der WfbM – trägt dazu bei, dass Personen mit chronischer psychischer Erkrankung mit ambulanter Unterstützung in der Gemeinde leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Der GPV benötigt tagesstrukturierende Angebote, die gestaltet sind, dass zumindest die Aufnahme in die WfbM erreicht werden kann.

Angebote tagesgestaltender Hilfen

Die Angebote tagesgestaltender Hilfen für psychisch kranke Menschen sind sehr differenziert und die Begriffsverwendung ist teilweise verwirrend. Tagesgestaltende Hilfe ist ein Oberbegriff zur Bündelung von unterschiedlichen Angeboten, die sich vor allem in den sozialrechtlichen Grundlagen und den Zugangsregeln deutlich unterscheiden. Dazu gehören:

- Tagesstätte: niederschwelliges Angebot der Tagesgestaltung. Zutritt ohne Anmeldung oder Aufnahmeprozedur, auch anonym möglich. Finanzierung: pauschal durch Freiwilligkeitsleistung des Landkreises
- Zuverdienst-Angebot: Niedrigschwelliges Arbeitsangebot für Personen, die nicht im stationär betreuten Wohnen sind zur Förderung der Aufnahme einer Erwerbsarbeit über den Anreiz des Zuverdienstes und das gesetzliche Rentenalter noch nicht erreicht haben.. Im Zuverdienst wird für einen Teil der Klienten die Voraussetzung geschaffen, dass sie die Vorrausset-

zungen zur Aufnahme in die WfbM erlangen. Desweitern können sie auch längerfristig bis dauerhaft an der Maßnahme, zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen. Bei dem Projekt Zuverdienst handelt es sich um eine freiwillige Leistung der Eingliederungshilfe, die für einige Klienten sehr wichtig und sinnvoll ist. Momentan ist das Projekt für den Landkreis RV auf insgesamt 20 Plätze beschränkt.

- Tagesstrukturierende Maßnahmen der Eingliederungshilfe, In der Regel als Ergänzung zu stationär betreutem Wohnen. Zugangsvoraussetzung: individuelle Antragsstellung beim Sozialhilfeträger.
    - Leistungstyp I.4.5b: Tagesstrukturierung und Förderung für Menschen mit seelischer Behinderung zur Förderung der Aufnahme einer Erwerbsarbeit
    - Leistungstyp I.4.6: Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderungen, in der Regel Senioren zur sinnvollen Tagesstrukturierung nach der Erwerbstätigkeit.

Pauschal finanzierte Tagesstätte

In der Tagesstätte können Bedürfnisse nach Kontakt und Beratung befriedigt werden, es gibt ein einfaches Angebot an Getränken und Essen, ein offenes Angebot an Aktivitäten kreativer Art, sowie offene Hilfen für Selbstversorgung.

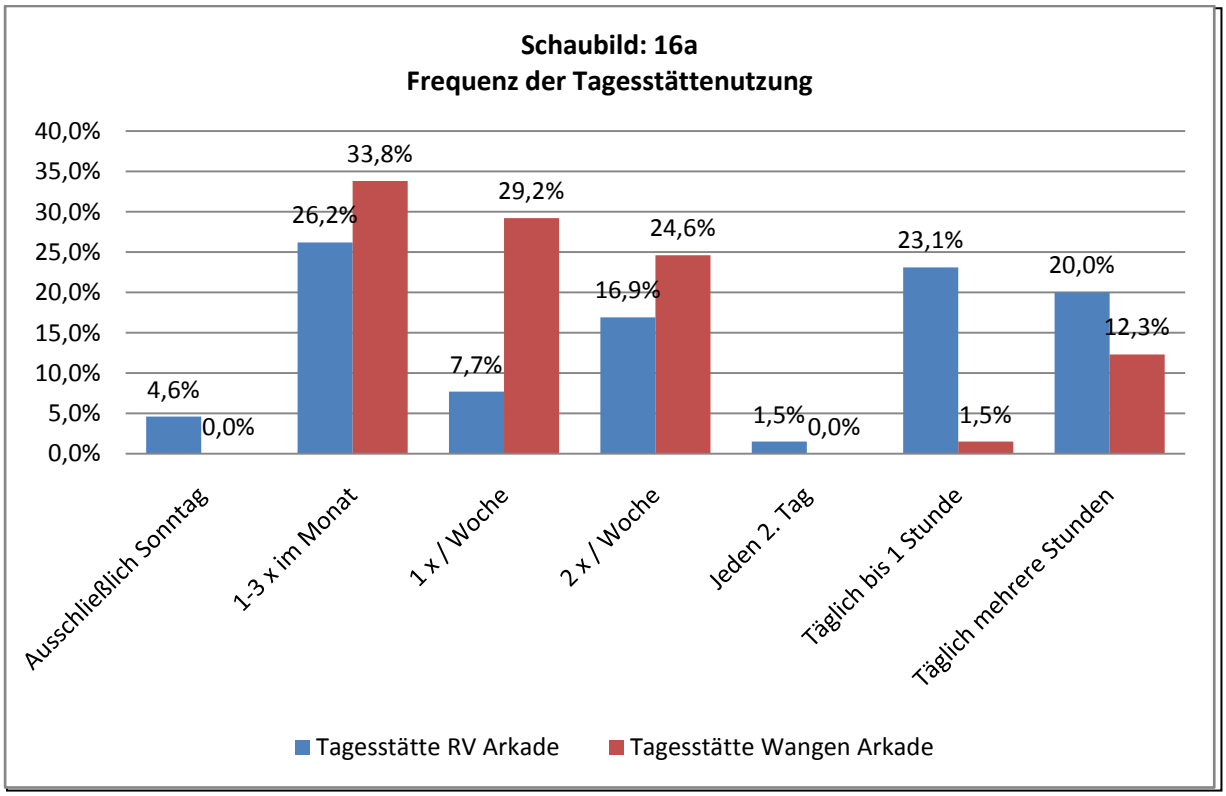


Schaubild 16a zeigt das Nutzerverhalten der pauschalfinanzierten Tagesstätte, wobei ein deutlicher Unterschied zwischen Ravensburg und Wangen festzustellen ist. Das Nutzerverhalten ist sehr heterogen und tendiert insgesamt zu einer nicht täglichen Nutzung. Die Tagesstätte in Ravensburg wird nicht von einer höheren Anzahl Personen frequentiert (65) als in Wangen (66), aber sie wird von etwas weniger als der Hälfte der Besucher täglich frequentiert. In Wangen ist das nur bei 14% der Fall. Mehr als die Hälfte der täglichen Besucher in Ravensburg nutzt die Tagesstätte bis zu einer Stunde.

Offensichtlich wird damit ein oberflächliches Kontaktbedürfnis befriedigt (sich einmal im Tag zeigen) oder ausschließlich das Mittagessen eingenommen. Bei den 13 Personen die täglich kommen ist davon auszugehen, dass ein größeres Kontaktbedürfnis befriedigt wird und der Konsum von Essen und Getränken eine wichtige Rolle spielt.

Bei den Personen, die die Tagesstätte zweimal in der Woche und weniger frequentieren (Ravensburg: 55%, Wangen: 86%) ist davon auszugehen, dass sie bestimmte Angebote nutzen, die für sie im Rahmen der Freizeitgestaltung attraktiv sind. Es kann angenommen werden, dass sie andere Formen gefunden haben, den Tag zu gestalten, z.B in dem sie im Sinne der Inklusion Angebote der Stadt wie die Stadtbücherei oder Angebote der Kirchengemeinden nutzen. Insgesamt ist das Muster der Tagesstätten-Nutzung anders, als in den über die Eingliederungshilfe finanzierten tagesstrukturierenden Maßnahmen.

Zuverdienst-Angebote

Für das Zuverdienst-Angebot werden die Räumlichkeiten der WfbM genutzt, es handelt sich aber um ein eigenständiges Angebot außerhalb des Werkstatt-Status. Im GPZ Ravensburg stehen 10 Zuverdienstplätze, im GPZ Wangen, den Sprungbrettwerkstätten Kißlegg sowie dem Stephanuswerk Isny und Leutkirch ebenfalls 10 Plätze zur Verfügung. Dabei kann ein Platz auch von mehreren Personen belegt werden. Das Angebot wird an fünf Tagen in der Woche vorgehalten. Der Stundenumfang pro Platz beträgt maximal drei Stunden pro Tag oder 15 Stunden je Woche. Es ist kein individueller Antrag beim Sozialhilfeträger erforderlich, wohl aber die Dokumentation der Namen und die zeitliche Erfassung der Teilnahme.

2012 wurde die Leistung von 28 Personen in Anspruch genommen, 4 Personen haben die Maßnahme begonnen, 11 haben sie beendet. Mehr als die Hälfte (64 %) wurde nach Beendigung der Maßnahme in die WfbM aufgenommen, die restlichen 36 % schafften offensichtlich den Übergang in die WfbM nicht und nahmen im Anschluss das Angebot der Tagesstätte wahr. Im Bereich Wohnen erhielten 64 % der Klienten nach Beendigung der Maßnahme Leistungen des ambulant betreuten Wohnens (einer in Form des Persönlichen Budgets), der Rest erhielt Unterstützung im Rahmen der psychiatrischen Grundversorgung bzw. von Angehörigen. Lediglich ein Klient kam aus einer anderen Region, vermutlich ein ehemaliger forensischer Patient. Mit einem Anteil von 63 % wurden Klienten mit Schizophrenie, der Kerndiagnose des GPV, vom Angebot der Zuverdienstarbeitsplätze erreicht. 26 % der Klienten hatten eine affektive Störung, Klienten mit Persönlichkeitsstörungen waren mit einem Anteil von 4 % unterrepräsentiert.

Fazit: Das Angebot der Zuverdienst-Arbeitsplätze ist geeignet, chronisch psychisch kranke Menschen so zu fördern, dass sie in den Status der Erwerbstätigkeit erreichen und selbstbestimmt wohnen können.

Tagesstrukturierende Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Für die tagesstrukturierende Maßnahmen muss ein komplexer Hilfebedarf in Form stationärer oder teilstationärer Hilfen vorliegen, bei dem davon auszugehen ist, dass die Klienten nicht in der Lage sind, ihren Tagesablauf selbständig zu strukturieren, sondern professionelle Angebote zur Tagesstrukturierung benötigen. Wie in Schaubild 16 ersichtlich ist, sind lediglich ein Viertel bis ein Drittel der Bewohner aus den Wohngruppen des stationär betreuten Wohnens im Berufsbildungsbereich oder im Arbeitsbereich der WfbM. Ausnahme ist die Wohngruppe in Baienfurt, aus der 90% der

Klienten in der WfbM sind. Die meisten dieser Klienten haben das Programm der RPK erfolgreich durchlaufen. Für den größeren Teil der Klienten des stationär betreuten Wohnens ist eine tagesstrukturierende Maßnahme der Leistungstypen I.4.5b oder I.4.6 die angemessene und notwendige Leistung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben während der Zeit zwischen 8:00 und 16:00 Uhr.

Die tagesstrukturierenden Angebote werden in den GPZ in Ravensburg und Wangen, dem Tagwerk auf dem Riesenhof und bei stärker chronifizierten Klienten in bestimmten Wohngruppen erbracht. Auf der Basis einer individuellen Hilfeplanung wird ein Aktivitätenprogramm vereinbart, in dem die Teilnahme zu dokumentieren ist und das periodisch evaluiert wird um den Hilfebedarf zu überprüfen und ggf. zu ändern.

Ein höherer Anteil der Klienten in den tagesstrukturierenden Maßnahmen ist männlich (61%), der größte Teil hat die Diagnose Schizophrenie (75%) mit einem hohen Anteil an gleichzeitiger Suchtproblematik. Beendigt wurden die tagesstrukturierenden Maßnahmen in 22 Fällen. Nur ein einem Fall erfolgte nach Beendigung der Maßnahme die Aufnahme in die WfbM.

Fazit: Die tagesstrukturierenden Maßnahmen leisten demnach keinen wesentlichen Beitrag der Förderung psychisch kranker Menschen zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit[7]. Angesichts der Tatsache, dass nahezu alle Klienten Leistungen des Leistungstyps I.4.6 erhielten, ist das auch nicht als Misserfolg zu werten. Da jedoch in den Wohngruppen des stationär betreuten Wohnens zunehmend junge Menschen betreut werden, besteht hier starker Handlungsbedarf.

Spezielle Versorgung: Suchterkrankung

Die Angebote der Suchthilfe finden sich zum Teil im Gemeindepsychiatrischen Verbund (Leistungen der Eingliederungshilfe), zum Teil im Suchthilfenetzwerk (Beratungsstellen, niederschwellige mobile Hilfen) Die Anode gGmbH als klassischer Träger der Suchthilfe ist daher in beiden Netzwerken vertreten: mit dem ambulant und dem stationär betreuten Wohnen im GPV und mit Streetwork für suchtkranke Menschen im Suchthilfenetzwerk. Das Hilfesystem hat sich in den letzten Jahren so entwickelt, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Netzwerken unabdingbar geworden ist. Nachdem zunehmend substituierte Personen mit Drogenabhängigkeit Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen müssen, ist eine Koordination der medizinischen Leistungen (substituierende Ärzte) psychosozialen Leistungen (PSB) und Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (ABW, SBW) erforderlich.

Bei nicht substituierten Drogenabhängigen wird der Zugang zum System der Eingliederungshilfe bis hin zur Vorstellung in der HPK durch den Mitarbeiter des Streetwork geleistet (s. Kasten), bei Substituierten von der PSB. Die Diskussion der letzten Jahre um sogenannte Problemzonen in der Innenstadt – insbesondere dem Holzmarkt hat gezeigt, dass Übergänge vom Auffällig-Werden in der Öffentlichkeit zu strukturierten Angeboten geschaffen werden müssen.

[7] Zu der auch die WfBM gehört

Streetwork im Landkreis Ravensburg

Die ANODE gGmbH richtete zum Juli 1995 zwei Streetworkerstellen ein, je eine im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis.

Der Streetworker im Landkreis Ravensburg arbeitet mit 30% seiner Stelle im Kontaktladen „Die Insel" der Suchthilfe gGmbH Ravensburg mit, bei der die ANODE gGmbH als Gesellschafter beteiligt ist.

Streetwork ist aufsuchende Arbeit im Sozial- und Lebensraum von alkohol- und drogenabhängigen Menschen, befasst sich aber auch mit Suchtgefährdeten, Angehörigen und Ex-Usern. Die Kontakte mit der Klientel finden sowohl an Szenetreffpunkten, in privaten Räumen der Hilfesuchenden, als auch in den Büroräumlichkeiten statt. Durch diese größtenteils aufsuchende Arbeit können Personen erreicht werden, die wenig Kontakt zum bestehenden Hilfesystem haben. Im Jahr 2012 konnte Streetwork im Landkreis Ravensburg ***139 Klienten und Klientinnen*** *mit einem* ***Durchschnittsalter von 37,5 Jahren*** *im Landkreis Ravensburg erreichen. Es ist gelungen, mit der Partydrogenszene Betreuungskontakte zu knüpfen, die mehrheitlich aus jungen Erwachsenen besteht. Insgesamt waren die Betreuten zu ca. 2/3 Männer und 1/3 Frauen.*

Die anzugehenden Probleme kreisen um die Themen strafrechtliche Verfolgung, die schwierige finanzielle Lage, und die Wohnsituation. Neben dem Gesprächs- und Beziehungsangebot werden konkrete Hilfestellungen angeboten, wie Beratung und Unterstützung in alltäglichen Lebenssituationen, Vermittlung und Begleitung zu höherschwelligen Suchthilfeeinrichtungen (Suchtberatung, ABW, SBW, etc.), Unterstützung bei der Arbeit- und Wohnungssuche, Hilfe und Begleitung im Umgang mit Behörden.

Streetwork zeichnet sich zudem durch Vielseitigkeit und Mobilität aus. Hierdurch kann flexibel und schnell z.B. bei alltagspraktischen Hilfen oder bei Behördengängen geholfen werden. Dabei helfen vor allem die gut ausgebauten Kooperationsstrukturen mit der Suchtberatungsstelle (Caritas), der Wohnungslosenhilfe (Württemberger Hof), dem Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (schwerpunktmäßig Drogenentzugstation Mariatal), der Schwerpunktpraxis Dr. Matschinski mit Psychiatrischer Institutsambulanz Sucht (Fr. Vollmer) des ZfP Südwürttemberg.

Die durchschnittliche Kontakthäufigkeit, der im Landkreis Ravensburg betreuten Personen lag im Jahr 2012 bei 6,64 Kontakten/Person. Die „geringe" Kontakthäufigkeit mit Streetwork ist durch die praktizierte ***„Kompass- und Schnittstellenfunktion" dieses Angebotes*** *hin zu höherschwelligen Hilfen im Hilfesystem zu erklären. Im Jahr 2012 wurden so 25 Personen an eine Drogenberatung, 22 Personen an eine Entgiftung/Therapie, 43 Personen an Behörden wie das Landratsamt, die Agentur für Arbeit, etc. und 51 Personen an Sonstige Einrichtungen und Angebote wie Selbsthilfegruppen, weitere Beratungsstellen und Betreute Wohnformen vermittelt.*

Im betreuten Personenkreis stehen neben Alkohol und Cannabis nach wie vor die opiathaltigen Suchtmittel im Vordergrund. Hierbei handelt es sich auch häufig um Drogenersatzstoffe (Substitutionsmittel), die nicht nach den Substitutionsrichtlinien konsumiert werden. Eine neue Tendenz zeichnet sich beim Konsum von Amphetaminen ab. Hier ist eine Zunahme zu erkennen..

Ein weiterer Arbeitsbereich bildet die ***Online-Drogenberatung Pille-Palle*** *(www.pille-palle.net) als ein fortlaufender Bestandteil der Arbeit. Sie zielt auf Prävention und Information von suchtgefährdeten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzw. auf bereits illegale Konsumierende ab.*

Simon Windisch, Streetworker Ravensburg

Ambulant und stationär betreutes Wohnen für Suchtkranke

In den Angeboten der Eingliederungshilfe für Menschen, bei denen die Suchterkrankung im Vordergrund steht, haben sich im Jahr 2012 bedeutsame Veränderungen ergeben. Nach Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Landkreis Ravensburg und dem Bodenseekreis wurde das Angebot des stationär betreuten Wohnens vollkommen umstrukturiert. Das Wohnheim in der Scherzachstasse in Weingarten, das zusammen mit zwei Außenwohngruppen 39 Plätze hatte wurde aufgegeben, 8 Plätze wurden nach Wangen, 6 Plätze in den Bodenseekreis verlagert. Im Kreisteil Ravensburg wurde ein System von dezentralen Wohngruppen an verschiedenen Standorten mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen aufgebaut. Seit der zweiten Jahreshälfte 2012 findet die stationäre Betreuung an folgenden Standorten statt:

- Eine intensiv betreute Wohneinheit in der Eisenbahnstr. 51 mit **acht** Plätzen- hier kann, auch aufgrund der räumlichen Nähe zu den Büroräumen der Einrichtung- eine hohe Mitarbeiterpräsenz vorgehalten werden
- zwei kleinere WGs in der Ziegelstrasse 38 und 40 mit **jeweils zwei** Plätzen,
- eine größere Einheit in der Gartenstrasse 22 mit **fünf** Plätzen
- **fünf** Einzelapartments im Personalwohnheim des ZfP für Bewohner, die in einer Gruppenwohnsituation überfordert sind und besser alleine zurechtkommen.
- eine kleinere WG mit **drei** Plätzen in Weingarten für Bewohner, die gezielt auf den Übergang ins ABW vorbereitet werden sollen.

Im Jahr 2012 wurden im SBW der Anode im Kreisteil Ravensburg 33 Klienten betreut, z.T. noch in der Scherzachstrasse, z.T. an den neuen Standorten. 13 Klienten beendeten die Maßnahme, ein kleiner Teil zog aus der Scherzachstrasse in eine dezentrale Wohngruppe um. Mit der Umstrukturierung ging eine stärkere Berücksichtigung der Personen aus dem Landkreis Ravensburg einher. 2012 stammten bereits 53% der Klienten aus dem Landkreis Ravenburg, während es 2011 nur 35% waren. Das SBW der Anode betreut damit seelisch behinderte Klienten des Landkreises Ravensburg mit Suchterkrankung, die in den Jahren zuvor entweder von den anderen Trägern der Wohneinrichtungen im GPV übernommen wurden oder in eine geschlossene Einrichtung außerhalb des Landkreis Ravensburg versorgt werden mussten. Dementsprechend haben die Klienten häufiger Rückfälle und müssen zur Krisenintervention in die Klinik. Lediglich 27% der Klienten hatten im Jahr 2012 keinen Klinikaufenthalt. Auch wenn berücksichtigt wird, dass die Änderungsprozesse sich nicht stabilisierend ausgewirkt haben dürften, ist der Anteil verglichen mit den Klienten, bei denen die die chronisch psychische Erkrankung im Vordergrund steht, sehr hoch. Auch die durchschnittliche Behandlungsdauer ist mit 23,3 Tagen deutlich höher (vgl. Schaubild 18).

Die Abteilung für Suchterkrankung der Weissenau kam häufig an die Belastungsgrenze. Es zeigte sich auch, dass die Kooperation noch nicht eingespielt war und es häufig zu atmosphärischen Störungen kam. In der Zwischenzeit konnte klare Absprachen getroffen werden, mit denen die Kooperation verbessert werden kann.

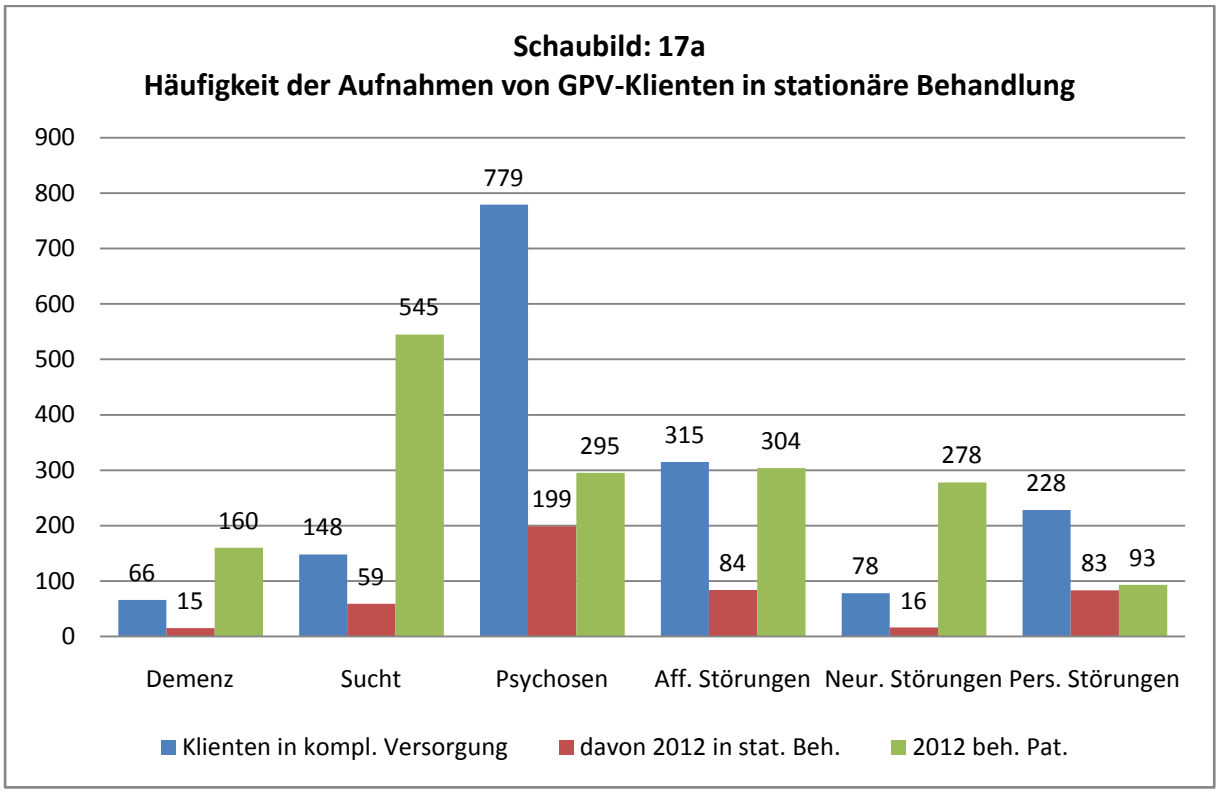
Im ABW der Anode ist die Situation ähnlich. Die Fluktuation bei Menschen mit Suchterkrankung ist deutlich höher als im ABW für Menschen, bei denen die chronische Erkrankung im Vordergrund steht. Insgesamt wurden 2012 im ABW 77 Personen mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 279,4 Tagen betreut, wodurch sich eine Platzzahl von 59 ergibt. Die Anzahl der Krisenaufnahmen

in der Klinik war deutlich geringer als im SBW. 61% der Klienten des ABW mussten nicht in der Klinik aufgenommen werden. Ein positiver Aspekt ist an der Schnittstelle zum 1. Arbeitsmarkt zu beobachten. Ein Teil der Klienten ist an einem regulären Arbeitsplatz erwerbstätig oder in Ausbildung (20%), bei einem weiteren Teil ist die Fähigkeit zur beruflichen Rehabilitation auf den 1. Arbeitsmarkt gegeben. Um dies zu erreichen wird von dem ABW der Anode zunehmend die Beratungstätigkeit der Gemeinsamen Servicestelle in Anspruch genommen.

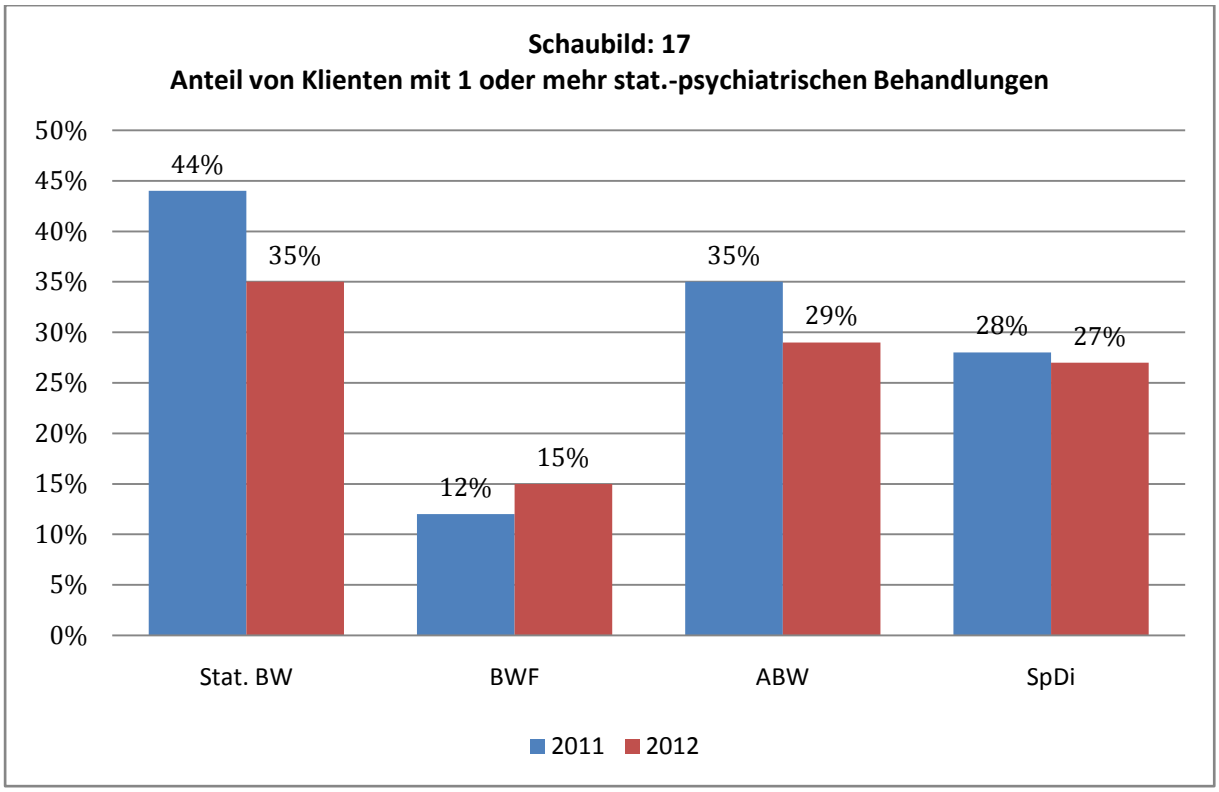
Fazit: Mit der Dezentralisierung des stationär betreuten Wohnens der Anode gGmbH wurde die Einbeziehung der Versorgung seelisch behinderter Menschen mit Suchterkrankung in den GPV deutlich verbessert. Eine Verbesserung der Vernetzung mit den ambulanten Hilfen und den Beratungsangeboten sowie eine weitere Differenzierung der Wohnangebote der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Suchtkranke mit hohem Hilfebedarf steht jedoch weiterhin auf der Agenda.

Krisenintervention und stationäre Behandlung

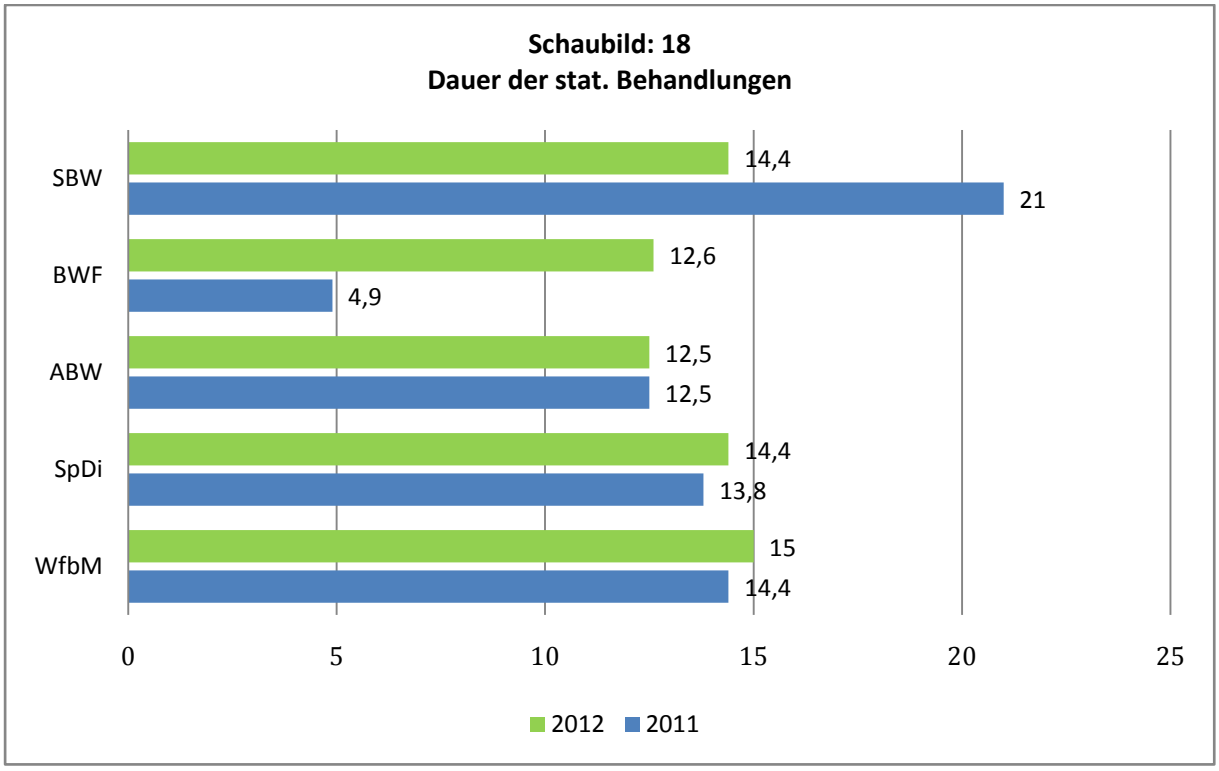
Der Verbleib im gewohnten Umfeld – auch bei psychischen Krisen – ist das langfristige Ziel der Gemeindepsychiatrie. Schaubild 17a zeigt, dass 72% der Klienten mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen ohne Klinikbehandlung in der Gemeinde leben konnten.



Dies gelingt u.a. durch die kontinuierliche Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte, die psychiatrische Institutsambulanz, ambulante Psychotherapie sowie ärztlich verordnete Hilfeangeboten wie häusliche Krankenpflege und ambulante Ergotherapie (s. Schaubilder 5 und 12). Gegenüber 2011 hat sich der Anteil der Klienten, die zur Bewältigung einer Krise stationär behandelt werden müssen verringert. Gleichzeitig hat sich der Anteile stationärer Aufnahmen aus den verschiedenen Betreuungsformen verändert (Schaubild 17).



Während der Anteil der Krisenaufnahmen bei den Klienten des ABW von 35% auf 30% und im SBW von 44% auf 35% sank, stieg er bei den Klienten im BWF leicht von 12% auf 15% und blieb bei den Klienten im SpDi nahezu unverändert stabil. Besonders bemerkenswert ist, dass auch die durchschnittliche Behandlungsdauer im Stationär Betreuten Wohnen stark abgenommen hat, nämlich von 21.0 auf 14,4 Tage im Jahr.



Inwiefern die Reduzierung der Krisenaufnahmen und der Behandlungstage im Betreuten Wohnen auf Flexibilisierung und Effektivierung der klinischen Behandlung zurückzuführen ist, lässt sich aus dem Zahlenmaterial nicht erschließen. Eine Tatsache ist, dass ein sehr hoher Anteil der Klienten im ambulant betreuten Wohnen in fachärztlicher Behandlung ist (vgl. Schaubild 12). Nahezu zwei Drittel werden von der PIA behandelt, die ihrerseits home treatment im Rahmen der Integrierten Versorgung anbietet (s.Kasten). Das ZfP Südwürttemberg verstärkt seit Jahren seine Bemühungen, stationäre Behandlung durch teilstationäre und ambulante Behandlung zu ersetzen. Im Landkreis Ravensburg ist das Angebot von Tageskliniken in der Sinova Ravensburg und am Krankenhaus Wangen sowie einer spezialisierten Tagesklinik für suchtkranke Menschen in Weissenau durch eine Akut-Tagesklinik in Weissenau verstärkt worden (s. Kasten).

Ein neues Angebot des ZfP: Die Akut-Tagesklinik Weissenau

Seit März 2013 hat die Akut-Tagesklinik Weissenau mit 12 Behandlungsplätzen den Betrieb aufgenommen. Geboren wurde die Idee für dieses neue Angebot aufgrund der Not vieler akut psychisch erkrankten Menschen, die im ambulanten Versorgungssystem nicht die erforderliche Hilfe erhalten können – was Betreuungsintensität und vor allem auch den Beginn (nämlich sofort) der Behandlung angeht. Bisher blieb diesen Menschen nur die Wahl, ein vollstationäres Angebot anzunehmen oder irgendwie die Zeit zu überstehen, bis ambulante oder teilstationäre Behandlungsplätze – nach einer oft mehrmonatigen Wartezeit – zur Verfügung stehen.

*Ziel ist es, PatientInnen eine **zeitnahe Aufnahme** anzubieten und möglichst sofort, spätestens aber innerhalb von 3 Tagen, aufnehmen zu können. Um dies zu gewährleisten, kann eine Behandlungsdauer von 10 Werktagen in der Regel nicht überschritten werden.*

*Das **Einzugsgebiet** sind die Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis - limitiert durch die individuelle Erreichbarkeit.*

Die Akut-Tagesklinik Weissenau (Station 2021) befindet sich im ehemaligen Gebäude der Apotheke auf dem Klinikgelände und ist werktags von 08:00 bis 16:30 geöffnet. Das Team ist, wie in jeder Tagesklinik, multiprofessionell besetzt. Sie ist organisatorisch eng mit dem Ambulanten Krisenteam der Integrierten Versorgung (IV) verzahnt, und ist für Versicherte aller Krankenkassen offen. Genutzt wird die enge Vernetzung der IV mit den Leistungsanbietern der Gemeindepsychiatrie, so dass PatientInnen der Akut-Tagesklinik sehr schnell Zugang zu den ambulanten Angeboten erhalten.

***Zielgruppe** der Akut-Tagesklinik sind primär Menschen*

- *in akuten psychischen Krisen*
- *wenn die ambulante (gemeinde-) psychiatrische Regelbehandlung nicht mehr ausreicht*
- *wenn eine vollstationäre Behandlung nicht zwingend erforderlich bzw. nicht gewünscht ist*
- *wenn eine tagesklinische Regelbehandlung nicht zeitnah verfügbar ist (Warteliste)*
- *die von einer kurzen Behandlungsdauer (max. 10 Werktage) voraussichtlich profitieren*
- *für die ein störungs<u>un</u>spezifisches Behandlungssetting mit folgenden Kernpunkten richtig erscheint:*
    - *Diagnostik und gesprächstherapeutische/medikamentöse Akuttherapie*
    - *ergo-, kunst- und bewegungstherapeutische Angebote*
    - *gemeinsame Organisation eines ambulanten Netzes zur Weiterbehandlung*

Begrenzungen *bestehen, wenn*

- *eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt*
- *Orientierung oder Mobilität deutlich eingeschränkt sind*
- *die Absprachefähigkeit nicht gegeben ist (Demenz, schwere Psychose)*
- *eine störungsspezifische Behandlung erforderlich ist (z.B. akute Suchproblematik)*
- *die Wohnsituation nicht tragfähig ist*
- *der/die Betroffene auf einer anderen Station des ZfP gut bekannt ist und auch dort (was in der Regel der Fall ist) eine tagesklinische Krisenintervention erfolgen kann.*

Weitere Informationen sind über Sekretariat (0751/7601-2666) erhältlich. Über diese Rufnummer erfolgt auch die Aufnahmekoordination,

Freilich wird die Koordination der unterschiedlichen Leistungen immer wichtiger wie bereits die Besuchskommission der BAG GPV[8] in ihrem Bericht vermerkt hatte. Der Gemeindepsychiatrische Verbund bietet eine gute Basis, ein vernetztes System der Krisenbehandlung zu organisieren und dabei Doppelstrukturen zwischen Eingliederungshilfe (SGB XII), medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation (SGB IX) und Behandlung (SGB V) zu vermeiden. Für die Koordination ist der Sozialpsychiatrische Dienst prädestiniert, dessen Finanzmittel im Jahr 2012 aufgestockt wurden (s. S. 9). Durch die Klärung der Intervention im Krisenfall würde der SpDi eine wichtige Rolle in der HPK einnehmen. Zusätzliche Kompetenz in der HPK bei der Erschließung von vorrangigen Sozialleistungen kann die Mitarbeiterin der gemeinsamen Servicestelle nach SGB IX bieten (s. Kasten).

Beteiligungskultur und Beschwerdemanagement

Die Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität unter Beibehaltung des gegliederten Sozialleistungssystems hat einen gravierenden Nachteil: Das System der Hilfen wird immer unübersichtlicher und weder die Verfügbarkeit von Hilfen, noch deren professionelle Koordination nutzen den Klienten, wenn sie nichts von Ihnen wissen. Ein Manko des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg ist die fehlende Beteiligung der Nutzer und ihrer Angehörigen. Im Hinblick auf die systematische Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen ist im Jahr 2012 ein wichtiger Teilschritt erfolgt. Klaus Weishaar als freigestellter Werkstattrat der Weissenauer Werkstätten wurde in die Trägergemeinschaft des GPV aufgenommen. Als Werkstattrat (s. Kasten) vertritt er einen gewichtigen Teil der Personen, die in den Angeboten des GPV betreut werden und ist damit legitimiert, die Interessen der Psychiatrie-Erfahrenen zu vertreten. Die Einbeziehung des Werkstattrats der Weissenauer Werkstätten könnte ein Ausgangspunkt für eine Organisationsstruktur der Psychiatrie-Erfahrenen sein wie sie sich im letzten Jahr im Bodenseekreis entwickelt hat.

[8] Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbünde

450 Arbeitgeber

Der Werkstattrat einer Werkstatt für behinderte Menschen ist die Interessensvertretung der Beschäftigten in den WfbM und wird alle 4 Jahre gewählt. Ab 200 Beschäftigten im Arbeitsbereich darf der fünfköpfige Werkstattrat seinen Vorsitzenden freistellen. Ich bin jetzt seit 9 Jahren gewählter Werkstattrat. Als ich 1995 in die WfbM kam, hatten wir insgesamt 150 Beschäftigte im Arbeitsbereich und im Berufsbildungsbereich. Heute sind es 450. Dass meine Freistellung nicht von heute auf Morgen umgesetzt wurde ist klar, aber alles braucht seine Zeit. Von der Werkstattleitung erhielt ich von vorneherein Unterstützung. Ich war anfangs erst mit 50 Prozent, dann ab Januar 2012 ganztags als Vorsitzender des Werkstattrats freigestellt. Es entstand langsam aber stetig ein gutes Netzwerk mit Werkstattleitung, Personalrat, Vertrauensperson, Begleitendem Dienst. Und natürlich allen Beschäftigten in den Werkstätten, meinen 450 Arbeitgebern.

Das Wichtigste ist, dass ich den Beschäftigten zuhöre und ihre Wünsche in die Realität umsetze. Ein großer Brocken war ein Rechtsstreit zwischen einem Beschäftigten und der Werkstatt wegen der Lohnauszahlung und der Berechnung des Lohnes. Folge war, dass ein Team aus Werkstattleitern und Werkstatträten gebildet wurde mit dem Auftrag das Bewertungssystem objektiver und die Lohnauszahlung transparenter zu gestalten. Dieses neue System wird bald umgesetzt, in 8 Werkstätten!

Natürlich muss ich mich an die gesetzlichen Vorgaben halten, die stehen in der Werkstättenmitwirkungsverordnung, der „Bibel des Werkstattrats". Dort gibt es unter anderem 11 Mitwirkungsrechte und es ist meine Pflicht, diese umzusetzen. Was oft schwierig ist, ist der richtig terminierte Austausch mit der Leitung. Die Leitung sollte rechtzeitig, umfassend und angemessen informieren. Sollte dies nicht funktionieren gibt es noch die Vermittlungstelle.

Einmal im Monat finden Sitzungen des Werkstattrats und Sitzungen des Werkstattrats mit der Werkstattleitung statt. Seit einer Fortbildung des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen nimmt auch der Personalrat teil. Das war nicht immer so. Es dauerte auch eine Weile, bis der Werkstattrat schließlich ein Büro, einen Computer mit Internet- und Intranetzugang, sowie ein Email-Konto zur Verfügung gestellt bekam. Außer den Sitzungen führe ich Sprechstunden an den Standorten Biberach und Bad Schussenried sowie den Außenstellen Rebuy und Reichlestraße durch. Die Sprechstunde in der Weissenau übernimmt ein Kollege des Werkstattrats.

Der Werkstattrat ist auch nach außen hin gut organisiert. 2003 wurde die LAG WR Baden-Württemberg gegründet. Unsere Werkstatt trat aber nicht bei. Stattdessen wurde der Regiotreff der Werkstatträte Bodensee – Oberschwaben gegründet. Teilnehmer waren die Werkstätten IWO Ravensburg, Bruderhausdiankonie RV und Wangen, Sprungbrettwerkstätten Bermatingen und Kisslegg, Stephanuswerk Isny und die GPZs in Überlingen und Friedrichshafen sowie die Weissenauer Werkstätten. Mittlerweile haben sich Werkstätten aus Radolfzell und Sigmaringen angeschlossen. Im Regiotreff trifft man sich vierteljährlich und tauscht sich aus, hauptsächlich über die Kernarbeit. Die Vertrauenspersonen organisierten pro Jahr eine zweitägige Fortbildung, zu der ReferentInnen eingeladen wurden. Die letzten zwei habe ich organisiert und man braucht zur Durchführung eine 6 monatige Vorlaufzeit, bis alles steht.

Da wir aber keine rechtliche oder politische Anbindung hatten, lag der Schluss nun nahe, 2010 doch der LAG-WR-BW bei zutreten. Ich hoffe, dass wird zur Erfolgsgeschichte, so werden wir eine starke Regionale Arbeitsgemeinschaft. In der kurzen Zeit seit dem Eintritt bin auch ich aufgestiegen und trage nun den Titel: Stellvertretender Vorsitzender der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Bodensee – Oberschwaben der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte in Baden-Württemberg. Die Dachorganisation der Werkstatträte in Deutschland ist die bvwr, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte.

Relativ neu ist die Einbindung des Werkstattrats in die GPV Trägergemeinschaft und die Psychiatrieplanung des Landratsamts Ravensburg. Dadurch ist gewährleistet, dass die größte Einrichtung für Menschen mit seelischer Behinderung durch Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung vertreten ist und die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie im Interessen der Betroffenen besser gewährleistet werden kann.

Klaus Weishaar

Der Bedarf an neutraler Information wächst. Je mehr die Klienten Erfahrungen mit einzelnen Angeboten des Hilfesystems machen – natürlich auch negative -, desto stärker wächst der Wunsch, eine unabhängige Informations- und Beschwerdestelle als ein Baustein zur Nutzerbeteiligung in der Region vorzufinden. Beschwerden werden zum Teil immer noch als lästige Begleiterscheinungen missverstanden, in Wirklichkeit sind sie eine wichtige Rückmeldung an die Einrichtungen und ihre Angebote. Kritik an der Behandlung in der Klinik oder der Institutsambulanz bzw. dem Ignorieren des Selbstbestimmungsrechts in der Wohneinrichtung werden häufig mit hoher emotionaler Beteiligung von Mund zu Mund abgehandelt, offizielle schriftliche Beschwerden hingegen meist nur über das Essen geäußert. Der GPV im Landkreis Ravensburg hat im Jahr 2010 eine Beschwerdestelle eingerichtet, bei der sich die Nutzer über die Qualität der Unterstützungsleistungen äußern und sich sicher sein können, dass die Beschwerden trialogisch diskutiert und von den Einrichtungen ernsthaft behandelt werden. Die Inanspruchnahme ist gemessen an der informell geäußerten Unzufriedenheit mit Behandlungs- und Unterstützungsleistungen eher gering - 2012 wurden fünf Beschwerden behandelt. Der wesentliche Anteil der Beschwerden, die bei dem Patientenfürsprecher eingehen, wurden von diesem selbst bearbeitet. Wenn die Fragestellungen mehrere Einrichtungen oder Dienste betrafen oder einen deutlich juristischen Hintergrund hatten, wurde in einigen Fällen die Unabhängige Beschwerdestelle in Anspruch genommen. Dabei wurde die Aufarbeitung der Beschwerden meist von den Mitgliedern der Beschwerdestelle aus dem Kreis der Psychiatriebetroffenen oder der Angehörigen vorgenommen, die professionellen Mitglieder hatten beratende Funktion. Nach dreijähriger Erfahrung zeigt sich, dass die Teilnahme von juristisch kompetenten Mitgliedern unabdingbar ist. Gewünscht wird von den Mitgliedern die Teilnahme eines Vertreters des Klinikbereiches des ZfP, da die eingebrachten Beschwerden häufig die medizinische Behandlung oder freiheitsentziehende Maßnahmen betreffen.

Versorgung im Alter

Ein Problem, das die Behindertenhilfe und andere GPV-Regionen zunehmend beschäftigt, ist im Landkreis Ravensburg weitgehend gelöst: die Versorgung betagter psychisch kranker Menschen. Die größte Gruppe unter den alten Menschen mit psychischer Erkrankung sind die Menschen mit einer Demenzerkrankung. Im Gegensatz zu den anderen Diagnosegruppen im GPV, treten Demenzen erst im Alter auf. Die Klienten haben daher in der Regel eine „Normalbiografie“ hinter sich und meist Angehörige, die sich verpflichtet fühlen. Daher erhalten sie Hilfen im GPV v.a. in der Klinik oder von der gerontopsychiatrischen PIA. Schaubild 1 zeigt, das 2012 deutlich mehr als doppelt so viele Personen mit Demenz Hilfen in der Klinik erhielten wie im GPV; 2011 waren es noch etwas weniger als doppelt so viele. Ein kleiner Teil dementer Personen erhält Leistungen der häuslichen Pflege durch den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst (N=5). Wenn Angehörige die Pflege und Betreuung nicht zu Hause leisten können, erfolgt in der Regel die Aufnahme in einem Altenpflegeheim. Daher wird der größte Teil der Gruppe der demenzkranken Menschen[9] zwischenzeitlich kompetent in den Altenpflegeheimen versorgt. Durch verschiedene Qualitätsoffensiven und Schulungsmaßnahmen ist es gelungen, die Mitarbeiter mit der Andersartigkeit dieser Bewohnergruppe vertraut zu machen. Die Aufnahme in einem psychiatrischen Fachpflegeheim, bzw. in seltenen Fällen als Alternative die Aufnahme in eine Gastfamilie, ist nach der GPV-Vereinbarung nur dann erforderlich, wenn extreme Verhaltensstörungen vorliegen, die im Rahmen eines Altenpflegeheims nicht tragbar sind (s. Kapitel Fachpflegeheime).

[9] Die einzige Gruppe psychisch kranker Menschen, bei der die Zunahme der Anzahl gesichert ist

Angebote und Herausforderungen der Eingliederungshilfe

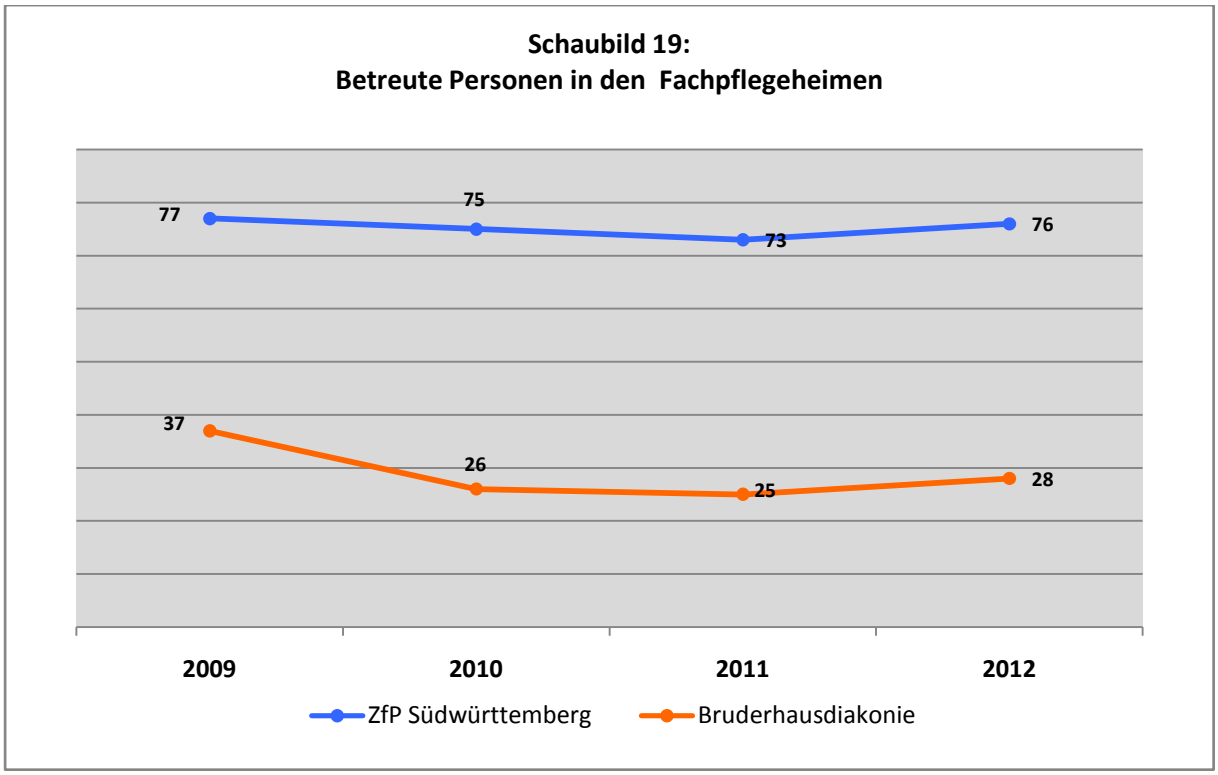
Aber auch Menschen mit seelischer Behinderung, die oft viele Jahre und Jahrzehnte Leistungen des psychiatrischen Systems erhielten, werden alt und benötigen andere Angebote als im Erwerbsalter und zunehmend auch Leistungen der Grundpflege. Ein beträchtlicher Teil dieser Klientengruppe erhält Hilfen in den Angeboten des ambulant und stationär betreuten Wohnens, insbesondere aber auch im Betreuten Wohnen in Familien. Tagesstrukturierende Hilfen erhalten die älteren Klienten im stationär betreuten Wohnen im Leistungstyp I.4.6 (s. S?) Im BWF ist die Tagesstrukturierung Teil der Integration in die Gastfamilie. Schwierig wird es im Hinblick auf Tagesstrukturierung im ABW. Von den Klienten, die Leistungen im ABW erhalten, können Hilfen nach dem Ltyp I.4.6 nicht in Anspruch genommen werden. Unterstützung bei der Tagesstrukturierung können Klienten im ABW v.a. von Bürgerhelfern erhalten. Da mit reiner ehrenamtlichen Tätigkeit keine Bürgerhelfer für chronisch psychisch kranke Menschen zur Verfügung stehen, müssen finanzielle Anreize geschaffen werden, wie dies in dem Bürgerhelfer-Projekt des ZfP in Wangen modellhaft erprobt (s. Jahresbericht 2010) und von den Trägern des betreuten Wohnens im Landkreis Ravensburg praktiziert wird.

Die Grundpflege kann in Pflegestufe 1 und zum Teil auch in Pflegestufe 2 im stationär betreuten Wohnen durch die dort tätigen Pflegefachkräfte erfolgen, im BWF durch die Gastfamilie, die das Pflegegeld nach § 37 SGB XI erhält und im ABW durch einen ambulanten Pflegedienst, der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB abrechnen kann. Nach der Bado-Auswertung sind im SBW und im ABW des ZfP ungefähr 20% der Klienten in eine Pflegestufe eingestuft. Erst bei höherer Pflegebedürftigkeit wird die Aufnahme im Fachpflegeheim erforderlich.

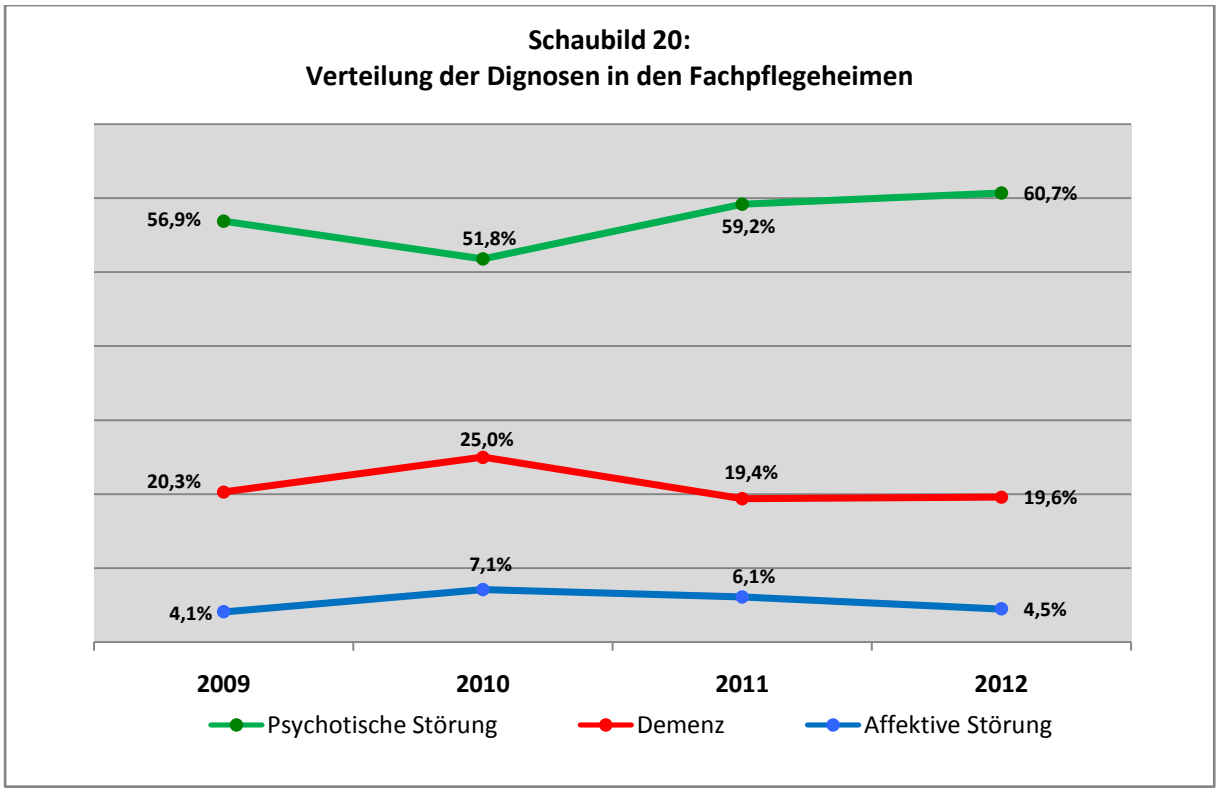
Fachpflegeheime

Der größere Teil der Bewohner in den Fachpflegeheimen besteht aus alt, immobil und pflegebedürftig gewordenen chronisch psychisch kranken Menschen, die seit Jahren oder Jahrzehnten in den Einrichtungen und Diensten des GPV betreut werden. Demenzkranke Menschen werden in den Fachpflegeheimen des GPV nur aufgenommen, wenn Verhaltensstörungen wie massive Getriebenheit und Unruhe oder aggressives Verhalten gegenüber Personen oder Sachen im Altenpflegeheim nicht gehandhabt werden können. Durch die geringe personelle Besetzung der Altenpflegeheime und die Konzentration auf Pflegeverrichtungen kann der Schutz der Bewohner oft nicht sichergestellt werden. Den Fachpflegeheimen, die neben den Pflegeversicherungsleistungen einen zusätzlichen Entgeltbestandteil für psychosoziale Maßnahmen erhalten, gelingt es in der Regel, die Bewohner trotz ihrer Verhaltensauffälligkeiten in die Wohngruppe zu integrieren. Die Vermittlung wird häufig durch die gerontopsychiatrische Abteilung des ZfP und deren Psychiatrische Institutsambulanz übernommen.

Die im Jahresbericht 2011 beklagten Engpässe bei der Aufnahme stellten 2012 kein Problem mehr dar. Wie Schaubild 19 zeigt, stiegen die Fallzahlen in beiden Fachpflegeheimen im Jahr 2012 wieder an.



Ein Blick auf die Verteilung der Diagnosen zeigt, dass der Anteil der Demenzkranken in den Fachpflegeheimen nach einem Anstieg im Jahr 2010 sich auf 20% eingependelt hat.

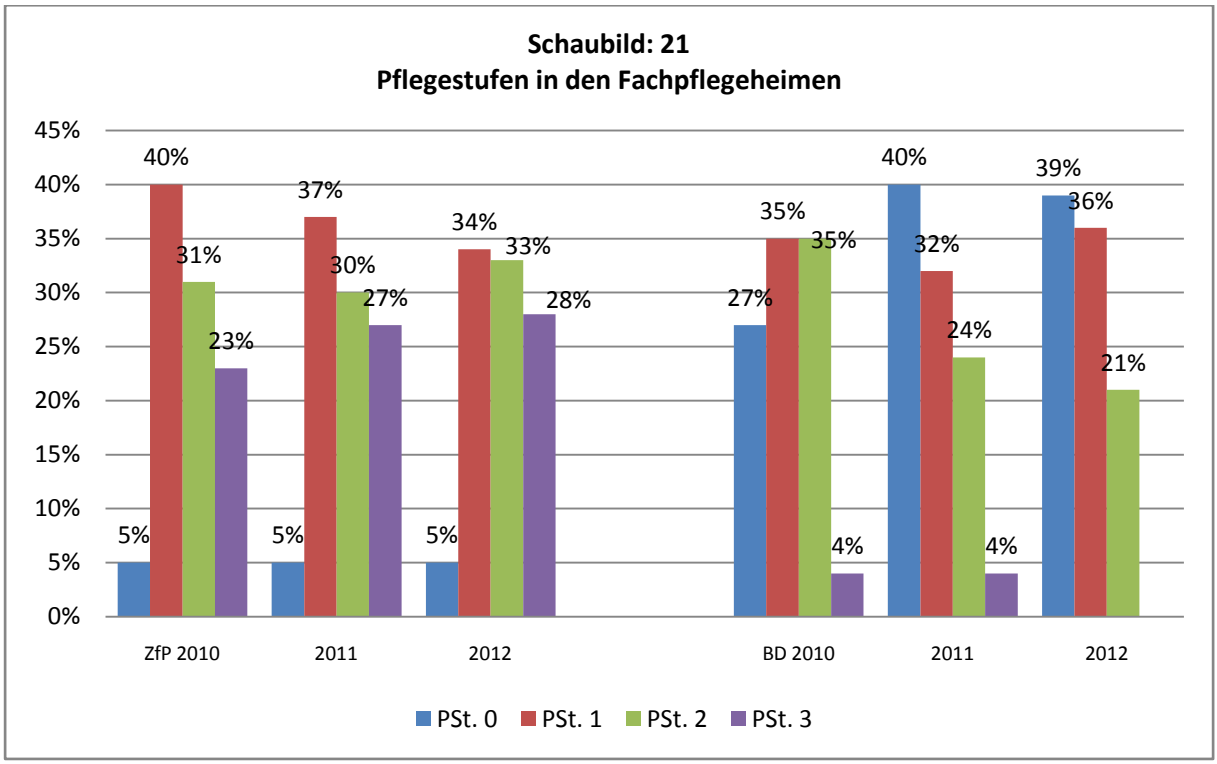


Die Reduzierung des Anteils der Demenzkranken und die gleichzeitige Erhöhung des Anteils der schizophrenen Klienten kann ein Hinweis darauf sein, dass die Kernklientel des GPV aufgrund von Alter und Pflegebedürftigkeit die Fachpflegeheime benötigt. Dies würde dem Anspruch des GPV entsprechen, chronisch psychisch kranken Menschen in allen Lebensphasen ein adäquates Angebot zu ma-

chen. Der seit 2010 um 9% gestiegene Anteil der Menschen mit Schizophrenie könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass Klienten unter 65 Jahren in die Fachpflegeheime nicht deswegen aufgenommen werden, weil sie einen Pflegebedarf haben, sondern einen erhöhten Bedarf an Hilfen zur Teilhabe haben. Dann wären sie in einem Fach**pflege**heim fehlplatziert.

Der Vergleich zwischen den Fachpflegeheimen der BruderhausDiakonie und des ZfP zeigt, dass 2012 der größte Teil der Klienten mit einer Demenz im Fachpflegeheim des ZfP betreut wurden (21% vs. 4%). Demgegenüber wurden im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie wesentlich mehr Klienten mit einer schizophrenen Psychose betreut (75% vs. 59%). An diesen Unterschieden bestätigt sich der unterschiedlich Status der Fachpflegeheime von ZfP und BruderhausDiakonie. Während die BruderhausDiakonie ein binnendifferenziertes Pflegeheim der Eingliederungshilfe betreibt, das Klienten aufnehmen soll, die bereits in Angeboten der Eingliederungshilfe betreut werden, ist das Fachpflegeheim des ZfP eine Pflegeeinrichtung nach SGB XI mit einem Zusatzbetrag für tagesstrukturierende Leistungen, in dem auch psychisch kranke Menschen aufgenommen werden sollen, die im Alter psychisch erkranken. 18 Klienten des ZfP-Fachpflegeheims kommen aus dem Bodenseekreis. Es ist zu vermuten, dass hier zum Teil die Versorgung der dementen Klienten mit herausforderndem Verhalten übernommen wird.

Ein Blick auf die Pflegestufen zeigt, dass die These einer teilweisen Fehlplatzierung nicht von der Hand gewiesen werden kann (Schaubild 21).



Während der Anteil der Klienten in Pflegestufe 3 im Fachpflegeheim des ZfP kontinuierlich steigt, kommt er im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie 2012 nicht mehr vor. Demgegenüber liegt der Anteil der Klienten ohne Pflegestufe im ZfP bei 5%, während er bei der BruderhausDiakonie nahezu 40% ausmacht und gegenüber 2010 deutlich gestiegen ist. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich dieser Teil der Klienten im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie nicht wegen der Pflegebedürftigkeit, sondern, wegen der hohen Betreuungsintensität - insbesondere während der Nachtzeiten – dort befindet.

WAS IST EIGENTLICH …?

Damaris/pixelio.de

Zusammenfassung des Glossars des GpV* Jahresberichts 2011

In dem Glossar geht es um „eine kurze Einführung in den GPV – Fachjargon!“ Hier könnt Ihr nachlesen, welche Hilfsangebote und Unterstützungen für Euch vielleicht in Frage kommen.

…ABW – Ambulant Betreutes Wohnen ?

Das ABW ist eine pauschal finanzierte Betreuungsform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Die fachliche Betreuung entsprechend dem persönlichen Hilfebedarf erfolgt durch qualifiziertes Personal eines Fachdienstes. Abhängig vom persönlichen Hilfebedarf bekommt man im ABW viel oder wenig Unterstützung. Man wohnt in seiner eigenen Wohnung und die Betreuer kommen nur regelmäßig „zu Besuch“. Pro Klient stehen im Durchschnitt 4 Betreuungsstunden zur Verfügung. Die Betreuungspauschale beträgt gegenwärtig ca. 600 € pro Monat.

…Ambulante Ergotherapie ?

Leistungen zur Ergotherapie werden ärztlich verordnet und von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert. Sie dient zur Unterstützung der Tagesstrukturierung und zur Förderung der Fähigkeit, eine regelmäßige Beschäftigung aufzunehmen.

…PPA – Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst ?

Der PPA ist spezialisiert auf Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Finanzierung erfolgt entweder durch die gesetzlichen Krankenkassen und/oder durch die Pflegeversicherung.

…Arbeitsgelegenheit nach SGB II ?

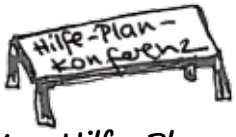
Das Ziel ist „die (Wieder-) Heranführung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an den allgemeinen Arbeitsmarkt“. Entsprechende Maßnahmen werden im Bodenseekreis in den Gemeindepsychiatrischen Zentren angeboten und vom Jobcenter finanziert.

…BWF – Betreutes Wohnen in Familien ?

Gastfamilien, die über geeigneten Wohnraum verfügen und die Zeit und Erfahrung mit Menschen mit seelischer Behinderung haben, bieten Plätze für diese Menschen an und kümmern sich auch um sie. Die Arkade e.V. hat einen speziellen Fachdienst eingerichtet, der Gastfamilien und Klienten professionell betreut.

…Fachpflegeheim / Pflegeheim ?

Im Wilhelm-Maybach-Stift und im Vianney-Hospital wird Wohnbetreuung für Menschen mit seelischer Behinderung angeboten, die zusätzlich pflegebedürftig sind. Das betrifft Personen, die an einer Demenz leiden und wegen besonderer Verhaltensauffälligkeiten nicht in Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden können.



...HPK – Hilfe-Plan-Konferenz?

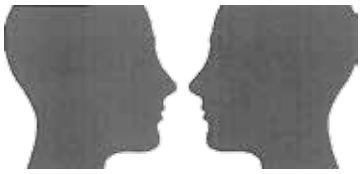
In der HPK werden fallbezogen auf der Grundlage des individuellen Hilfebedarfs fachliche Empfehlungen für geeignete Versorgungs-, Betreuungs- und Hilfeangebote diskutiert und eine Empfehlung ausgesprochen.

... IFD – Integrations-Fach-Dienst ?

Der IFD unterstützt und berät sowohl arbeitssuchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber.

...Persönliches Budget ?

Das ist eine alternative Finanzierungsform für komplexe Betreuungsleistungen. Das heißt, die berechtigte Person erhält ein in der Höhe vom individuellen Hilfebedarf abhängiges monatliches Budget.



... PIA – Psychiatrische Institutsambulanz ?

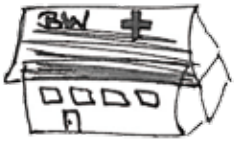
PIA ist ein Angebot der ambulanten fachärztlichen Versorgung für Menschen mit genau definierten chronischen psychischen Erkrankungen. Die Ärzte/innen sind am ZfP Südwürttemberg angestellt und arbeiten wie niedergelassene Fachärzte.

...SpDi – Sozialpsychiatrischer Dienst ?

Die Leistungen des SpDi werden fallunabhängig aus Mitteln des Landes und der Landkreise finanziert und sind für die Leistungsempfänger kostenlos.

...Soziotherapie ?

Das ist eine ambulante, von der gesetzlichen Krankenkasse finanzierte Leistung für Menschen mit einer besonders schweren psychischen Erkrankung. Sie muss von einem Arzt verschrieben werden.



...StBW – Stationär Betreutes Wohnen ?

Im Unterschied zum ABW ist der Klient im StBW nicht Bewohner der eigenen Wohnung, sondern Bewohner eines Heimes. Der Klient erhält einen Barbetrag zur Deckung der persönlichen Bedürfnisse.

...WfbM – Werkstatt für behinderte Menschen ?

Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen, die NICHT, NOCH NICHT oder NOCH NICHT WIEDER auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig werden können, haben ein Recht auf einen Platz in einer WfbM. Es gibt auch Plätze im Berufsbildungsbereich zur beruflich-sozialen Rehabilitation. In der Regel wird diese durch die Agentur für Arbeit oder durch die Deutsche Rentenversicherung finanziert.

...Zuverdienst ?

Diese Arbeitsplätze sind ein niederschwelliges Arbeits- und Beschäftigungsangebot für psychisch Kranke oder seelisch behinderte Menschen, die einen WfbM-Arbeitsplatz noch nicht erfüllen können. Der Zuverdienst ermöglicht eine Tagesstrukturierung und dient auch zur Belastungserprobung.

carina s.

*GpV: Gemeindepsychiatrischer Verbund Bodenseekreis!

Zitiert aus dem GpV Jahresbericht 2011

KONTAKDATEN GPV LANDKREIS RAVENSBURG

LANDKREIS RAVENSBURG

Landratsamt Ravensburg
88212 Ravensburg
Gartenstraße 107

Sozialdezernentin
Diana Raedler
(0751) 85-3000

Stabstelle Sozialplanung
Martina Heidinger
(0751) 85-3117

Sachgebietsleiter Eingliederungshilfe
Thomas Gössling
(0751) 85-3340

Sachgebiet Eingliederungshilfe Persönliches Budget
Andrea Staiger
(0751) 85 3348

Sachgebiet Eingliederungshilfe Fallmanagement
Elvira Rau
(0751) 85-3339

Projekt KIP ("Kinder psychisch kranker Eltern")
Beate Braiger Gartenstraße 107
88212 Ravensburg
(0751) 85-3116

HILFEPLANKONFERENZ

Koordinator Hilfeplankonferenz
Manfred Baum
BruderhausDiakonie
88213 Ravensburg
Riesen 1
(0751) 366609-34 oder 7904-52

EINRICHTUNGSTRÄGER

Sprecher der Trägergemeinschaft GPV
Dr. Michael Konrad
ZfP Südwürttemberg
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 7601-2573

Klinik für Psychiatrie u.Psychotherapie
Prof. Dr. Tilmann Steinert
ZfP Südwürttemberg
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2738

Psych. Institutsambulanz
Dr. Helmtraud Kantor
ZfP Südwürttemberg
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-3200

Arkade e.V.
Hubert Kirchner
88212 Ravensburg
Karlstraße 13
(0751) 36655-11

Anode gGmbH
Dr. Michael Konrad
Eisenbahnstraße 43
88212 Ravensburg
(0751) 7601-2573

BruderhausDiakonie
Stiftung Gustav-Werner und Haus am Berg ; Sozialpsychiatrische Hilfen
Andreas Weiß
Riesen 1
88213 Ravensburg
(0751) 7904-21

Evangelische Heimstiftung
Stephanuswerk Isny
Rolf Jehle
88316 Isny/ Allgäu
Maierhöfener Straße 56
(07562) 7410-00

Sprungbrett Werkstätten gGmbH
Horst Stelzel
88353 Kißlegg
Immenrieder Straße 4
(0751) 7601-2710

Bereich Arbeit und Rehabilitation
Horst Stelzel
ZfP Südwürttemberg
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2710

Bereich Wohnen Ravensburg-Bodensee
Dr. Michael Konrad
ZfP Südwürttemberg
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2573

KREISTEIL WANGEN

KLINIK

ZfP Südwürttemberg
Abteilung Allgemeinpsychiatrie
Sektor Wangen
Dr. Ulla Göser
88239 Wangen
Simoniusstraße 9
(07522) 96992921

ZfP Südwürttemberg
Regionalambulanz Wangen
Hans Knoblauch
88239 Wangen
Am Engelberg 29
(0751) 7601-2923

BERATUNG, GRUNDVERSORGUNG

Sozialpsychiatrischer Dienst
Monika Boneberg
88239 Wangen
Simoniusstraße 9
(07522) 1422

Ambulante Soziotherapie
Monika Boneberg
88239 Wangen
Simoniusstraße 9
(07522) 1422

Ambulante Ergotherapie
Dr. Markus Hoffmann
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2843

Integrationsfachdienst
Sonja Walk
88212 Ravensburg
Schubertstraße 1
(07522) 9855-17

WOHNEN

Ambulant betreutes Wohnen Arkade
Monika Boneberg
88239 Wangen
Simoniusstraße 9
(07522) 1422

Ambulant u. stationär betreutes Wohnen BruderhausDiakonie
Rüdiger Schneider
88239 Wangen
Bahnhofstraße 15
(07522) 797375

Ambulant u. stationär betreutes Wohnen ZfP Südwürttemberg
Nicole Peters
88239 Wangen
Am Saumarkt 1
(07522) 797473

Betreutes Wohnen in Familien Arkade
Richard Gerster
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 30/ 1
(0751) 36655-80

TAGESSTRUKTURIERENDE HILFEN

Tagesstätte Wangen
88239 Wangen
Simoniusstraße 9
(07522) 771764

BESCHÜTZTE WERKSTÄTTEN

WfbM Evangelische Heimstiftung Isny/ Stephanuswerk
Ronald Mulder
Stephanuswerk Isny
88316 Isny/ Allgäu
Maierhöfener Str. 56
(07562) 741500

Außenstelle Leutkirch
Nadlerstraße 21
88299 Leutkirch
(07561) 9151249

WfbM BruderhausDiakonie
Angela Fischer
Werkstatt Wangen
88239 Wangen
Simoniusstraße 9 - 11
(07522) 363624-24

Sprungbrett Werkstatt
Michael Bertsch
88353 Kißlegg
Immenrieder Straße 4
(07563) 9106-13

KREISTEIL RAVENSBURG

KLINIK

ZfP Südwürttemberg
Abteilung Allgemeinpsychiatrie
Sektor Ravensburg
Prof. Dr. Tilmann Steinert
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2378

ZfP Südwürttemberg
Regionalambulanz Ravensburg
Dr. Monika Greiner-Guggenberger
Gartenstraße 3
88212 Ravensburg
(0751) 3665535

REHABILITATION

RPK Baienfurt
Bruno Willibald
88255 Baienfurt
Uhlandstraße 42
(0751) 48050

BERATUNG, GRUNDVERSORGUNG

Sozialpsychiatrischer Dienst
Andreas Ulrich
88212 Ravensburg
Karlstraße 13
(0751) 36655-20

Ambulante Soziotherapie
Andreas Ullrich
88212 Ravensburg
Karlstraße 13
(0751) 36655-20

Ambulante Ergotherapie
Dr. Markus Hoffmann
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2843

Psych. Pflegedienst Ambulant (PPA)
Ravensburg
Margit Cornils
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 7601-2172

Integrationsfachdienst
Albrecht Rapp
88212 Ravensburg
Schubertstraße 1
(0751) 366300

WOHNEN

Betreutes Wohnen Anode gGmbH
Ingeborg Rieck-Amann
Eisenbahnstraße 43
88212 Ravensburg
(0751) 362573-21

Stationär betreutes Wohnen
Anode gGmbH
Veronika Balsliemke
Eisenbahnstraße 43
88212 Ravensburg
(0751) 362573-10

Ambulant Betreutes Wohnen Arkade
Markus Schaumann
88214 Ravensburg
Gottlieb-Daimler-Straße 11
(0751) 76902-0

Wohnheim Arkade
Jürgen Harnau
88212 Ravensburg
Zeppelinstraße 7
(0751) 2940

Wohnheim Baienfurt Arkade
Bruno Willibald
88255 Baienfurt
Uhlandstraße 42
(0751) 48050

Betreutes Wohnen in Familien Arkade
Richard Gerster
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 30/ 1
(0751) 36655-80

Ambulant u. stationär betreutes
Wohnen Riesenhof
BruderhausDiakonie
Ariane Rutka
88213 Ravensburg
Riesen 1
(0751) 790423

Ambulant u. stationär betreutes
Wohnen Ravensburg
BruderhausDiakonie
Walter Pfau
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 36660930

Fachpflegeheim BruderhausDiakonie
Ingrid Remmler
88213 Ravensburg
Riesen 1
(0751) 36637-10

Ambulant u. stationär betreutes
Wohnen WG 2207
ZfP Südwürttemberg
N.N.
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 7601-2414

Ambulant u. stationär betreutes
Wohnen WG 2201
ZfP Südwürttemberg
Sibylle Gronmaier
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 7601-2852

Therapeutische Wohngruppe
ZfP Südwürttemberg
Janine Schmale
Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg
(0751) 7601-2880

Fachpflegeheim ZfP Südwürttemberg
Annette Schmegner
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2620

TAGESSTRUKTURIERENDE HILFEN

Tagesstätte Ravensburg
88212 Ravensburg
Reichlestraße 2 - 4
(0751) 35450814

BESCHÜTZTE WERKSTÄTTEN

ZfP Südwürttemberg
Weissenauer Werkstätten
Stephanie von der Assen
Susanne Widmann
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2
(0751) 7601-2533 (Fr. von der Assen)
(0751) 7601-2013 (Fr. Widmann)

WfbM BruderhausDiakonie
Werkstätten Ravensburg
Angela Fischer
88213 Ravensburg
Riesen 1
(0751) 36362424

Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen

Wie gehe ich damit um, wenn jemand Stimmen hört? Was muss ich tun bei Selbstverletzungen? Woher weiß ich, ob jemand krank oder einfach nur unmotiviert ist? Dieses Buch liefert die Antworten.

Wer mit psychisch kranken Menschen arbeitet, wird häufig mit Verhaltensweisen oder Symptomen konfrontiert, die fremd wirken und nur schwer zu verstehen sind. Das kann verunsichern und überfordern. Die Autoren vermitteln Hintergrundwissen, das uns die Logik psychischer Krankheiten verstehen lässt. Sie erklären, wie psychische Störungen entstehen und welche Bedingungen ihre Genesung beeinflussen. Wir erhalten das Handwerkszeug, das für den Umgang im Alltag hilfreich ist und erfahren, welche Selbsthilfestrategien wirksam sind.

Diese Krankheitsbilder werden u. a. behandelt:
- Psychosen
- Depressionen
- Bipolare Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angst- und Zwangserkrankungen

Umfangreiches Download-Material hilft beim Lernen und unterstützt bei der praktischen Arbeit.

Preis: 29,95 €
Seiten: 272

Impressum

Herausgeber:	Trägergemeinschaft GPV Landkreis Ravensburg Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg
V.i.S.d.P.:	Dr. Michael Konrad
Bearbeitung:	Martina Münst
Druck:	Gemeindepsychiatrisches Zentrum Überlingen, Obere Bahnhofstr. 18, 88662 Überlingen
Auflage:	500 Stück
Fotos:	Ernst Fesseler