Gemeindepsychiatrischer Verbund Landkreis Ravensburg

2013

10 JAHRE
Gemeindepsychiatrischer Verbund
im Landkreis Ravensburg

Inhaltsverzeichnis

Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Landkreis Ravensburg ... 2

Kooperationsvereinbarung für den Gemeindepsychiatrischen Verbund im Landkreis Ravensburg ... 3
Behandlungs- und Unterstützungsangebote ... 7

Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung 2013 ... 11

Angebote der psychiatrischen Behandlung ... 14

- Vollstationäre und ambulante Behandlung ... 15
- Tagesklinische Behandlung ... 15
- Krisenintervention für Klienten der komplementären Angebote ... 17
- Klinische Behandlung von Klienten der komplementären Versorgung . 20

Leistungsgeschehen im komplementären Bereich des GPV ... 23

Sozialpsychiatrische Grundversorgung – Der Sozialpsychiatrische Dienst ... 24

Berufliche Rehabilitation ... 27
- Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke ... 28
- Übergänge auf den ersten Arbeitsmarkt ... 30

Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV ... 34
Leistungen der Eingliederungshilfe ... 36
Betreutes Wohnen ... 37

Klienten mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten ... 43
- Weiterentwicklung der Wohnversorgung ... 44

Arbeit und tagesstrukturierende Maßnahmen ... 47
- Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ... 47
- Angebote tagesgestaltender Hilfen ... 49
- Pauschal finanzierte Tagesstätte ... 50
- Zuverdienst-Angebote ... 51
- Tagesstrukturierende Maßnahmen ... 51

Spezielle Versorgung: Suchterkrankung ... 52
Ambulant und stationär betreutes Wohnen für Suchtkranke ... 52
Versorgung psychisch kranker Kinder- und Jugendlicher ... 54

Versorgung im Alter ... 56
- Angebote und Herausforderungen der Eingliederungshilfe ... 56
- Fachpflegeheime ... 57

Beteiligungskultur und Beschwerdemanagement ... 59
Kontaktadressen im Landkreis Ravensburg ... 60

Editorial

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht der Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg. Er ist wie immer auf Grundlage der Basisdokumentation im GPV entstanden, die alle komplementären Einrichtungen und Dienste des GPV erstellen. Gleichzeitig ist der vorliegende Bericht ein besonderer: er dokumentiert das Resultat des 10-jährigen Bestehens des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg. Aus diesem Grund ist er nicht nur dicker, sondern auch materialreicher als die bisherigen Berichte.
Der Jahresbericht 2013 will keine Jubiläumsbroschüre mit schönen Bildern auf Hochglanz sein. Entsprechend der GPV-Vereinbarung ist die Intention des Jahresberichts, einen Überblick über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen und Diensten zu geben, um auf dieser Grundlage die Angebote weiter zu entwickeln. Der Bericht dient aber auch dazu, die Möglichkeiten eines vernetzten gemeindepsychiatrischen Hilfesystems nachzuvollziehen.
Das Niveau der gemeindepsychiatrischen Versorgung war schon vor zehn Jahren hoch. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit von Einrichtungsträgern und Landkreis mit dem den Anspruch aller psychisch kranker Menschen mit komplexem Hilfebedarf auf qualitativ hochwertige, gemeindeintegrierte Versorgung umzusetzen.

Zusammengefasst das Wichtigste:

- der Ausbau der ambulanten Wohnbetreuung ermöglicht es einem Großteil der chronisch psychisch kranken Menschen, selbstbestimmt in eigenen Wohnungen zu leben
- die Übergänge von der Heimversorgung in eine eigene Wohnung mit mobiler Unterstützung ist wesentlich leichter geworden
- ein beträchtlicher Teil der Klienten kann ohne Klinikaufenthalt in der Gemeinde leben
- der Zugang zur psychiatrischen Behandlung durch FachärztInnen ist deutlich erleichtert
- die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) bieten attraktive Arbeitsplätze, die von den Betroffenen als adäquate Beschäftigungsform erlebt werden

Es bleiben aber nach wie vor Problemfelder:

- Trotz annähernder Vollbeschäftigung bleibt ein erheblicher Teil chronisch psychisch kranker Menschen aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen (S.30-33)
- KlientInnen mit schizophrenen Erkrankungen verbleiben häufig in institutionellen Unterstützungsformen. (S. 40) Der Anspruch der UN-BRK auf volle Teilhabe wird bei dieser Gruppe am wenigsten eingelöst. Ein beträchtlicher Teil der Gruppe bleibt sogar aus der WfbM ausgeschlossen (S. 47-49)
- Für die größer werdende Gruppe der jungen Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen gibt es bisher keine befriedigenden Rehabilitationskonzepte

Die Einrichtungsträger im Gemeindepsychiatrischen Verbund werden gemeinsam mit den Landkreisen und hoffentlich zunehmend mit Krankenkassen und Rehabilitationsträgern in den nächsten 10 Jahren bemüht sein, die Qualität der Versorgung im Sinne der Klientinnen und Klienten zu verbessern.

Dr. Michael Konrad
Sprecher der Trägergemeinschaft des GPV im Landkreis Ravensburg

Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Landkreis Ravensburg

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) im Landkreis Ravensburg wurde im Anschluss an das Modellprojekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung im Jahre 2004 gegründet. Das Modellprojekt war vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit der Aktion Psychisch Kranke initiiert worden und umfasste die vier Modellregionen Stuttgart, Landkreis Reutlingen, Landkreis Lörrach und die Region Bodenseekreis/Landkreis Ravensburg. Nachdem von 2001 bis 2004 gemeinsam mit dem Bodenseekreis im Rahmen des Modellprojekts eine gemeinsame Hilfeplankonferenz der beiden Landkreise eingeführt worden war, etablierten sich die GPV getrennt in den beiden Landkreisen. Die wichtigsten Prinzipen des GPV – die gemeinsame Versorgungsverpflichtung aller Einrichtungsträger und die gemeinsame Weiterentwicklung der differenzierten Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in der Gemeinde – wurde in beiden Landkreis schriftlich vereinbart.

Das Konstrukt des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg besteht aus 3 Gremien: der Arbeitsgemeinschaft GPV, der Trägergemeinschaft GPV und der Hilfeplankonferenz. Um eine Verbindlichkeit herzustellen, schlossen die Einrichtungsträger der psychiatrischen Versorgung gemeinsam mit dem Landkreis Ravensburg eine Kooperationsvereinbarung, die bis heute unverändert gilt. Mit dem im Jahr 2015 wirksam werdenden Psychisch Krankenhilfe Gesetz werden die GPV rechtlich verankert. Obwohl einige Begrifflichkeiten nicht mehr korrekt sind, ist die Kooperationsvereinbarung widergegeben.

Der Sprecher der Gemeindepsychiatrischen Verbands Ravensburg Dr. Michael Konrad im Gespräch mit Prof. Dr. Michaela Amering anlässlich des Jubiläums 50 Jahre Riesenhof

Kooperationsvereinbarung für den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) im Landkreis Ravensburg

1. Ziele des GPV

Ziel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist es, den psychisch beeinträchtigten / erkrankten Menschen des Kreises die von ihnen benötigten Hilfen bereitzustellen. Die Einrichtung eines solchen Verbundes ergibt sich aus der Vielfalt der Träger der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, der Vielfalt der Kostenträger für diesen Personenkreis und der Notwendigkeit der Anpassung der jeweiligen Leistung an den häufig wechselnden Versorgungs- und Betreuungsbedarf bei den betroffenen Bürgern.

Die Mitglieder des GPV verpflichten sich, die knappen finanziellen Ressourcen so effizient, effektiv und verantwortungsbewusst als möglich einzusetzen und niemanden wegen Art und Schwere der Störung auszuschließen. Allgemeine konzeptionelle Leitlinie ist der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Aktion Psychisch Kranke.

Die Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes bzw. des Sozialgesetzbuchs XII werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

2. Zielgruppe

2.1. Zielgruppe sind alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Unterstützung zur Führung eines selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebens brauchen und die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Landkreis Ravensburg haben oder in einer Einrichtung im Landkreis Ravensburg leben.

2.2 Eingeschlossen sind psychisch kranke erwachsene Menschen aus dem Landkreis Ravensburg, die außerhalb der Kreisgrenzen versorgt werden, sofern ihre Rückkehr in den Landkreis Ravensburg vorgesehen ist sowie psychisch kranke Menschen, bei denen enge soziale Bezüge im Landkreis Ravensburg bestehen (näheres regelt die Geschäftsordnung der HPK).

2.3 Für chronisch psychisch kranke Menschen aus dem Maßregelvollzug des ZfP Weissenau ist bei der Entlassung die jeweilige Herkunftsregion zuständig. Nach sorgfältiger Abklärung mit dem Betroffenen und den Hilfeangeboten der Herkunftsregion, dass eine Rückkehr in die Herkunftsregion nicht sinnvoll und/oder möglich ist, kann eine Erbringung von Hilfen im Landkreis Ravensburg erfolgen.

2.4 Personen mit einer Suchterkrankung sind eingeschlossen, sofern sie zum Personenkreis der Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA) gehören.

2.5 Patienten der Abteilung Gerontopsychiatrie des ZfP Weissenau sind eingeschlossen, sofern es sich um Personen handelt, die im System der Altenhilfe nicht adäquat versorgt werden können.

2.6 Weitere Personengruppen können nach Bedarf in die Vereinbarung aufgenommen werden.

2.7 Mit Schnittstellen wie z.B. zum Bereich Geistig Behinderte Menschen oder Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine Kooperation in geeigneter Form gepflegt.

3. Grundsätze

Der GPV macht sich zur Aufgabe, für den unter Absatz 2 beschriebenen Personenkreis eine wohnortorientierte Versorgung vorzuhalten und diese weiter zu entwickeln. Die Psychiatrie-Erfahrenen sollen individuell zugeschnittene Hilfen in ihrem Lebensfeld in Anspruch nehmen können und so wenig wie möglich auf einen Wechsel in ein künstlich geschaffenes Milieu zurückgreifen müssen. Die Weiterentwicklung der Versorgung im Landkreis Ravensburg wird als gemeinschaftliche Aufgabe von Landkreis, Leistungsträgern, Trägern psychiatrischer Einrichtungen, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Bürgerhelfer/innen betrachtet.

4. Gremien des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

4.1 Arbeitsgemeinschaft GPV

Die Arbeitsgemeinschaft GPV formuliert die Ziele des GPV in Bezug auf

- die Struktur der Versorgungsangebote,
- die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote,
- Strukturen der Zusammenarbeit.

In der Arbeitsgemeinschaft GPV sind sowohl Angehörige und Betroffene vertreten als auch Träger/Anbieter von Versorgungseinrichtungen und Kostenträger (Landkreis, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger). Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie ist es, die Verbesserung der Versorgung der betroffenen Bürger und die optimale Steuerung der Ressourcen zu initiieren. Grundlage ihrer Empfehlungen sind die Jahresberichte des Trägerverbundes und die Auswertung der gemeinsamen Dokumentation der Einrichtungen. Sie formuliert Aufträge an die Trägergemeinschaft zur Weiterentwicklung des Hilfeangebots und der Steuerung der Ressourcen.

Mitglieder in der Arbeitsgemeinschaft GPV sind:

- der Landkreis vertreten durch SozialdezernentIn und Psychiatrie-KoordinatorIn,
- KoordinatorIn in der HPK,
- Interessensvertretungsgruppe der Psychiatrie-Erfahrenen mit max. 2 von ihnen benannten VertreterInnen,
- Interessensvertretungsgruppe der Angehörigen psychisch Kranker mit max. 2 von ihnen benannten VertreterInnnen,
- Laienhelfer für psychisch Kranke mit 1 Vertreter bzw. Vertreterin,
- der/die Patientenfürsprecher/in,
- niedergelassene Nervenärzt(innen) mit 1 Vertreter/in,
- die Einrichtungsträger der Trägergemeinschaft mit je 1 Vertreter/in,
- Leistungsträger (z.B. Sozialhilfeträger, Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Servicestelle nach SGB IX) mit je 1 Vertreter/in,
- 1 Vertreter/in der Liga der freien Wohlfahrtspflege,
- 1 Vertreter/in des Gesundheitsamts.

Die Arbeitsgemeinschaft GPV tritt an die Stelle des Arbeitskreises Psychiatrie und übernimmt dessen Aufgaben gemäß den Landesrichtlinien des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 12.12.2002. Der

Vorsitz liegt bei der Sozialdezernentin/dem Sozialdezernenten des Landkreises. Die Arbeitsgemeinschaft GPV gibt sich eine Geschäftsordnung, die ihre Verfahrensweise regelt.

4.2 Trägergemeinschaft GPV

Die beteiligten Träger übernehmen gemeinsam die Pflichtversorgung für den in Absatz 2 definierten Personenkreis. In dem Gremium der Träger der psychiatrischen Einrichtungen des Kreises werden

- die Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft GPV umgesetzt, soweit die Ressourcen bzw. die Kostenträger dies ermöglichen;
- mögliche Synergien zwischen den Trägern abgesprochen;
- neue/andere Organisationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung geplant;
- der Landkreis fachlich beraten;
- den Hilfeplankonferenzen Leitlinie und Struktur vorgegeben;
- Jahresberichte erstellt, in denen die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region sowie die Zusammenarbeit mit nicht-professionellen Organisationen dokumentiert wird;
- Trägervorhaben abgestimmt.

Gründungsmitglieder in der Trägergemeinschaft sind:

- Landkreis Ravensburg
- Arkade.e.V.; Sozialpsychiatrischer Dienst, Soziotherapie Tagesstätte, Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK), Ambulant und Stationär Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen in Familien (BWF
- Arkade/Pauline 13 gGmbH (Integrationsfachdienst (IFD)
- BruderhausDiakonie (Ambulant und stationär betreutes Wohnen, Fachpflegeheim, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)
- ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau,(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit voll- und teilstationärem Angebot, Psychiatrische Institutsambulanz, WfbM mit Ambulante Ergotherapie, Geschäftsbereich Wohnen mit Ambulant und Stationär Betreutes Wohnen, Fachpflegeheim, Therapeutische Wohngruppe (TWG), Psychiatrischer Pflegedienst Ambulant
- Sprungbrett Werkstätten gGmbH, WfbM
- Evangelische Heimstiftung, Stephanuswerk Isny, WfbM, ab 2014 ambulant und stationär betreutes Wohnen

Die Zusammensetzung der Trägergemeinschaft wird auf die Dauer von 2 Jahren festgelegt. Dann wird die Arbeitsfähigkeit des Gremiums durch die Leistungserbringer überprüft und die Zusammensetzung des Gremiums ggf. geändert.

Die Trägergemeinschaft gibt sich eine Geschäftsordnung, die ihre Verfahrensweise regelt.

5. Hilfeplankonferenz (HPK)

Die Träger, der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen übernehmen eine gemeinsame Versorgungsverpflichtung in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen und setzen diesen Anspruch in der HPK um. Keine Person des in Absatz 2 definierten Personenkreises soll gezwungen sein, Hilfen außerhalb der Versorgungsregion in Anspruch zu nehmen, vorbehaltlich der Finanzierung der Hilfen. Die Träger der Einrichtungen wirken zusammen, um die Versorgungsverpflichtung einzulösen.

Im Rahmen der HPK wird mit einer einheitlichen Hilfeplanung auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) gearbeitet. Die Hilfeplanung und die Vorstellung in der HPK erfolgen unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften.

Die Einrichtungen und Dienste der Träger, die sich in der Trägergemeinschaft zusammen geschlossen haben, nehmen einen Klienten des definierten Personenkreises nur dann auf, wenn die individuelle Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz erörtert wurde und die Hilfeerbringung bestimmten Diensten und/oder Einrichtungen zugewiesen hat.
Die Verfahrensweise der Hilfeplankonferenz wird in einer Geschäftsordnung geregelt.

6. Koordination der Hilfeplankonferenz

Der/die Koordinator/in der HPK führt die Geschäfte der Hilfeplankonferenz. Er/Sie nimmt ohne Stimmrecht an den Sitzungen des Trägerverbundes teil und stellt damit das Bindeglied zwischen Hilfeplankonferenz und Einrichtungsträger dar.
Die Koordinationsstelle ist zeitlich mit dem Viertel-Deputat einer Vollzeitstelle angesetzt. Sie wird finanziert durch Umlage der beteiligten Leistungserbringer. Der für die Koordinationsstelle in Frage kommende Personenkreis setzt sich aus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der in der Trägergemeinschaft organisierten Dienste und Einrichtungen zusammen. Die Auswahl erfolgt durch die Trägergemeinschaft.

7. Geltung

Die Vereinbarung tritt zum 01.11.2004 in Kraft. Veränderungen der Vereinbarung bedürfen der schriftlichen Zustimmung aller Unterzeichner. Ein Austritt aus der Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende erfolgt.

Unterzeichnet wurde die Vereinbarung von den Gründungsmitgliedern. Im Jahr 2007 kam die Anode gGmbH mit Ambulant und Stationär Betreutem Wohnen für seelisch behinderte Menschen mit Suchterkrankung hinzu.

Behandlungs- und Unterstützungsangebote

Der Schwerpunkt der Behandlungs- und Unterstützungsangebote im Landkreis Ravensburg liegt in Ravensburg/Weingarten/Baienfurt (Kreisteil Ravensburg) und in Wangen (Kreisteil Allgäu).

Stationäre Behandlung: als psychiatrisch-psychotherapeutisches Kompetenzzentrum hält das ZfP Südwürttemberg ein hoch differenziertes therapeutisches Angebot eines Fachkrankenhauses vor. Gleichzeitig wird durch die Abteilung am Kreiskrankenhaus Wangen eine größere Gemeindenähe in der Behandlung angestrebt. Die Angebote der Stationen der Allgemeinen Psychiatrie und Psychotherapie gelten insbesondere für Patienten mit Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und akuten psychischen Belastungen. Spezialisiert werden in Weissenau zwei Stationen der Gerontopsychiatrie für betagte psychisch kranke Menschen, drei Stationen für suchterkrankte Menschen und eine Station für depressiv erkrankte Menschen vorgehalten. Innerhalb der stationären Behandlung werden die Therapieangebote individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten.

Tagesklinische Behandlung: bietet Hilfen für psychisch kranke Menschen, die in eine psychische Krise geraten sind, die nicht über ambulante Angebote zu lösen ist, aber auch keine vollstationäre Behandlung erfordert (was z.B. bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung der Fall wäre). Ein Tagesklinikaufenthalt kann auch als stabilisierende Behandlung nach einem vollstationären Aufenthalt dienen. Die individuelle Therapieplanung entscheidet darüber, welche Behandlungsformen angewendet und welche thematischen Schwerpunkte gesetzt werden.

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA): bietet ambulante Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und behandelt Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Problematik in Praxen der niedergelassenen Ärzte nicht ausreichend versorgt werden können. Die PIA arbeitet nicht nur vernetzt mit der Klinik zusammen, sondern auch mit den regionalen Hilfsangeboten, um deren Angebote in die Therapieüberlegungen einzubeziehen.

Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK): richtet sich an Betroffene, die keiner akuten Krankenhausbehandlung mehr bedürfen, und die für die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben intensive Hilfen benötigen, die v.a. die (Re)integration in das Berufsleben umfassen. Eine besondere Bedeutung hat die RPK für junge Menschen mit Psychose-Erkrankung. Ihnen hilft die Rehabilitation oft, im weiteren Leben mit Hilfe von ambulanten Versorgungsangeboten im Leben zu Recht zu kommen.

Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi): berät chronisch psychisch kranke Menschen und deren Angehörige. Neben Hausbesuchen, Vermittlung von alltagsentlastenden Hilfen, Einzel- Gruppen- und Familiengesprächen, der Betreuung nach stationärer Behandlung wird Hilfe im Umgang mit Ämtern und Behörden und Unterstützung bei der Freizeitgestaltung und darüber hinaus geboten.
Der SpDi ist Leistungserbringer der Soziotherapie nach §37 a SGB V.

Psychiatrischer Pflegedienst Ambulant (PPA) leistet qualifizierte Hilfe nach einem Krar kenhausaufenthalt, in Krisensituationen, als längerfristige Unterstützung bei häusliche Pflege oder zur längerfristigen Unterstützung im Rahmen der Pflegeversicherung. Die Hilfe leistung kann bis zu drei Mal täglich und an jedem Tag in der Woche erfolgen. In dringer den Fällen ist eine Rufbereitschaft rund um die Uhr erreichbar.

Ambulante Ergotherapie: unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die aufgrun von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen selbstverständliche Aktivitäten nicl mehr ausführen oder bewältigen können. Durch aktivierende und rehabilitative Maßnal men, wie z.B. Kreatives Gestalten, Schreibwerkstatt, Atelier, PC- und Bürotraining un mehr, sollen Handlungsfähigkeit in Alltag und Beruf zurückerlangt und ein Weg zu mel Selbständigkeit gefunden werden.

Integrationsfachdienst (IFD): unterstützt Menschen mit Behinderung und Personen m einer psychischen Erkrankung bei der beruflichen Eingliederung und im Arbeitsleben. A beitssuchende behinderte Menschen werden auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittel Er berät, begleitet und unterstützt behinderte Menschen und Arbeitgeber bei auftaucher den Problemen am Arbeitsplatz, bei Fragen der Förderung und Maßnahmen zum Erhalt de Arbeitsplatzes.

Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) Ravensburg und Wangen: hier werden die bestehenden psychiatrischen Hilfeangebote räumlich und organisatorisch vernetzt. In den GPZ arbeiten die Tagesstätte und WfbM, die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), der sozialpsychiatrische Dienst (SpDi), der ambulante psychiatrische Pflegedienst (PPA), der Integrationsfachdienst (IfD), die ambulante Ergotherapie und die Angebote des betreuten Wohnens zusammen.

Persönliches Budget ist ein monatlicher Geldbetrag, den Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung beantragen können, um sich die Unterstützung einzukaufen, die sie benötigen. Damit wird ihnen die Möglichkeit eröffnet, selbstbestimmt zu entscheiden, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen wollen

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW): gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das psychisch kranken Menschen ein Leben im eigenen Wohnraum ermöglicht. Das Ambulant Betreute Wohnen bietet seinen Klienten in Wohngemeinschaften oder betreutem Paar- und Einzelwohnen feste Ansprechpartner, mit denen Hausbesuche, Gespräche und Kontakte außerhalb des Hauses möglich sind. Zudem wird angestrebt, mit dem Klienten soziale Kontakte aufzubauen und zu erhalten.

Betreutes Wohnen in Familien (BWF), ehemals Psychiatrische Familienpflege) vermittelt und betreut psychisch kranke Erwachsene in Gastfamilien. Die Erfahrungen zeigen, dass ein familiäres Umfeld vielen Patienten die Möglichkeit bietet, alltagspraktische und soziale Fähigkeiten wiederzuerlangen. Das Leben in einer Gastfamilie kann kurzfristig oder auf längere Zeit angelegt sein. Die Gastfamilien erhalten für die geleistete Betreuung ein monatliches Entgelt. Außerdem werden sie durch ein Fachteam unterstützt und begleitet.

Stationär Betreutes Wohnen (SBW) früher als Wohnheim bezeichnet unterstützt psychisch kranke Menschen, die eine intensivere Begleitung und Betreuung benötigen und bei denen ambulante Hilfen daher nicht ausreichen. Ziel des Aufenthaltes im Wohnheim ist es, die individuelle Entwicklung des Einzelnen zu fördern und mittel- bis langfristig einen Wechsel in ambulante Wohnformen zu ermöglichen.

Therapeutische Wohngruppe (TWG) ist eine Einrichtung des ZfP Südwürttemberg im Klostergebäude in Weissenau für Personen mit einer seelischen Behinderung aus den Landkreisen Ravensburg und Bodensee. Sie hat 10 Plätze und bietet ein intensives Angebot an Unterstützungsleistungen für Personen, die wegen schwerwiegend herausfordernder Verhaltensweisen trotz abgeschlossener stationärer psychiatrischer Behandlung nicht im Rahmen der gemeindeintegrierten Einrichtungen betreut werden können. Ziel des Aufenthaltes in der TWG ist die Wiedereingliederung in ein reguläres, gemeindeintegriertes Versorgungsangebot innerhalb von längstens zwei Jahren.

Psychiatrische Fachpflegeheime betreuen Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung mit einem hohen pflegerischen und psychosozialen Hilfebedarf und eingeschränkter Mobilität. Auf allen Gruppen werden Nachtwachen vorbehalten. In höherem Alter oder bei bestimmten Problemlagen steht bei einem Teil der psychisch kranken Menschen die Pflege im Vordergrund. Aufgrund der psychiatrischen Problematik kommen die Einrichtungen der Altenhilfe für einen Teil dieser Personengruppe nicht in Betracht.

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie soll eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt anbieten. Dies soll den Betroffenen ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Sie fördert und begleitet den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.
Zuverdienst ist die niederschwelligste Form der Teilhabe am Arbeitsleben. Zuverdienst-

angebote bieten chronisch schwer psychisch kranken Menschen die Möglichkeit zu bezahlter Beschäftigung in geringem Stundenumfang. Teilweise dienen sie aber auch als arbeitstherapeutisches Angebot. Diese Angebote berücksichtigen das schwankende Leistungsvermögen von chronisch psychisch kranken Menschen und sind speziell auf diese ausgerichtet.

Hilfen zur Tagesstrukturierung: bieten die Möglichkeit der sinnvollen Strukturierung des Alltags und der Wiedererlangung verloren gegangener Fähigkeiten. Sie dienen als Lernfeld für soziale Kompetenzen, ermöglichen gemeinsames Erleben und Austausch und stellen ein Gegengewicht dar zu den Erfahrungen von Einsamkeit und Stigmatisierung der von psychischen Störungen Betroffenen. Die Tagesstätten in den Gemeindepsychiatrischen Zentren sind ein offener Treffpunkt, die ohne Vorbedingungen aufgesucht werden können. Sie sind lockere Begegnungsmöglichkeiten ohne Konsumzwang mit einem preiswerten und vollwertigen Mittagessen. Tagesstrukturierende Maßnahmen für Bewohner des SBW bieten zusätzlich niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten und Freizeitaktivitäten.

Patientenfürsprecher(in): Anlaufstelle,die psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen unterstützt und berät, wenn sie Fragen oder Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer Behandlung und Betreuung haben. Die Patientenfürsprache ist unabhängig und behandelt alle Angelegenheiten absolut vertraulich. Ihre Inanspruchnahme ist kostenlos.

Unabhängige Beschwerdestelle richtet sich an alle Menschen, die Beschwerden, Anregungen oder Fragen zu Sozialpsychiatrischen Diensten, psychiatrische Wohnversorgungen, Kliniken und Institutsambulanzen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung und zur Gesetzlichen Betreuung haben. Die Beschwerdestelle Psychiatrie ist eine feste Arbeitsgruppe von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Juristen und Betreuern, Fachkräften der psychiatrischen Versorgung und der Patientenfürsprecher. Sie arbeitet unabhängig, streng vertraulich und kostenfrei, trifft sich einmal im Monat und bespricht die eingegangenen Beschwerden und das mögliche weitere Vorgehen. Dabei werden die einzelnen Schritte jeweils mit den Beschwerdeführern abgesprochen. Die Beschwerdestelle weist Einrichtungen auf mögliche Mängel hin.

Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung 2013

Im Jahr 2012 wurden 1.905 Klienten statistisch erfasst, die in den komplementären Einrichtungen und Diensten des GPV betreut wurden, gegenüber 1928 Klienten im Vorjahr ist damit nach einer kontinuierlichen Steigerung der Fallzahlen in den vergangenen Jahren erstmals ein Rückgang der Fallzahlen festzustellen.

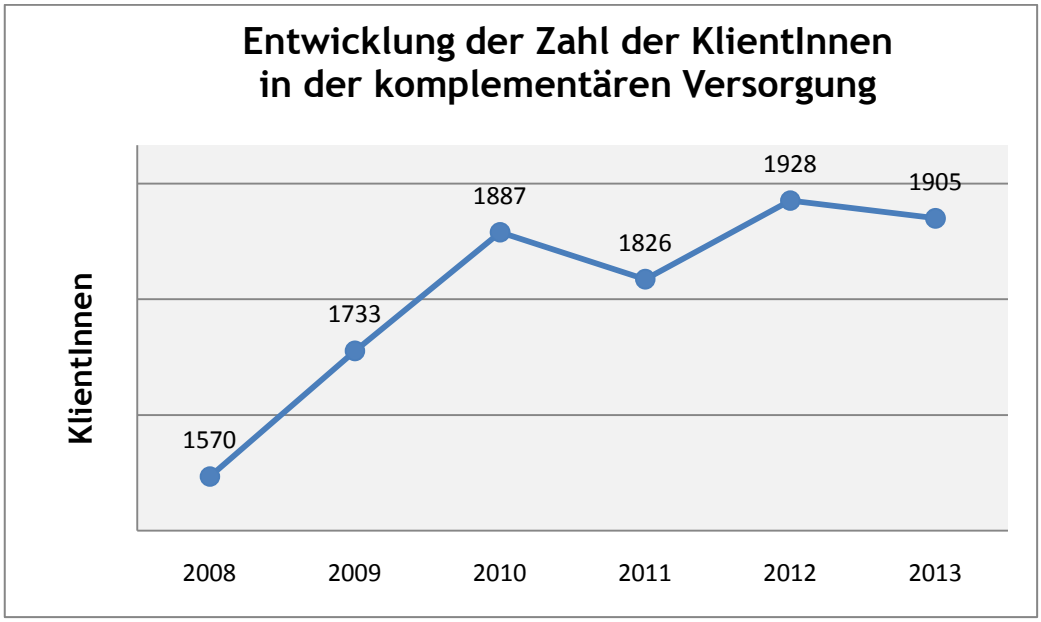


Schaubild 1

Dies bestätigt die in mehreren Untersuchungen gefundene Erkenntnis, dass die Zahl der psychisch erkrankten Menschen in den letzen Jahren nicht gestiegen ist. Psychisch kranke Menschen sind zwischenzeitlich in den für sie geschaffenen Hilfesystemen angekommen. Schaubild 2 zeigt die Nutzung der **psychosozialen Hilfeangebote** des GPV nach Diagnosen aufgeteilt (roter Balken) und für die Diagnosen nach Geschlecht differenziert. Die psychosozialen Hilfeangebote des GPV werden in erster Linie von Klienten mit schizophrenen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen genutzt, während Patienten mit neurotischen Störungen, Suchterkrankungen und Demenz überwiegend in den **Angeboten der psychiatrischen Behandlung** und Demenzkranke in den Angeboten der Altenhilfe adäquate Hilfen finden

Klienten mit affektiven Störungen sind in beiden Systemen mit einem hohen Anteil vertreten. Der Anteil der Klienten mit Entwicklungsstörungen (Autismus, ADHS) wächst; die meisten Klienten erhalten aber nach wie vor Hilfen in den Einrichtungen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung.

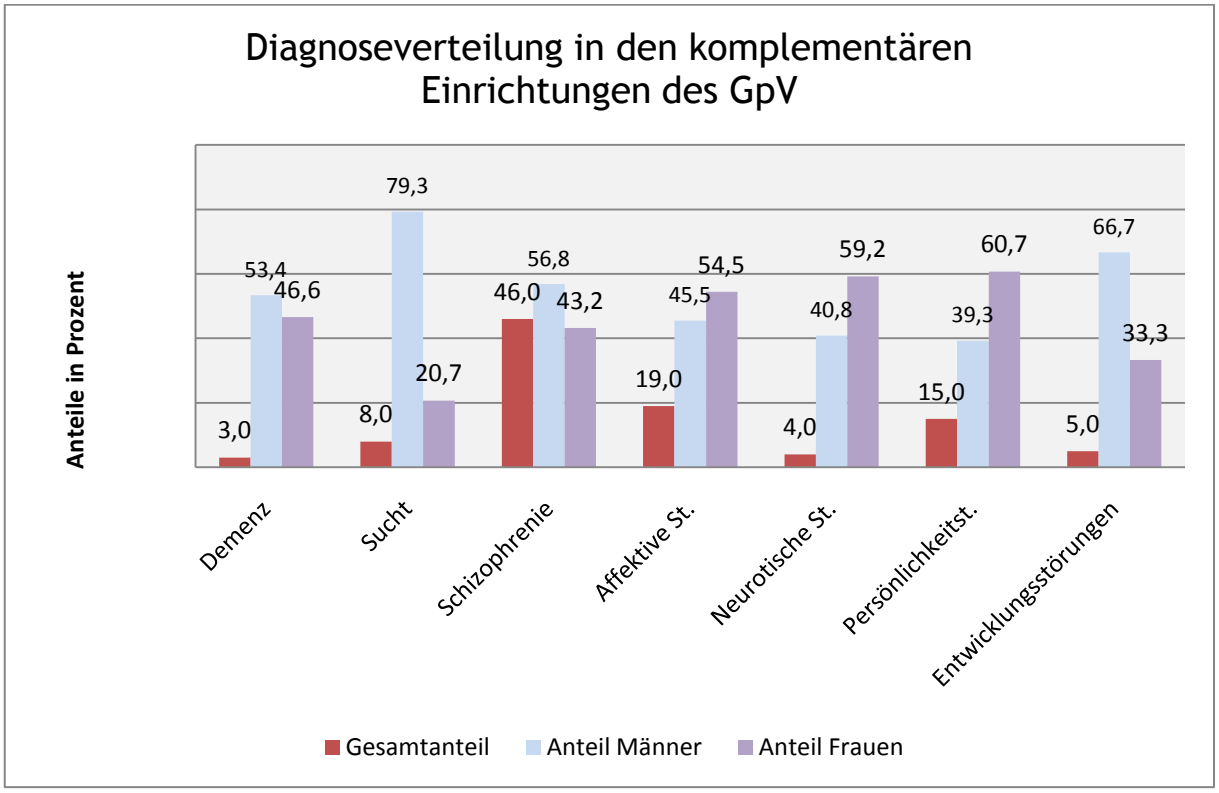


Schaubild 2

Die zahlenmäßige Dominanz der Klienten mit schizophrenen Psychosen ist nicht erstaunlich. Es ist die Klientengruppe, die bis in die 1990er Jahre den größten Anteil der Patienten in den „psychiatrischen Anstalten“ ausmachte und dort oft Jahrzehntelang verblieben war. Selbst bei der Gruppe der psychosozial schwer beeinträchtigten Klienten mit schizophrenen Psychosen und Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) ist die Integration in die Gemeinde gelungen. Mittlerweile gibt es in der Weissenau keine Patienten mehr, die über mehrere Jahre in der psychiatrischen Klinik verbleiben, wenngleich immer wieder stationäre Behandlungen zur Krisenintervention notwendig werden.

Die Verteilung der Geschlechter ist bei einigen Diagnosegruppen sehr unterschiedlich, am deutlichsten bei den Suchterkrankungen mit nahezu 80% Männern. Relativ ausgeglichen ist das Geschlechterverhältnis bei den demenziellen Erkrankungen. Hier ist der Anteil der im GPV betreuten Personen aber insgesamt gering und immer mit massiven herausfordernden Verhaltensweisen verbunden. Im Heim werden die meisten Patienten dieser Gruppe in Altenpflegeheimen der Region betreut. Bei den schizophren und affektiv erkrankten Personen ist das Geschlechterverhältnis komplementär: einem größeren Anteil schizophrener Männer steht ein größerer Anteil affektiv gestörter Frauen gegenüber.

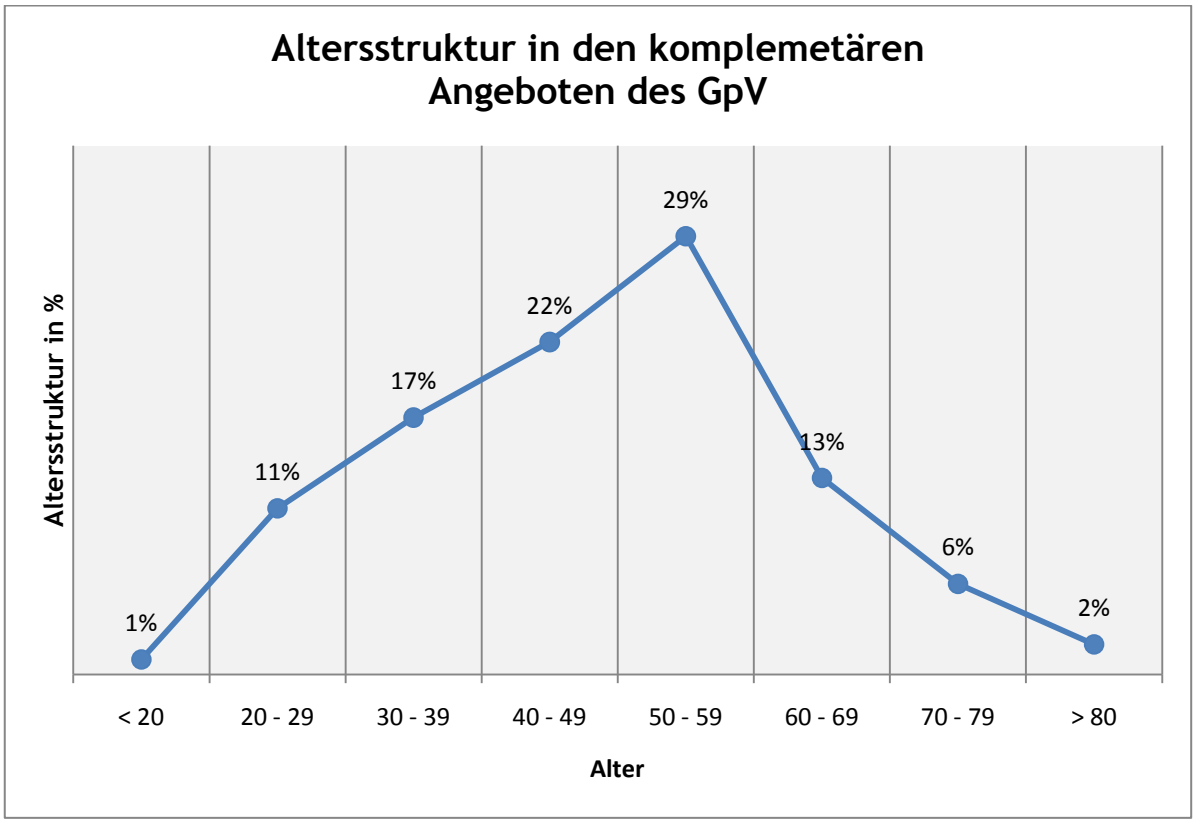


Schaubild 3

In der Altersstruktur steht ein stetiger Anstieg bei den 20-60 jährigen einem steilen Abfall jenseits der 60 gegenüber. Kinder und Jugendliche werden im GPV nicht versorgt, hier sind bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen die entsprechenden Einrichtungen der Jugendhilfe tätig. Im Alter ist die Zuständigkeit für psychisch kranke Menschen zu einem großen Teil auf die Angebote der Altenhilfe übergegangen. Die niederschwelligen Angebote des SpDi und die Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe bleiben für seelisch behinderte Senioren ein wichtiges Angebot. Auch bei Pflegebedürftigkeit bleiben außer bei Demenzkranken die Einrichtungen des GPV - insbesondere Fachpflegeheime – die relevanten Angebote. Nahezu ein Drittel der Klienten sind zwischen 50 und 60 Jahre alt. Angesichts der im Durchschnitt langen Dauer der Erkrankung ist davon auszugehen, dass sie im Hilfesystem des GPV verbleiben und sich die Alterskurve entsprechend der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung nach rechts flacher wird.

Angebote der psychiatrischen Behandlung

Um die Entwicklung der Fallzahlen in Vergangenheit und Zukunft richtig einzuschätzen, müssen die unterschiedlichen Systeme der Hilfeerbringung für psychisch kranke Menschen und deren jeweilige statistische Erfassung berücksichtigt werden. Neben den Einrichtungen des GPV, die in Ermangelung eines adäquaten Begriffs als komplementäre Einrichtungen und Dienste bezeichnet werden, existieren die Systeme der stationären Behandlung, die wiederum nach vollstationärer und teilstationärer Behandlung erfasst sind und das System der ambulanten Behandlung, die die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen umfasst.

Alle Systeme sind Mitglied im GPV. Ihre Entwicklung in der Vergangenheit, vor allem aber die voraussichtliche Entwicklung in der Zukunft, sollen anlässlich des 10-jährigen Bestehens des GPV vergleichend gewürdigt werden. Schaubild 4 zeigt nicht nur die Entwicklung der Patientenzahlen in den letzten drei Jahren, sondern als Kontrast auch die Patientenzahlen der PIA im Jahr 2013. Der Vergleich von stationärer Behandlung und PIA zeigt, dass die Nutzung je nach Klientengruppe unterschiedlich ist.

Auffällig ist, dass bei der Diagnose Suchtstörung die Klientenzahlen nahezu identisch sind, während die Nutzung der PIA bei den anderen Diagnosen doppelt so hoch ist wie die stationäre Behandlung. Patienten mit Demenz werden sogar vier Mal so häufig in der PIA behandelt wie in der Psychiatrischen Klinik.

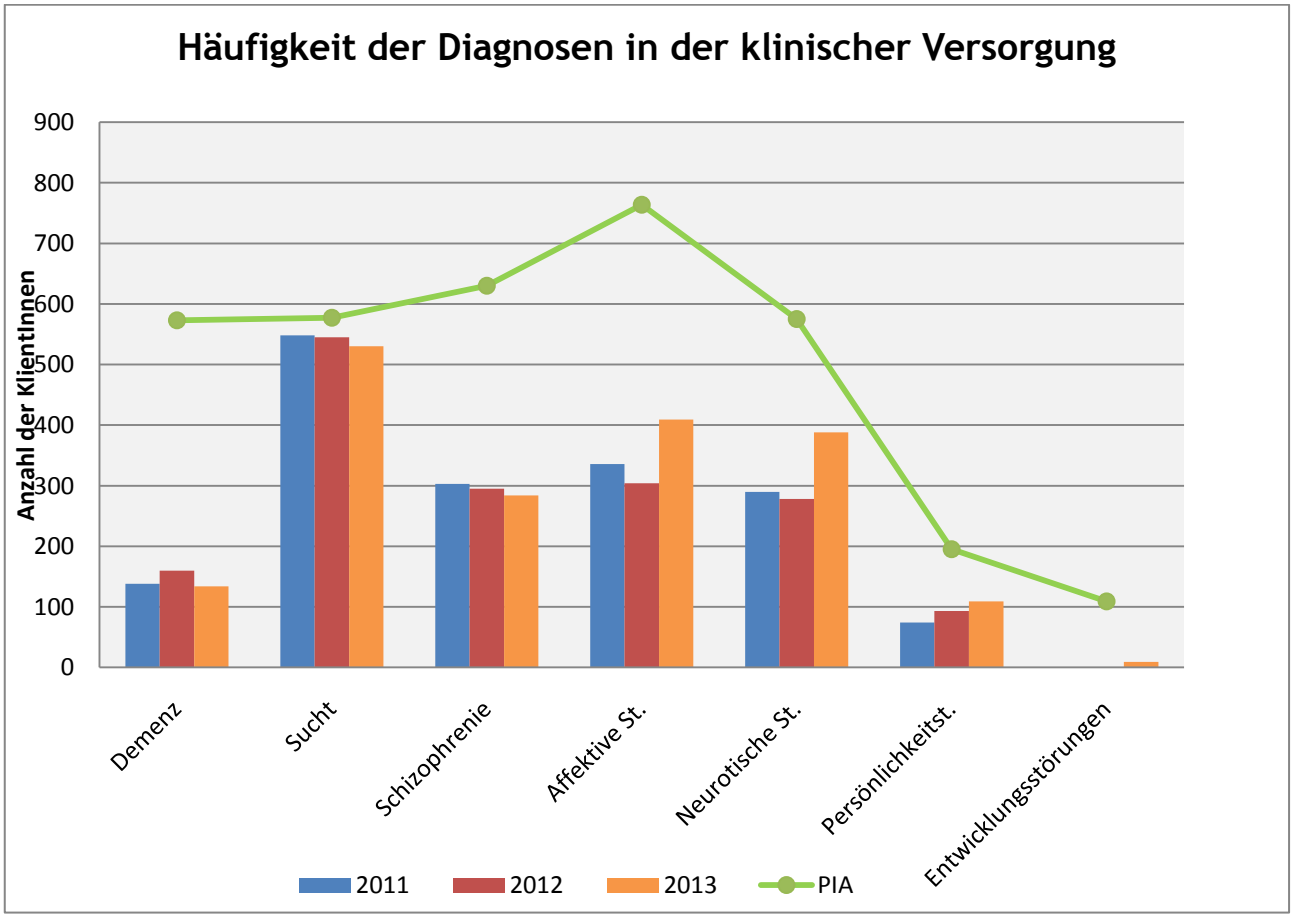


Schaubild 4

Vollstationäre und ambulante Behandlung

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den vergangenen 10 Jahren ist vor allem durch den Rückgang der Verweildauer in der Klinik ohne Reduktion der Betten gekennzeichnet. Die klinische Behandlung wurde räumlich sektorisiert; es entstanden psychiatrische Abteilungen an den Krankenhäusern in Wangen und in Friedrichshafen. In dieser Zeitspanne ist ein deutlicher Rückgang des Anteils schizophrener Klienten zu verzeichnen, die im Gegensatz zu früher weder eine Langzeitversorgung noch in vielen Fällen eine Rehabilitationsbehandlung im Krankenhaus mehr bekommen. Diese erfolgt in den komplementären Einrichtungen und Diensten des GPV. Wie Schaubild 4 zeigt, setzt sich der Rückgang der Zahl der stationär behandelten schizophren diagnostizierten Patienten fort. Seit ca. zwei Jahrzehnten ist ein hoher Anteil an Suchtpatienten in der Klinik zu finden, der allerdings im Durchschnitt eine sehr niedrige Verweildauer hat. Keine Steigerung der Patientenzahlen seit 2011 ist bei Demenzerkrankungen festzustellen Es ist davon auszugehen, dass dieser Personenkreis zu Hause bei den Angehörigen und in Altenpflegeheimen versorgt wird und lediglich bei schweren Verhaltensauffälligkeiten in der Klinik behandelt wird,

Eine deutliche Steigerung der vollstationär behandelten Personen ist bei affektiven und neurotischen Erkrankungen festzustellen. Bei beiden Patientengruppen ist eine Zunahme der Patientenzahlen um mehr als 100 innerhalb eines Jahres zu verzeichnen. Insgesamt wird von diesen Patientengruppen die psychiatrische Behandlung zunehmend in Anspruch genommen. Die vollstationäre Behandlung eines Teils der Patienten findet in der Sinovaklinik auf dem Gelände des Elisabethenkrankenhauses statt. Allerdings sind auch die Patientenzahlen auf der Depressionsstation in Weissenau deutlich gestiegen. Ein Teil der Patienten wird vor und/oder nach stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) betreut. Wie Schaubild 4 zeigt wird diese stark in Anspruch genommen.

Insgesamt ist die Zahl der **behandelten** psychisch kranken Menschen in den letzten Jahren stark gestiegen. Komplementäre Einrichtungen und Dienste haben die Funktion der Langzeitstationen in den Kliniken übernommen. Bei der psychiatrischen Behandlung hat neben niedergelassenen Psychiatern/ Psychotherapeuten und der vollstationären Behandlung die Tagesklinische Behandlung, psychiatrische Institutsambulanz und Integrierte Versorgung an Bedeutung gewonnen

Tagesklinische Behandlung

Tagesklinische Behandlung spielt in der klinischen Behandlung eine zunehmend größere Bedeutung, was unter anderem eine Konsequenz der Eröffnung der Akuttagesklinik in Weissenau und der Tagesklinik der Abteilung Depression ebenfalls in Weissenau ist. 2013 wurden 458 psychisch kranke Personen tagesklinisch behandelt (Schaubild 5) , immerhin ein Anteil von 27% gegenüber den stationär behandelten Patienten. 55% dieser Patienten wurden im Jahr 2013 sowohl vollstationär als auch teilstationär behandelt.

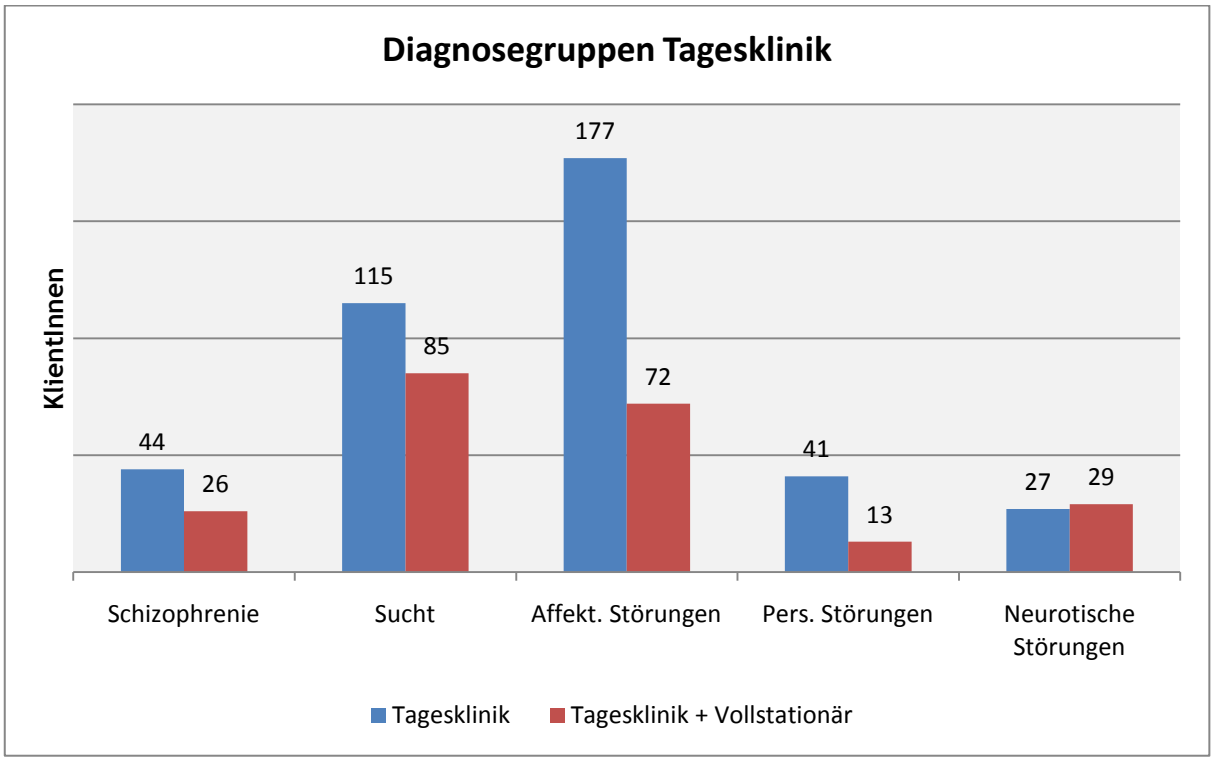


Schaubild 5

Schaubild 6 zeigt, dass die verschiedenen Behandlungsmuster von der Diagnose der Klienten abhängig sind. Es werden wesentlich mehr Patienten mit affektiven Störungen tagessklinisch und in der Kombination tagesklinisch/vollstationär behandelt als Patienten mit anderen Diagnosen. Der Anteil der schizophrenen Patienten in den Tagesklinik ist der niedrigste, während ein beträchtlicher Anteil von 38% der Klienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Tagesklinik behandelt (vgl. Schaubild 6 mit Schaubild 4)., Auch die Zahl der PatientInnen mit Suchterkrankungen ist in der tagesklinischen Behandlung relativ hoch.

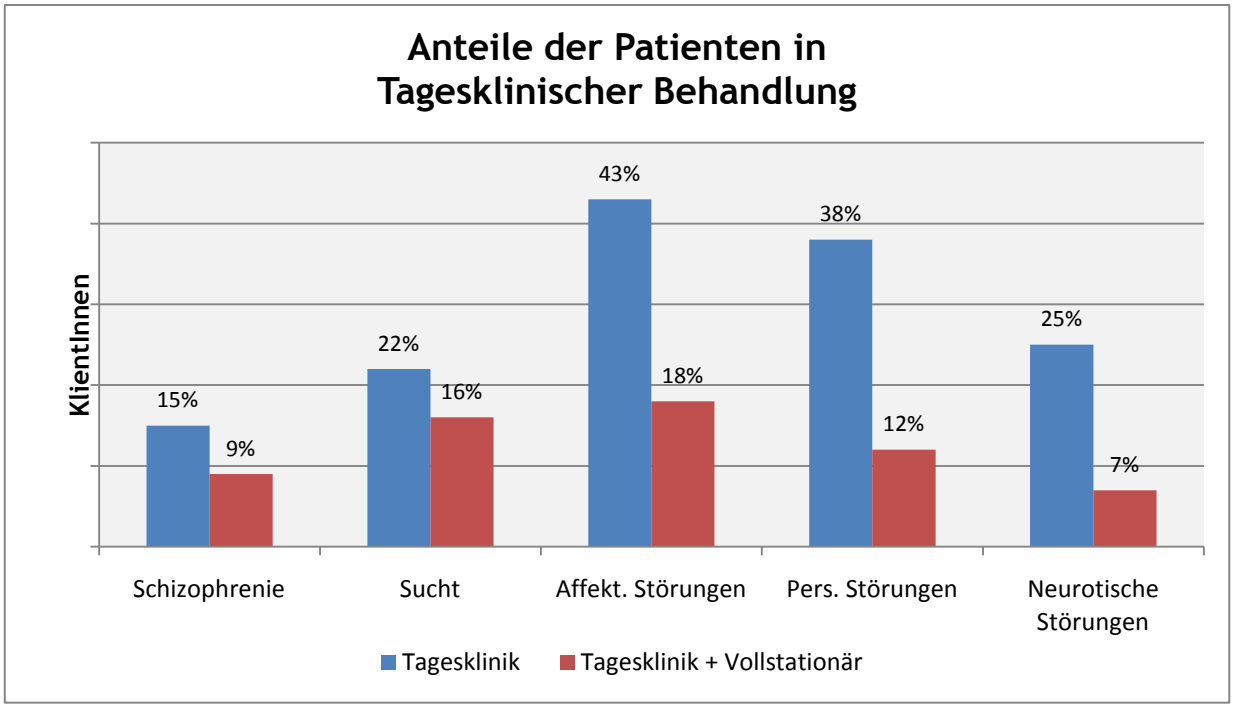


Schaubild 6

Bei der tagesklinischen Behandlung sind die Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen überproportional vertreten. Schizophrene Patienten, zu deren Gemeindeintegration die Tageskliniken in Deutschland ursprünglich gegründet wurden, spielen zwischenzeitlich eine untergeordnete Rolle. Hingegen scheint für Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörungen (BPS) die tagesklinische Behandlung eine gangbare Alternative zur vollstationären Behandlung zu sein. Zwar nimmt ein Teil der Klienten beide Behandlungsangebote in Anspruch, die Diskrepanz zwischen teilstationärer und vollstationärer Inanspruchnahme ist jedoch bei den BPS am größten

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.

Dies gelingt u.a. durch die kontinuierliche Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte, die psychiatrische Institutsambulanz, ambulante Psychotherapie sowie ärztlich verordnete Hilfeangebote wie häusliche Krankenpflege und ambulante Ergotherapie (s. Schaubilder 7 und 8). Gegenüber 2011 hat sich der Anteil der Klienten, die zur Bewältigung einer Krise stationär behandelt werden müssen, verringert. Gleichzeitig hat sich der Anteil stationärer Aufnahmen aus den verschiedenen Betreuungsformen verändert (Schaubild 17).

Krisenintervention für Klienten der komplementären Angebote

Ambulante Krisenintervention

Klienten des pauschal finanzierten Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) erhalten Leistungen des Dienstes ohne Antrag und können beliebige Kombinationen mit anderen ambulanten oder pauschalfinanzierten Leistungen eingehen. Ambulante Behandlung erhalten sie durch niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten sowie die PIA. Auf ärztliche Verordnung können sie darüber hinaus Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wie Soziotherapie, ambulante Ergotherapie[1] und häusliche Krankenpflege erhalten, die auch in Kombination wahrgenommen werden können.

[1] Hinsichtlich der Kombination von PIA-Leistungen und ambulanter Ergotherapie gibt es einen Rechtsstreit zwischen ZfP und AOK, der in erster Instanz zugunsten der AOK ausging.

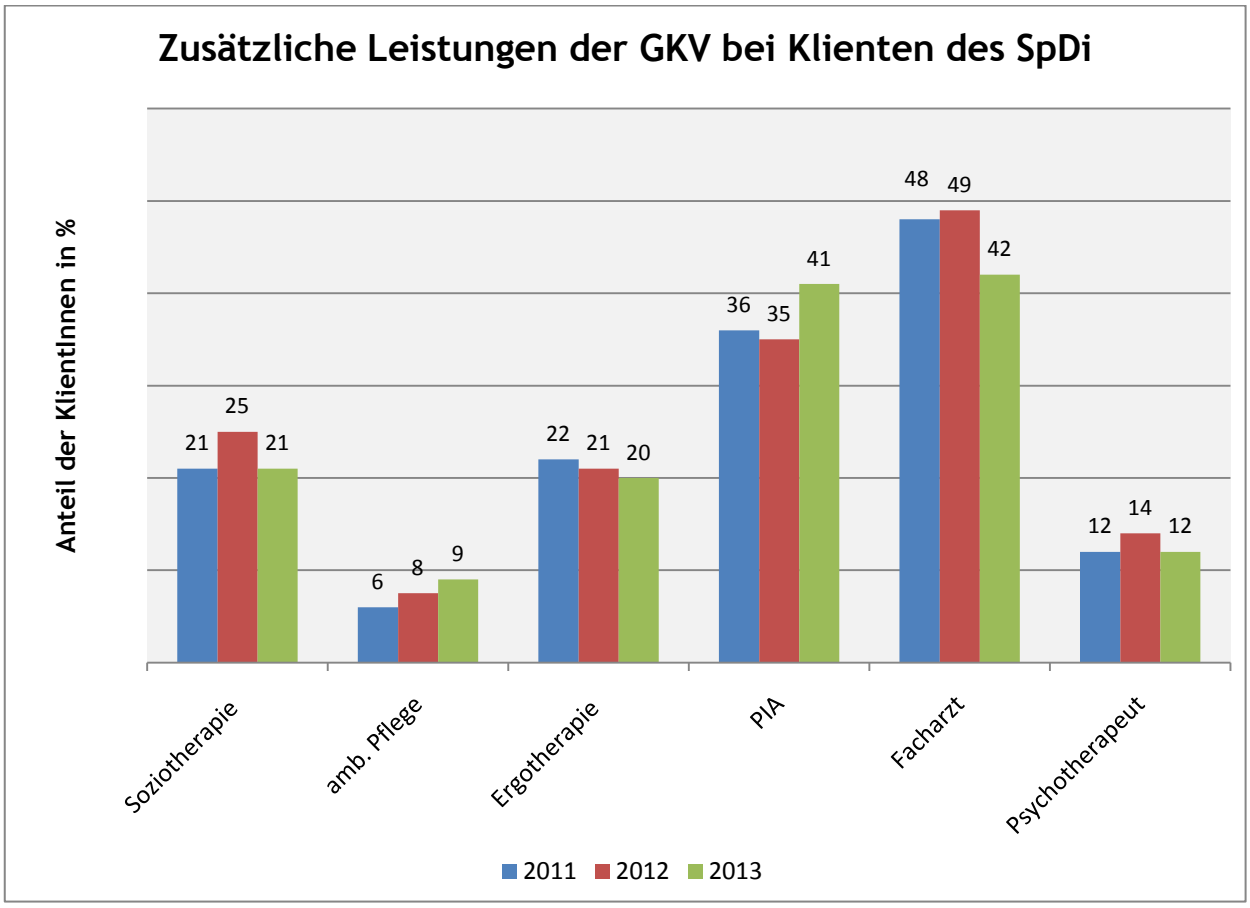


Schaubild 7

Schaubild 7 zeigt, dass nahezu alle Klienten der SpDi in ambulanter fachärztlicher Behandlung sind und ein Teil zusätzlich psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erhält die Hälfte der Klienten eine oder mehrere zusätzliche nicht-ärztliche Leistungen. Da ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen von psychisch kranken Menschen in der Regel mit Vorbehalt in Anspruch genommen werden, kann man daraus schließen, dass der SpDi seiner Hauptaufgabe (der Hinführung der Klientel zum medizinischen Versorgungssystem) in besonders hohem Maße nachkommt bzw. dass die Vernetzung des GPV mit dem SpDi und dem medizinischen Versorgungssystem im LK Ravensburg in besonders hohem Maße gelungen ist.

Hinsichtlich der fachärztlichen Behandlung der SpDi-Klienten vollzog sich 2013 eine Trendwende. Wurde in den Jahren zuvor ein größerer Teil von niedergelassenen Fachärzten behandelt, hat 2013 offensichtlich eine Verschiebung hin zur PIA stattgefunden Dies ist nicht verwunderlich, da die niedergelassenen Fachärzte leider zunehmend psychiatrische Patienten ablehnen und auf die PIA verweisen. Alleiniger Anbieter der Leistung „Soziotherapie“ blieb im Berichtsjahr 2013 der Sozialpsychiatrische Dienst. Die Leistung der ambulanten Ergotherapie wurde ebenfalls häufig von Klienten des SpDi in Anspruch genommen. Demgegenüber erhalten Klienten des SpDi nur selten Leistungen der häuslichen Pflege, obwohl zumindest in Ravensburg und näherer Umgebung ein ambulanter psychiatrischer Pflegedienst zur Verfügung steht, der im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (HKPsych) ambulante Krisenintervention erbringen könnte. Die HKPsych-Leistung kann von dem behandelnden Facharzt verordnet werden und ermöglicht über einen Zeitraum von vier Monaten tägliche Hausbesuche bis zu 3 Mal täglich.

Die Frage der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen stellt sich im ABW noch stärker als im SpDi. ABW stellt als Leistung der Eingliederungshilfe keine Sicherstellung der ärztlichen Be-

handlung dar, sondern eine Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Als ambulante Hilfe ermöglicht ABW ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung. Neben den Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind bei schwer beeinträchtigten psychisch kranken Menschen in der ambulante Wohnbetreuung in der Regel auch ärztliche und ärztlich verordnete Hilfen notwendig.

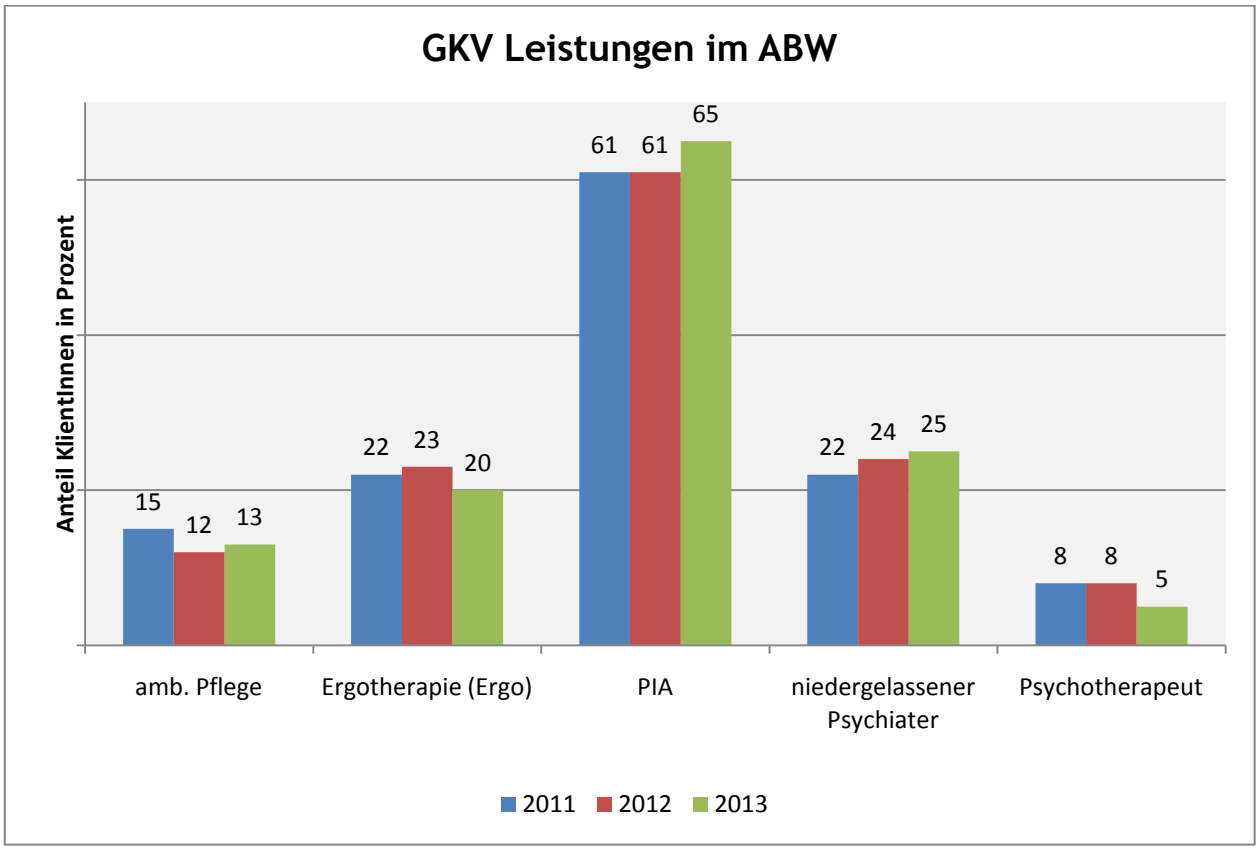


Schaubild 8

Schaubild 8 zeigt, dass der größere Teil der Klienten im ABW von den Fachärzten der PIA ambulant behandelt wird. Ein Zehntel der Klienten erhält Leistungen der häuslichen Pflege i.d.R. Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme. Ein verschwindend geringer Teil erhält Leistungen der ambulanten Soziotherapie, obgleich sozialrechtlich Anspruch in der ambulanten Wohnbetreuung besteht.

Unbefriedigend bleibt allerdings die Situation für Patienten mit BPS. Diese sind nach den Richtlinien sowohl aus den Leistungen der Soziotherapie und der häuslichen psychiatrischen Pflege ausgeschlossen. Dieser Ausschluss ist therapeutisch und ökonomisch unsinnig, führt er doch zwangsläufig zu einer höheren Inanspruchnahme von teilstationären und vollstationären Behandlungsleistungen bei einer Häufung von Krisensituationen bei dieser Klientengruppe. Dass eine Reduktion von Behandlungstagen in der Klinik durch ambulante Betreuung möglich ist, zeigen die Erfolge des Home Treatment im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV).

Sachstand Projekt "Integrierte Versorgung"

Das ZfP Südwürttemberg bietet Versicherten der DAK und der BarmerGEK mit der Integrierten Versorgung (IV) eine 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. Dadurch wird die Beziehungskontinuität settingübergreifend sichergestellt. Von besonderem Vorteil erweist sich die Möglichkeit, Umfang und Inhalt der Behandlungsangebote 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.
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. 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 bzw. ein Modellprojekt nach § 64 b SGB V zu schließen, um allen psychisch kranken Patienten eine Behandlung anbieten zu können, die ihrem Bedarf und ihren persönlichen Bedürfnissen entspricht.

Klinische Behandlung von Klienten der komplementären Versorgung

Schaubild 9 verdeutlicht die Aussage aus dem letzten Abschnitt. Die Wahrscheinlichkeit einer Klinikaufnahme innerhalb eines Jahres ist bei Klienten mit BPS am zweithöchsten. Ein Drittel der Klienten mit BPS wird wenigstens einmal im Jahr stationär behandelt. Bei der Patientengruppe der schizophren Erkrankten, der in der Vergangenheit das höchste Risiko der Klinikbehandlung zugeschrieben wurde, ist der Anteil um 8% geringer, bei den Klienten mit affektiven Störungen sogar um 10%. Lediglich Klienten mit Suchterkrankung aus den Einrichtungen des GPV haben ein höheres Risiko in die Klinik aufgenommen zu werden. Bei dieser Klientengruppe wird eine extreme Selektion in den Einrichtungen des GPV betreut, nämlich lediglich ein Viertel der KlientInnen, die im Laufe des Jahres in der Klinik behandelt werden. Aus der Tatsache, dass nahezu die Hälfte dieser Klienten mindestens einmal im Jahr in die Klinik aufgenommen werden müssen, wird deutlich, dass die Hilfeangebote im GPV für diesen Personenkreis (noch) nicht bedarfsgerecht sind.

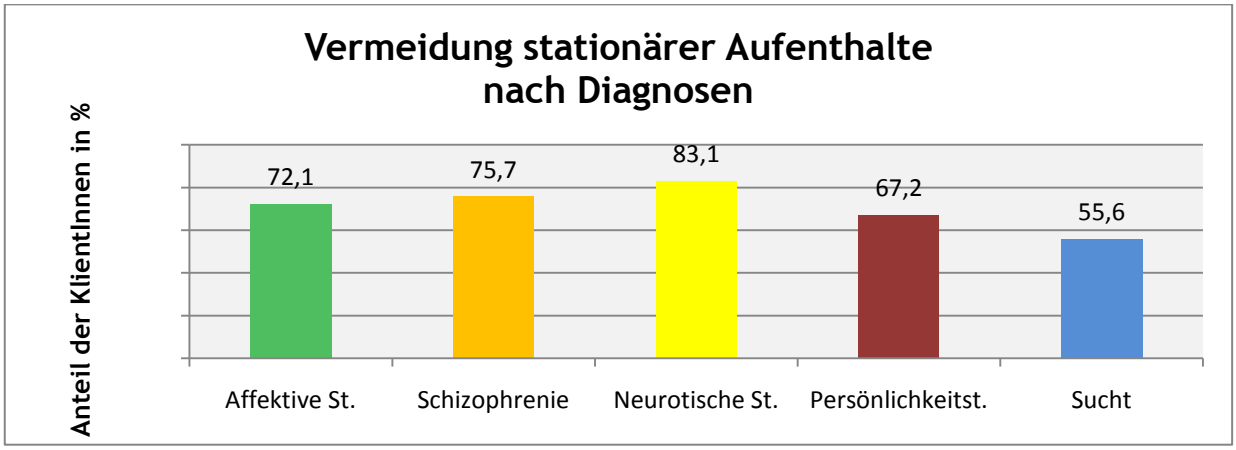


Schaubild 9

Das Risiko für eine Klinikaufnahme in den komplementären Einrichtungen ist in den letzten 3 Jahren gesunken. Wie Schaubild 10 zeigt, gibt es in den verschiedenen Einrichtungsformen unterschiedliche Entwicklungen.

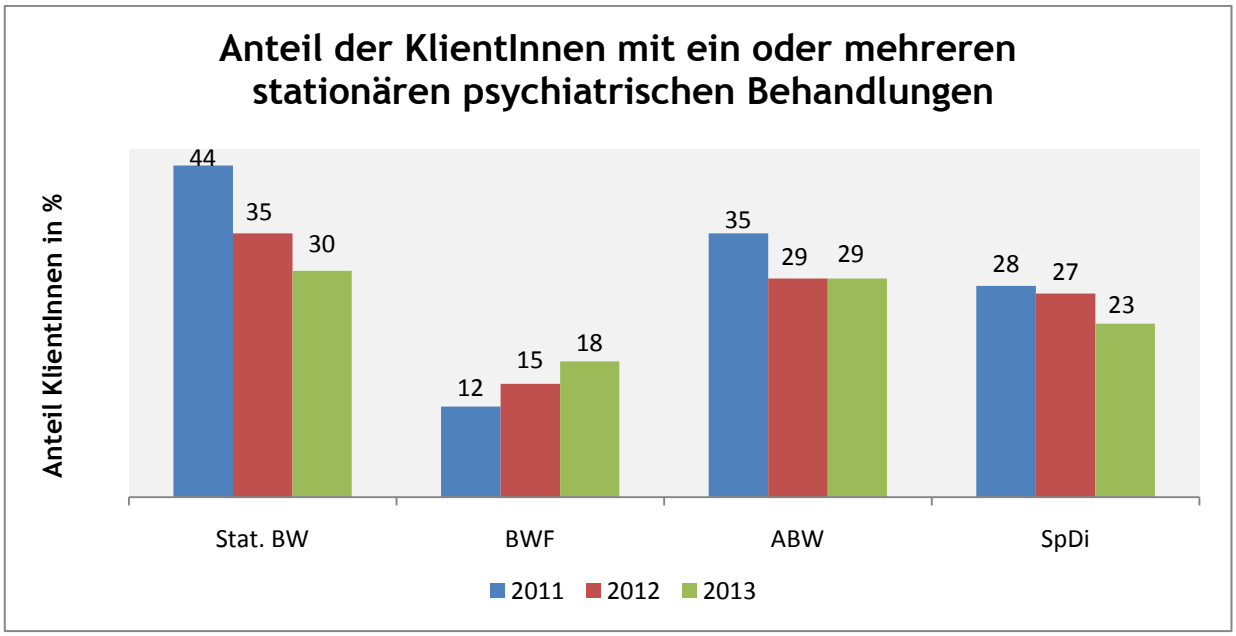


Schaubild 10

Zwischen den betreuten Wohnformen hat eine Annäherung im Bereich der Krisenintervention stattgefunden. Der Anteil der KlientInnen mit Klinikaufnahmen sinkt in den letzten drei Jahren bei den Klienten des stationär betreuten Wohnens kontinuierlich (44% auf 30%), während er im Betreuten Wohnen in Familien ebenso kontinuierlich steigt. Im ABW bleibt der Anteil bei 29%, während er im Vorjahr deutlich gesunken war und im SpDi sinkt der Anteil der Klinikaufnahmen um 4% während er in den beiden Vorjahren nahezu unverändert stabil war. Damit kann festgestellt werden, dass zwischen 25 und 30% der Klienten in der Wohnbetreuung zumindest einmal im Jahr klinisch behandelt werden müssen. Dies ist angesichts der schweren Störungsbilder und der langen Chronifizierung (13,8 Jahre im SpDi,bis 23,6 Jahre im BWF nicht erstaunlich. Über alle komplementären Betreuungsformen hinweg kann ein deutlicher Rückgang der klinischen Aufnahmen registriert werden. Besonders bemerkenswert ist der enorme Rückgang im stationär betreuten Wohnen. Es erscheint nicht gewagt zu behaupten, dass der Umgang der Mitarbeiterschaft mit den Krisen der Klienten professioneller geworden ist.

Nun könnte ein Rückfall in frühere Zeiten vermutet werden. Weniger Aufnahmen, längere Aufenthalte. Dem ist nicht so. Schaubild 11 zeigt, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei allen größeren komplementären Einrichtungen zurückgegangen ist und auch hier ist wieder der deutlichste Rückgang im stationär betreuten Wohnen zu verzeichnen.

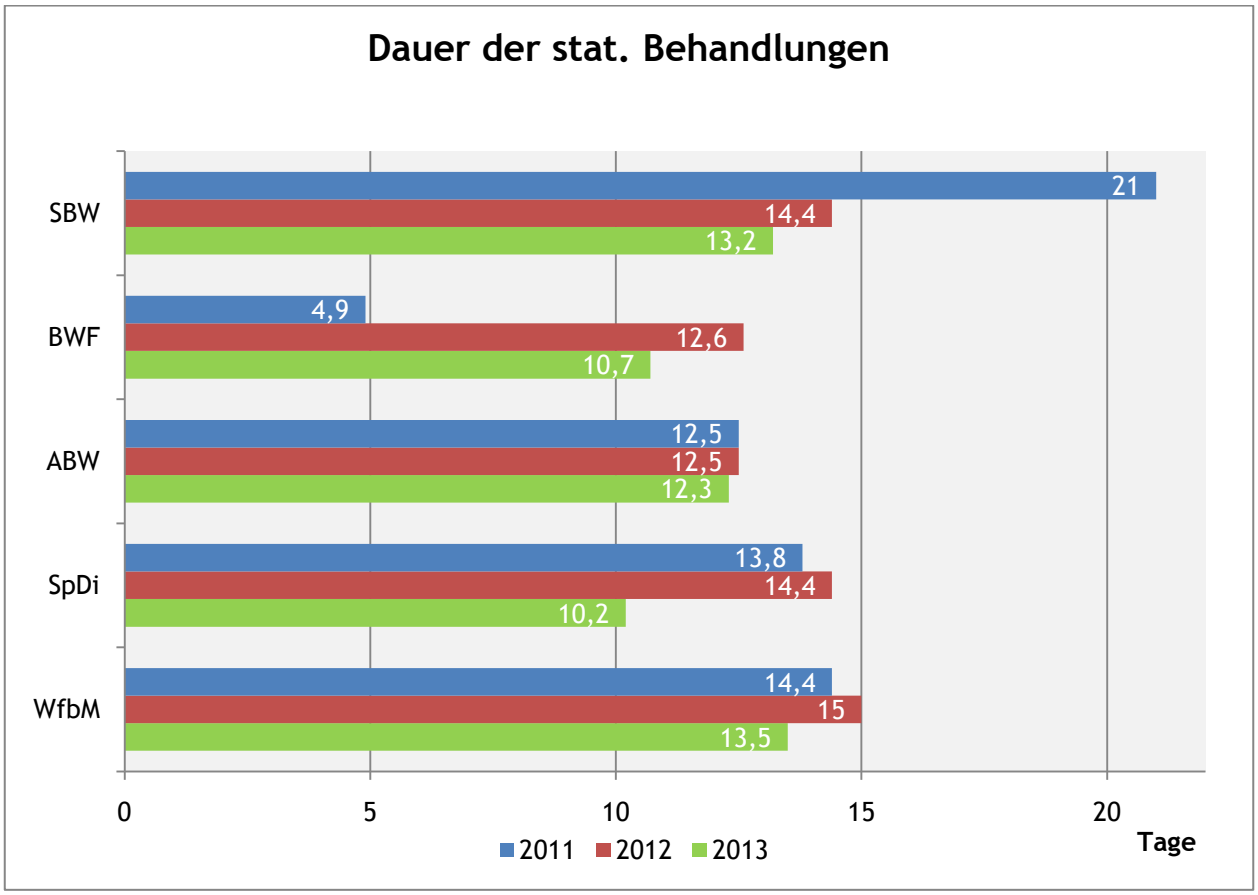


Schaubild 11

Worauf die Reduzierung des Aufnahmerisikos und der Behandlungsdauer zurückzuführen ist, lässt sich aus dem Zahlenmaterial nicht erschließen. Es ist davon auszugehen, dass neben dem erwähnten professionelleren Umgang mit Krisen in den komplementären Einrichtungen eine Flexibilisierung und Effektivierung der klinischen Behandlung stattgefunden hat. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, dass in dem vernetzten System des GPV die Schnittstellen zunehmend besser gemanagt werden.

Leistungsgeschehen im komplementären Bereich des GPV

Das komplementäre gemeindepsychiatrische Angebot ist im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete entstanden und hat sich in den letzten 30 Jahren ständig weiterentwickelt und ausdifferenziert. Zu verschiedenen Zeitpunkten hat es quantitative Entwicklungssprünge gegeben, die für die nächsten Jahre nicht mehr zu erwarten sind. Wie Schaubild 12 zeigt, sind die Veränderungen in den verschiedenen Leistungssegmenten moderat.

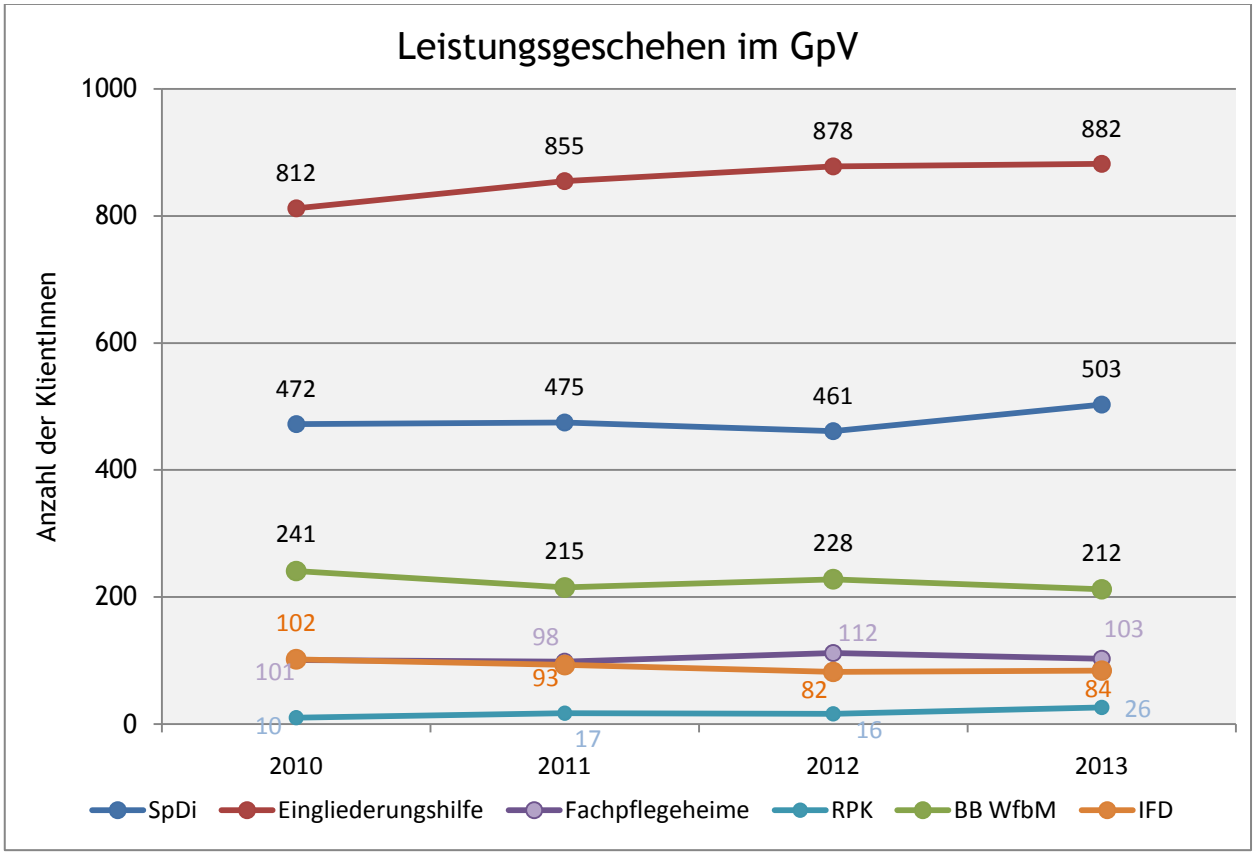


Schaubild 12

Insgesamt haben 1905 Personen im Jahr 2013 Leistungen in den komplementären Angeboten des GPV erhalten. In Schaubild 12 sind die Leistungen für 1810 Personen in klar voneinander abgrenzbaren Leistungsbereichen dargestellt. Knapp die Hälfte der Klienten erhält Leistungen der Eingliederungshilfe in den Angeboten des Betreuten Wohnens und den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die in der Regel vom Landkreis finanziert werden. Mit einem pauschalen Betrag durch Land und Landkreis werden die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) finanziert. Die Anteile anderer Leistungserbringer sind demgegenüber relativ gering. Im Gegensatz zu den Hilfen für suchtkranke Menschen treten die Rentenversicherungsträger als Leistungsträger kaum in Erscheinung.

Sozialpsychiatrische Grundversorgung – Der Sozialpsychiatrische 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 aufgeteilt werden in

- langfristige Kontakte mit kontinuierlicher aber nur mäßig intensiver Unterstützung
- kurzfristige Kontakte (bis zu 4) mit Weitervermittlung
- indirekte Kontakte zur Beratung von Angehörigen, Arbeitskollegen, Behörden etc.
- und zusätzlich erbrachte Leistungen der ambulanten Soziotherapie.

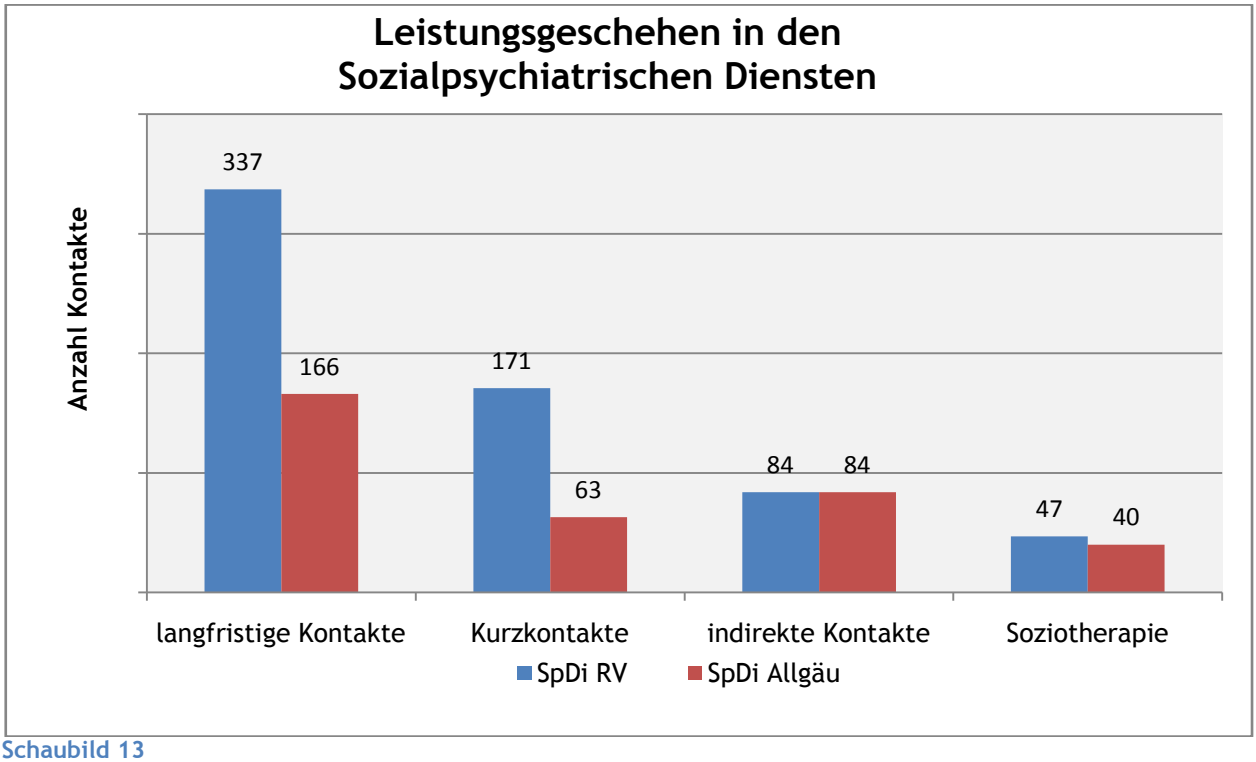


Schaubild 13

Wie Schaubild 13 zeigt, ist das Leistungsgeschehen in den SpDi in den Kreisteilen Ravensburg und Allgäu unterschiedlich. Dies ist nicht nur durch die unterschiedliche Einwohnerzahl der Kreisteile bedingt, sondern auch durch die unterschiedliche Struktur. Während sich das Leistungsgeschehen im Kreisteil Ravensburg auf den Ballungsraum Ravensburg / Weingarten und angrenzende Orte konzentriert, teilt es sich nördlich und östlich auf mehrere Gemeinden auf. Dort hat sich der Anteil der langfristig betreuten KlientInnen in den letzten Jahren regional verschoben:

Offensichtlich kommt der dezentralen Struktur des Kreisteils Allgäu der ambulanten Soziotherapie eine größere Bedeutung zu. Von halb so vielen Klienten wie im Kreisteil Ravensburg nehmen im Allgäu nahezu gleich viele die Soziotherapie in Anspruch (Schaubild 13)
Die durch den SpDi betreuten Klienten werden ausschließlich in ihrer eigenen Wohnung betreut. Die Zu- oder Abnahme der Klientenzahlen wird demnach nicht von dem Standort des Dienstes ausgelöst. Bemerkenswert ist daher der deutliche Rückgang des Anteils in Wangen, das im Kreisteil Allgäu das psychiatrische Oberzentrum darstellt. Noch deutlicher ist der Anteil der Klienten des SpDi in Ravensburg/Weingarten und näherer Umgebung. Dieser beträgt nahe-

zu die Hälfte der gesamten langfristig betreuten Klienten des SpDi, obwohl dieser Raum knapp ein Drittel der Einwohner des Landkreises beträgt. Das zeigt, dass der Slogan „Lieber Ravensburg“ des Wirtschaftsforums Pro Ravensburg von psychisch kranken Menschen gerne angenommen wird, obwohl es schwierig und teuer ist, eine Wohnung zu bekommen.

Hinsichtlich der Diagnose werden schwerpunktmäßig folgende Klientengruppen betreut:

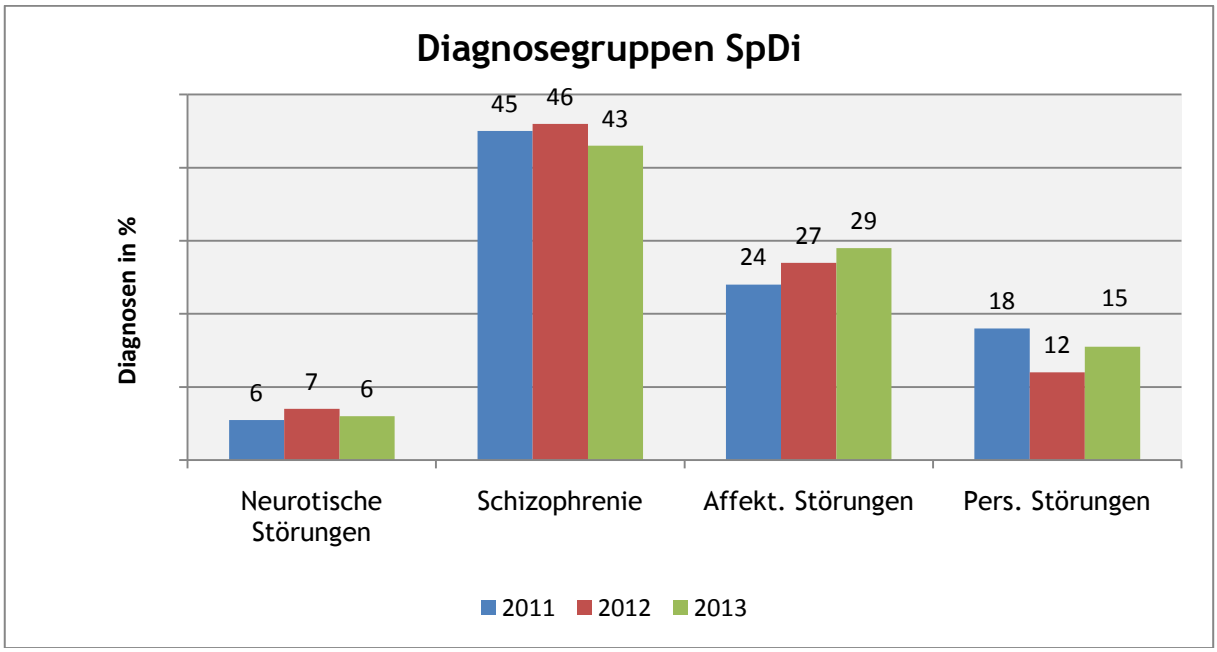


Schaubild 14

Bei der Kernklientel des GPV bleibt der SpDi stabil. Klienten mit schizophrenen Psychosen machen nach wie vor nahezu die Hälfte der insgesamt durch den SpDi betreuten Personen aus, auch wenn der Anteil im Jahr 2013 leicht rückläufig war. Kontinuierlich größer wird der Anteil der Patientengruppe mit affektiven Störungen, deren Anteil im SpDi mehr als doppelt so hoch ist als bei den betreuten Wohnangeboten. Dies entspricht dem oben beschriebenen Trend bei den Behandlungseinrichtungen

Im SpDi des Kreisteils Ravensburg werden zwei Neuigkeiten berichtet:

a) die Implementierung eines Migrationsprojektes für türkisch- und russischsprachige Menschen mit psychischer Erkrankung (s. Jahresbericht 2012)
Aufgrund der Tatsache, dass Menschen mit Migrationshintergrund die gemeindepsychiatrischen Angebote signifikant unterdurchschnittlich wahrnehmen, hat sich eine sehr engagierte Kollegin den o.g. beiden Bevölkerungsgruppen angenommen. Im Rahmen des von der Stadt Ravensburg gemanagten Projektes „Toleranz fördern – Kompetenz stärken“ wurde Infomaterial in türkischer und russischer Sprache verfasst und in Zusammenarbeit mit der PIA Ravensburg Sprechstundenangebote vorgehalten, die die im Jahr 2013 in regelhafte PIA-Leistungen überführt werden konnten. Darüber hinaus wurden ein Gruppenangebot mit einem türkischsprachigen Psychologen und mehrere bilinguale Informationsveranstaltungen initiiert. Schließlich konnte 2013 ein türkischsprachiger Fachpfleger in 50 %-iger Festanstellung gewonnen werden. Die türkischsprachigen Gruppen werden inzwischen von ihm und einer weiteren türkischsprachigen Honorarkraft geleitet. Eine russischsprachig ehrenamtlich tätige Person bietet seit dem Jahr 2013 einen 14tägigen Kon-

takttreff an. Im Berichtszeitraum 2012 und 2013 konnten ca. 100 Personen von den neuen Angeboten profitieren.

b) die Einstellung eines Ex-In-Mitarbeiters
EX-IN ist ein von der Europäischen Union gefördertes Projekt, in dem von einer psychischen Erkrankung betroffene Menschen eine zwei jährige Ausbildung absolvieren, die sie befähigt, als „psychiatrieerfahrene“ Fachkräfte anderen Betroffenen unterstützende Hilfen zukommen zu lassen. Seit dem 1.9.2013 ist das Team des SpDi im Westteil des Landkreises um eine solche Person gewachsen: ein Psychose-betroffener Mann mit abgeschlossener Ex-In-Ausbildung, der in der WfbM des ZfP Weissenau tätig ist, arbeitet seither halbtags im Rahmen eines externen Praktikums der WfbM im Dienst mit. Dies ist für alle Beteiligten eine neue und spannende Erfahrung und hat weitreichende Konsequenzen: Nicht nur, dass es seither spezielle Sprechstundenangebote von EX-IN an SpDi-Klienten gibt, sondern auch Informationsverarbeitungen jeglicher Form, Fallbesprechungen , Teamentscheidungen oder sozialpsychiatrische Interventionen sind zunehmend trialogisch geprägt Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sehr angetan von dieser Entwicklung.

Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Integration chronisch psychisch kranker Menschen ist nach wie vor ein großes Problem. Die Realität in einem gemeindepsychiatrisch gut versorgten Landkreis mit sehr geringer Arbeitslosigkeit sieht nicht ermutigend aus. Knapp 15% der 503 langfristig betreuten Klienten des SpDi sind erwerbstätig oder in einer regulären Ausbildung, wobei der Anteil im Kreisteil Allgäu deutlich höher ist als im Kreisteil Ravensburg. In beruflicher Reha, das bedeutet in der Regel in den Berufsbildungsbereichen der Werkstätten für behinderte Menschen (BBB WfbM), befinden sich weniger als 5% der Klienten. Der hohe Anteil von Personen mit Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente lässt darauf schließen, dass sich ein großer Teil der Klienten damit abgefunden hat, aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen zu bleiben.

Entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention muss sich der GPV der Herausforderung stellen, Menschen mit psychischen Behinderungen uneingeschränkt zu ermöglichen, in allen Belangen des gesellschaftlichen Lebens teilzunehmen. Nachdem im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung vielfältige Initiativen entwickelt wurden, wird der Bedarf mittlerweile auch im Bereich der Menschen mit psychischer Behinderung deutlich.

2013 wurden **47** Personen mit seelischer Behinderung im Alter zwischen 18 und 27 im Betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe betreut; 31 (71%) **ABW**; 16 (29%) **SBW**

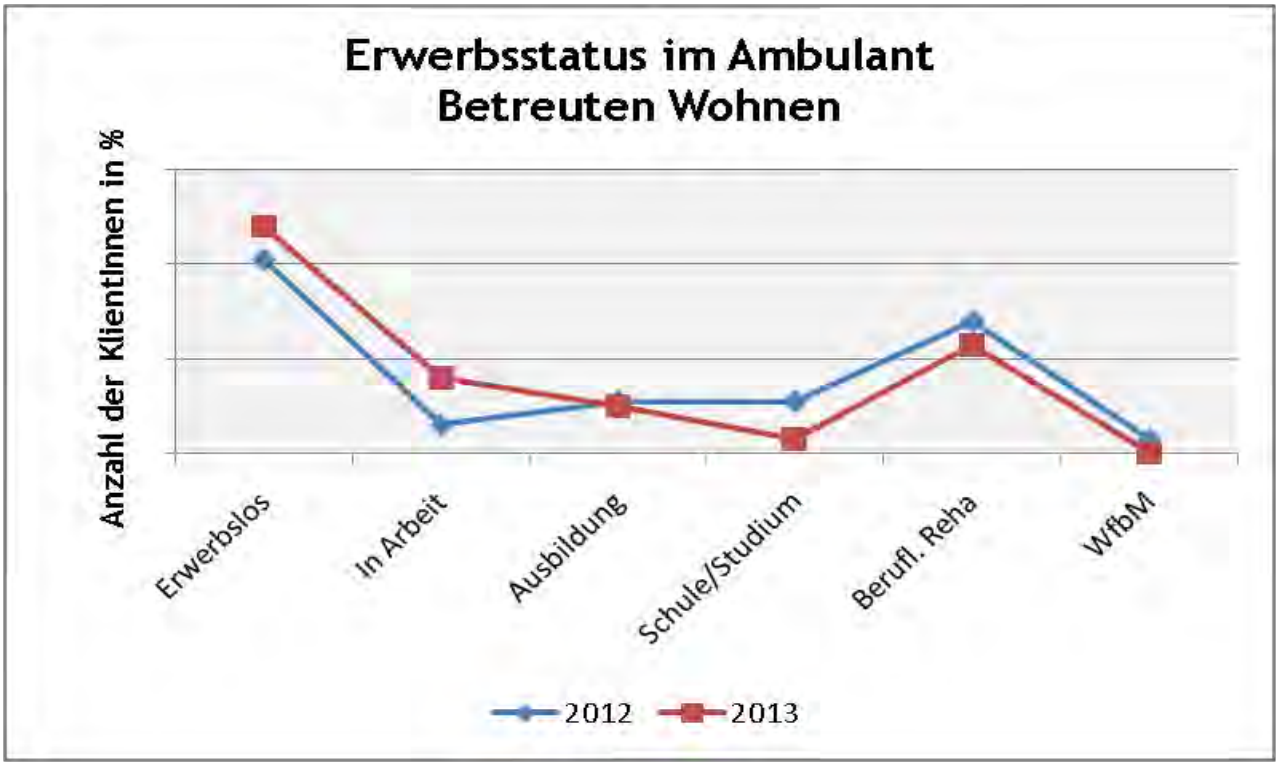


Schaubild 14

Im Gegensatz zu früheren Zeiten werden psychisch kranke Menschen zwischen 18 und 27 Jahren schon frühzeitig in den komplementären Einrichtungen des GPV aufgenommen. Dies könnte eine Chance sein, erweist sich entsprechend obiger Tabelle jedoch als Sackgasse. Über drei Viertel der Klienten aus dem ambulant und stationär betreuten Wohnen sind erwerbslos oder in beschützten Werkstätten. Die geforderte Eigeninitiative aufzubringen, um wieder erwerbsfähig zu werden, erfordert ein flexibles System, in dem die Aufnahme einer Beschäftigung

flexibel und orientiert an vorhandenen Ressourcen erfolgen kann. Für einen sanften Übergang in das Erwerbsleben gibt es keine geeignete Unterstützung. Selbst die Aufnahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM mit der Voraussetzung der ganztägigen Anwesenheit ist für einen großen Teil der Klienten ein unüberwindbares Hindernis.
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.

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. 2013 waren nur noch 42% der 26 Klienten aus dem Landkreis Ravensburg, während es im Jahr zuvor noch 57% waren. 17 Aufnahmen standen 14 Beendigungen gegenüber. 36% der Klienten wurden in ABW vermittelt, 21% in Arbeitsplätze und 14% in Ausbildungsplätze auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, 29% in Arbeitsplätze der WfbM.

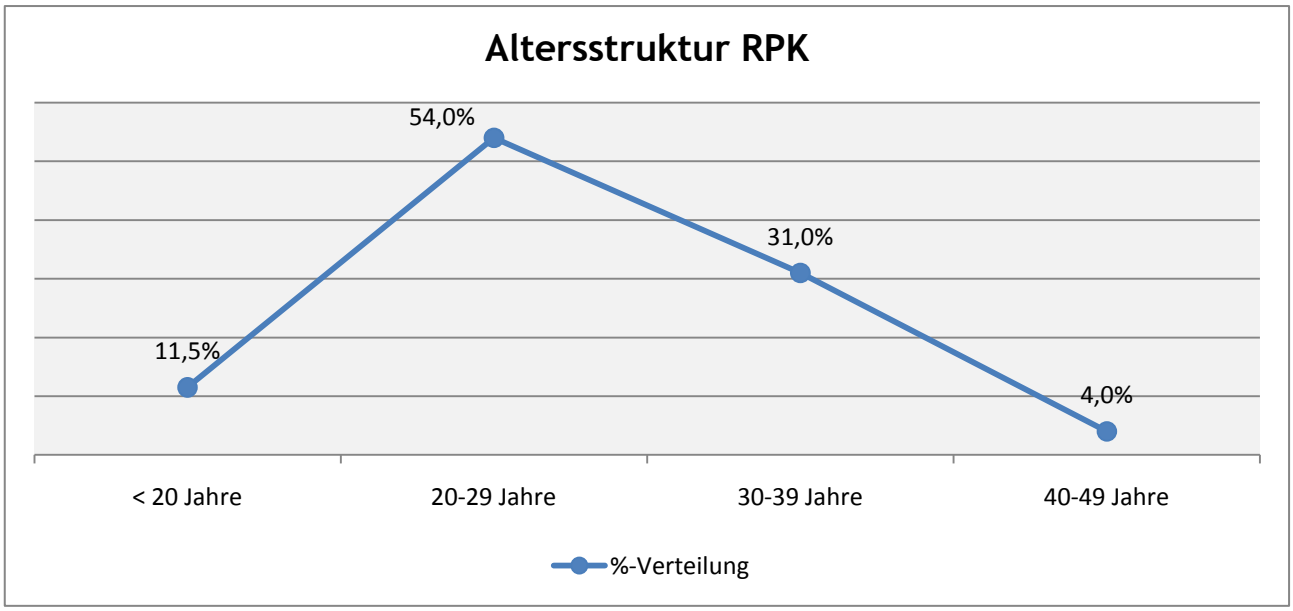


Schaubild 15

Hinsichtlich der Altersstruktur werden in der RPK Klienten betreut, die noch keine lange Krankheitsgeschichte hinter sich haben. Angesichts des Anteils von 11% im Alter von 20-29 Jahren in den gesamten Einrichtungen des GPV und über 50 jungen Klienten in der Eingliederungshilfe ist der geringe Anteil von Klienten aus dem Landkreis Ravensburg erstaunlich.

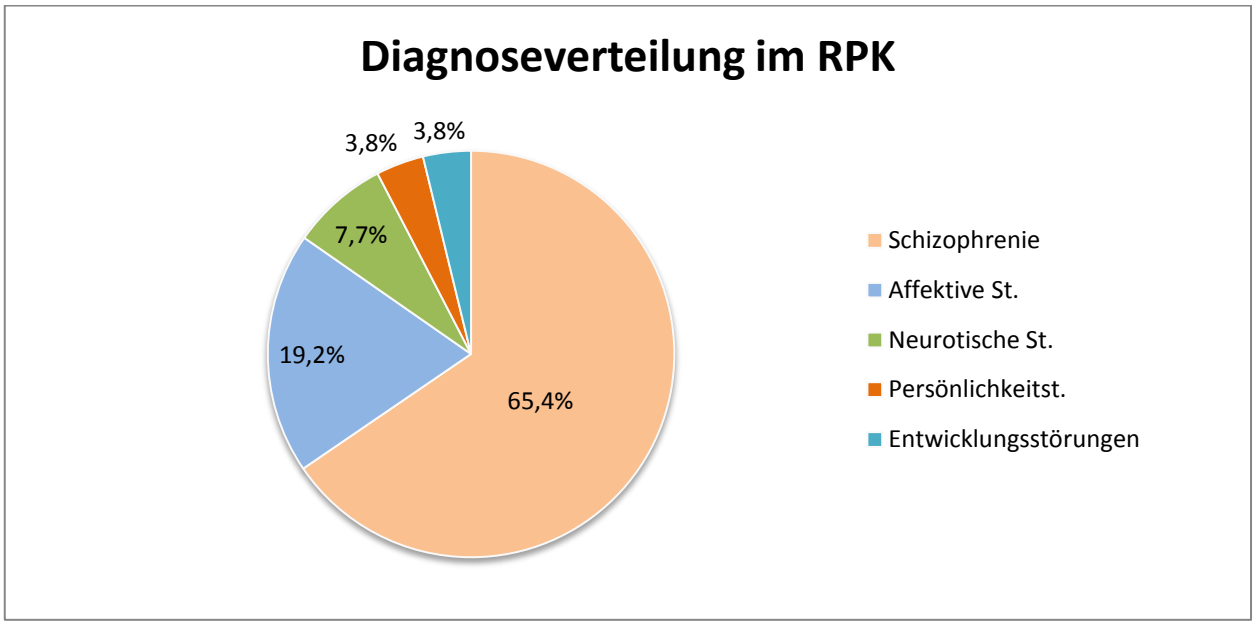


Schaubild 16

Die Verteilung der Diagnosen im RPK Baienfurt zeigt ein klares Bild. Zwei Drittel der Klienten sind an einer schizophrenen Psychose erkrankt, nahezu drei Viertel sind männlich. Der Anteil der schizophren Erkrankten ging gegenüber dem Vorjahr um 10% zurück, dafür stieg der Anteil der Personen mit affektiven Störungen. Der Anteil der Klienten mit der Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) ging gegenüber dem Vorjahr nochmals zurück und ist 2013 marginal. Ein Vergleich mit der Diagnoseverteilung der 18-27jährigen in der Eingliederungshilfe erhellt das Problem.

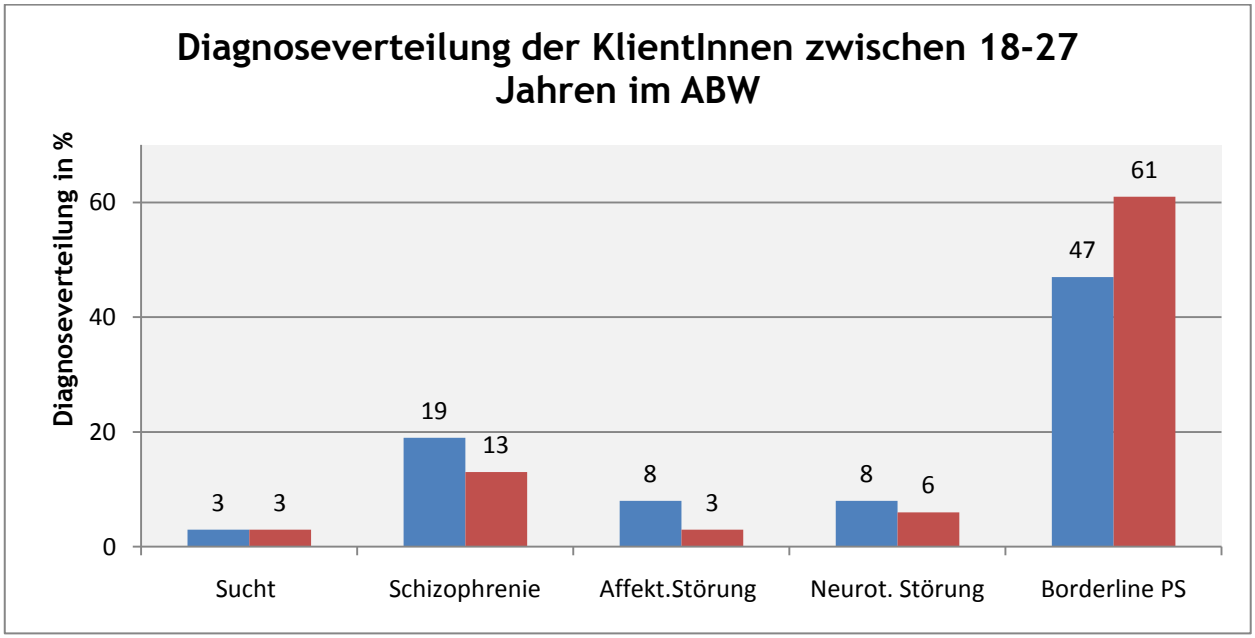


Schaubild 16a

Nahezu zwei Drittel der Klienten des ABW unter 27 Jahren wurden 2013 als Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) diagnostiziert, Tendenz steigend. In dieser Patientengruppe dominieren Frauen. Diese Diagnosegruppe scheint bei bestehendem Hilfebedarf nicht in den Genuss einer Rehabilitationsmaßnahme im RPK zu kommen, sondern erhält bereits bei Eintritt in das System

der komplementären Hilfen im GPV Sozialhilfe finanzierte Leistungen der Eingliederungshilfe. Warum sie nicht den Zugang zur RPK finden, darüber kann nur spekuliert werden. Personen mit BPS haben krankheitsbedingt Probleme mit stationären Angeboten. Durch eine Verstärkung ambulanter Rehabilitationsmöglichkeiten könnte dieser Patientengruppe der Zugang zu beruflichen Eingliederungsmaßnahmen erleichtert werden. Mithilfe des Zugangs zu Leistungen der Soziotherapie und der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie Fördermaßnahmen der beruflichen Integration könnten sogar Möglichkeiten ohne den Einsatz der Sozialhilfe geschaffen werden. Die HPK bietet hier unter verstärkter Einbeziehung der Krankenkassen eine Möglichkeit der Steuerung.

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. Im Folgenden wird nur auf seine Tätigkeit bei psychisch kranken Menschen eingegangen.[2] Wichtig für den Übergang auf den 1. Arbeitsmarkt ist das ambulante Angebot der unterstützten Beschäftigung nach §38a SGB IX, das von der Arkade-Pauline13 in Kooperation mit den Weissenauer Werkstätten angeboten wird. Neben der unterstützten Beschäftigung gibt es auch die Möglichkeit der „beruflichen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen“ BeRePK, ein gezieltes Training zum (Wieder)einstieg in das Berufsleben. Schaubild 17 zeigt die Verteilung der Klienten auf die verschiedenen Formen der Unterstützung zur Integration auf den 1. Arbeitsmarkt.

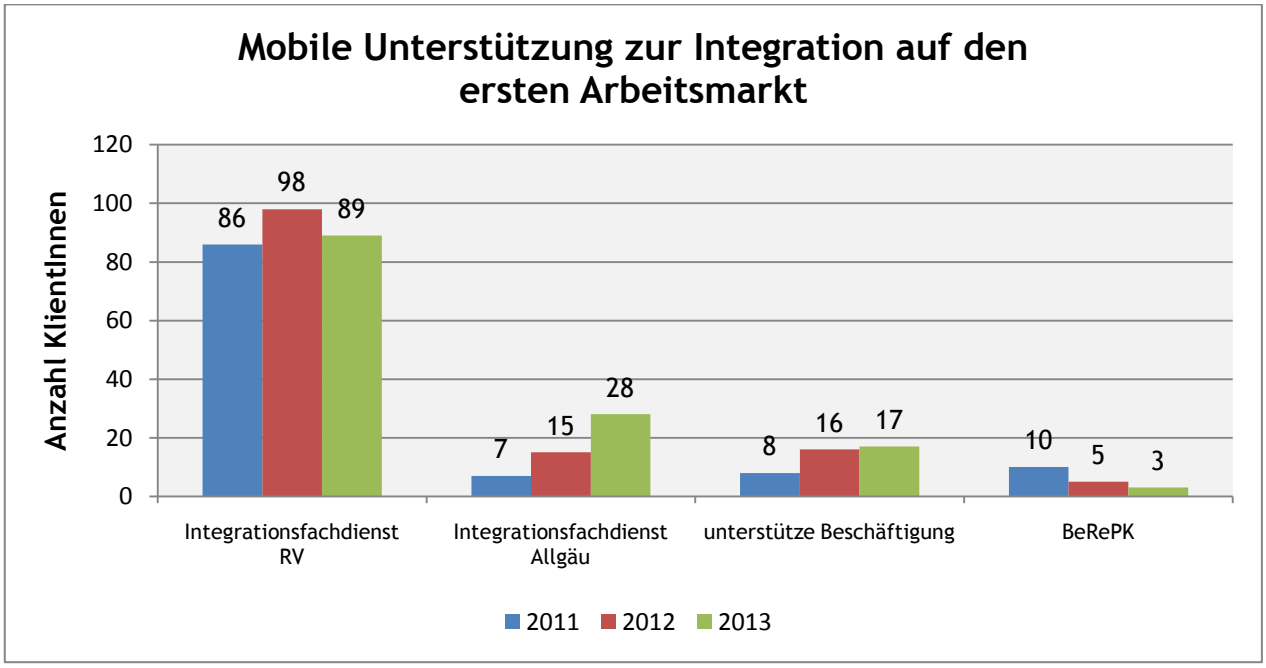


Schaubild 17

Die Entwicklung der Klientenzahlen in den letzten drei Jahren zeigt, dass der zunehmende Mangel an Arbeitskräften in Oberschwaben bei chronisch psychisch kranken Menschen nicht zu einer erhöhten Vermittlung des IFD auf den ersten Arbeitsmarkt geführt hat. Der IFD im Kreis-

[2] Für die Gesamttätigkeit des IFD siehe den Jahresbericht unter http://www.arkade-pauline.de/Index2/Presse/2013.html

teil Allgäu hat die Fallzahl gegenüber dem Vorjahr zwar nahezu verdoppelt, dies gegenüber dem Kreisteil Ravensburg jedoch von einem niederen Niveau. Die unterstützte Beschäftigung, die in der Schweiz eine gewichtige Rolle spielt und in den S3 Leitlinien Psychosoziale Therapien als eines der wenigen evidenzbasierten psychosozialen Angebote gilt, konnte offensichtlich gegenüber dem Vorjahr nicht wesentlich ausgebaut werden.

BeRePK ist ein Auslaufmodell und könnte sich zukünftig an der Maßnahme „Integration von Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt“ (**InRAM**) orientieren. Dass die Integration auf den ersten Arbeitsmarkt von Menschen mit psychischer Erkrankung trotz der derzeit günstigen Lage auf dem Arbeitsmarkt so wenig vorankommt, ist ein alarmierendes Zeichen. Offensichtlich sind die Instrumente der Arbeitsmarktsteuerung, die gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention allen Menschen mit Behinderung den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt sichern müssten, für einen Teil der psychisch erkrankten Personen nicht attraktiv genug. Daher zeigt sich in der beruflichen Eingliederung für bestimmte Klienten der Bedarf, neue personenzentrierte Ansätze in der Beschäftigung zu erproben

Diese Problematik zeigt sich deutlich bei den nach Diagnose aufgefächerten Klientengruppen, die die Regelleistungen des IFD sowie das Angebot der unterstützten Beschäftigung in Anspruch nehmen (Schaubilder 18-20).

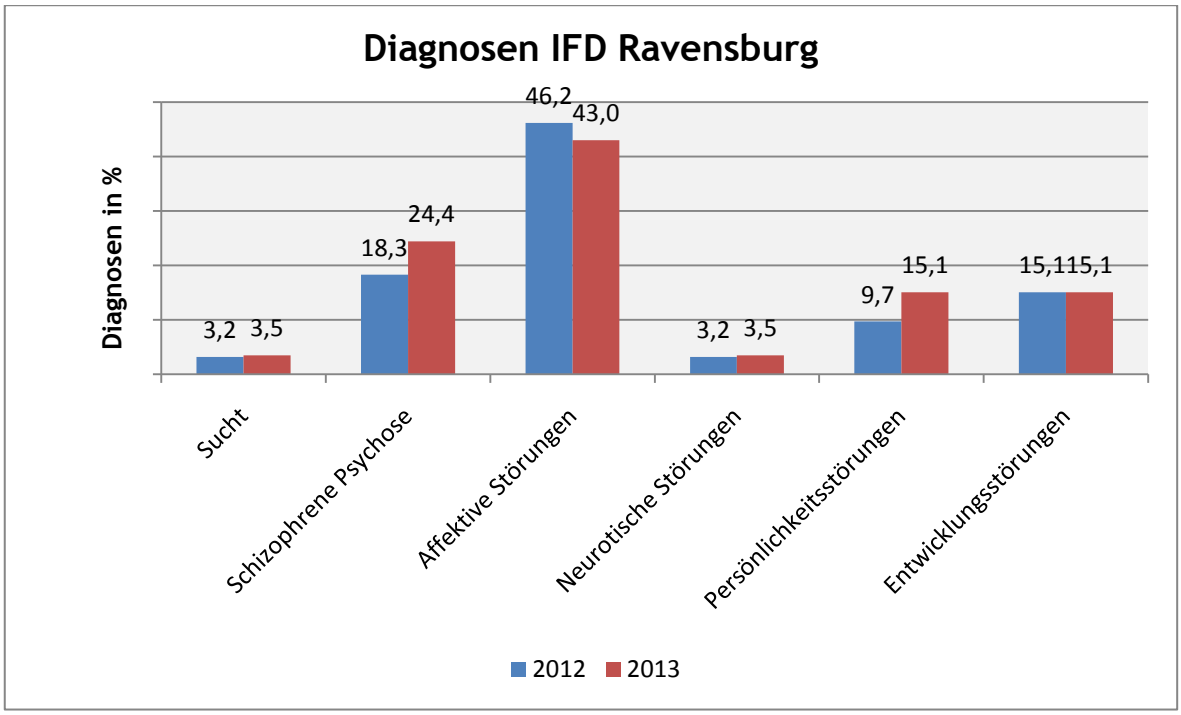


Schaubild 18

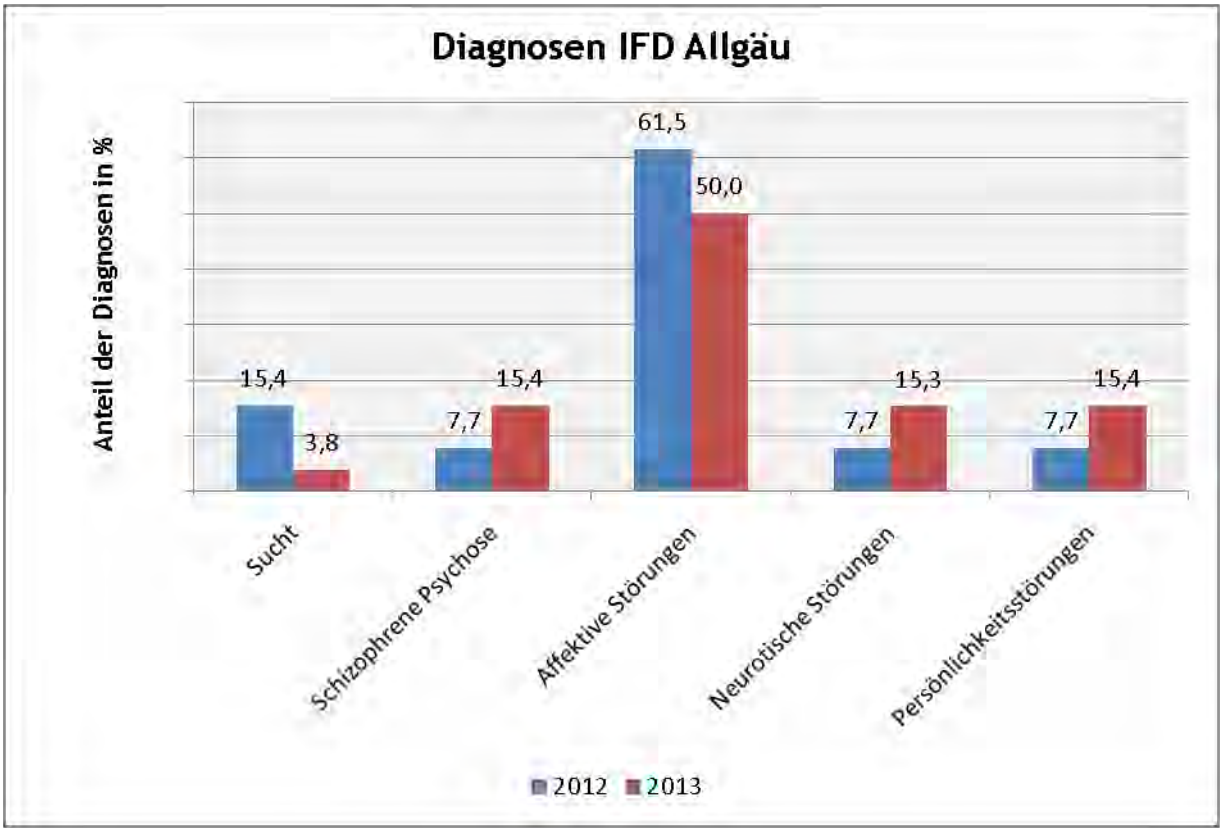


Schaubild 19

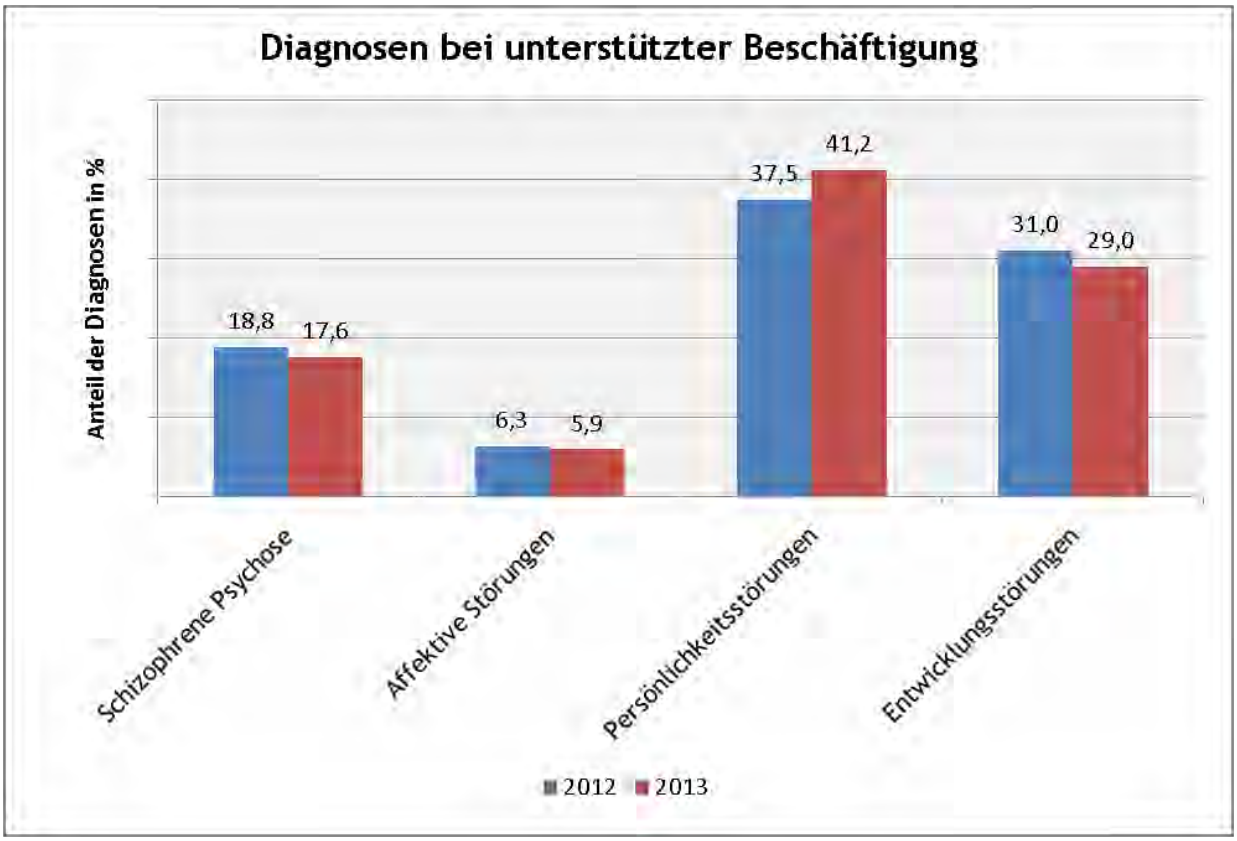
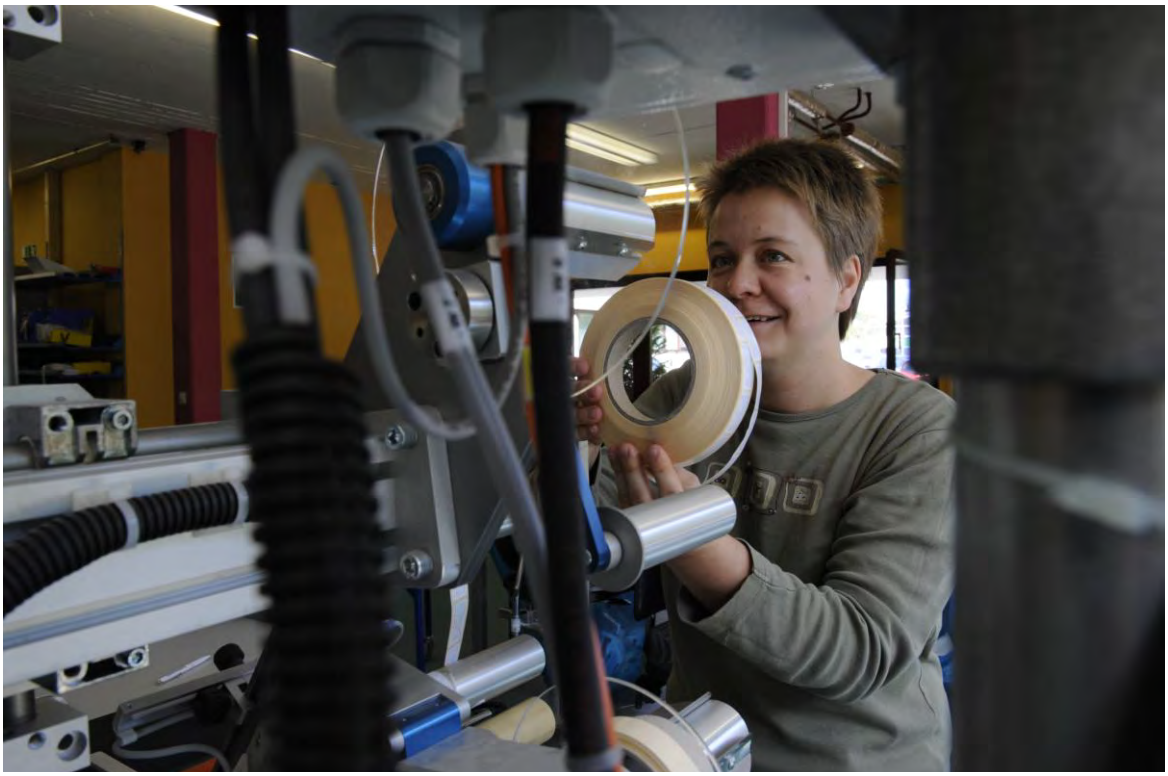


Schaubild 20

Die Personengruppe mit dem höchsten Chronifizierungsrisiko bleibt damit aus dem 1. Arbeitsmarkt nahezu vollständig ausgeschlossen. Chancen der Integration mit professioneller Hilfe

bestehen tendenziell bei Personen mit affektiven- Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen. Durch den Integrationsfachdienst werden vornehmlich KlientInnen mit affektiven Störungen betreut. Diese Entwicklung war bereits in den vergangenen Jahren 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. Außerdem die Diagnosegruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die In der RPK deutlich unterrepräsentiert sind und für die das Angebot der Unterstützen Beschäftigung eine Chance der beruflichen Rehabilitation darzustellen scheint. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich um relative kleine Zahlen handelt

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Personen mit schizophrenen Psychosen derzeit kaum Chancen haben, sich in den 1. Arbeitsmarkt zu integrieren. Auch aus der RPK führten die Austritte im Jahr 2013 nur teilweise auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Es fehlt nicht an der Bereitschaft der Arbeitgeber, sondern an den sozialrechtlichen Regelungen, einen flexiblen, professionell begleiteten Einstieg in das Arbeitsleben zu gewährleisten. Angesichts der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention kann das in einer Region mit Vollbeschäftigung als Skandal bezeichnet werden. Ein großer Teil der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen werden damit in die Eingliederungshilfe, und d.h., in die langfristige Abhängigkeit von der Sozialhilfe gedrängt. Dass KlientInnen mit schizophrenen Psychosen aufgrund der im Verlauf der Chronifizierung entstehenden Behinderungen nicht einmal den „Sprung“ in die WfbM schaffen, zeigt die Notwendigkeit, die Angebote anzupassen.



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.). Sie ersetzt im Landkreis Ravensburg die Überprüfung des Hilfebedarfs durch das Fallmanagement der Eingliederungshilfe. 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 21 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.

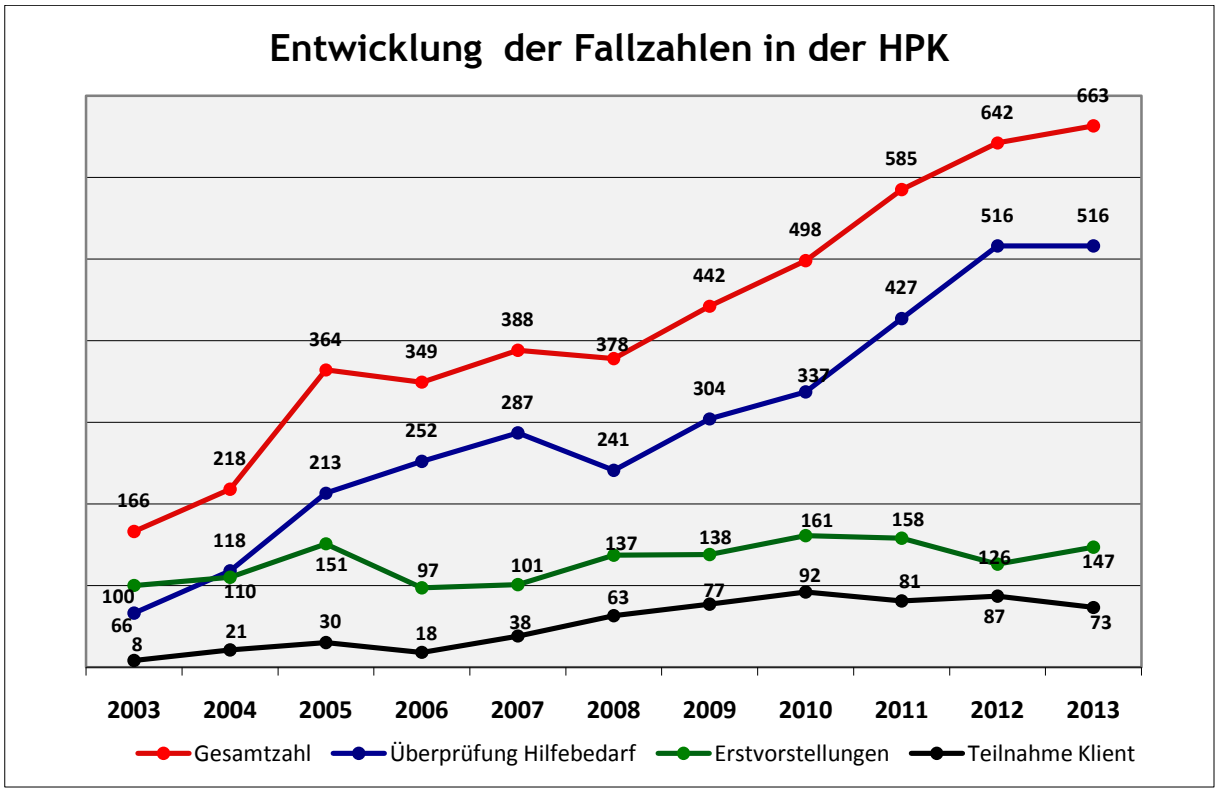


Schaubild 21

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, ausgewandt.

Diese Zahl bleibt mit Schwankungen relativ konstant. Ein nicht zu unterschätzender Effekt der Hilfeplankonferenz und deren weitgehende Beschränkung auf hilfebedürftige Personen des Landkreises ist in der damit verbundenen Steuerbarkeit der stationären Wohnplätze zu sehen. So ergab die monatliche Abfrage der freien Heimplätze, dass es im Durchschnitt 6) freie Plätze in den Einrichtungen gab. Dieser Effekt ist ein Ergebnis der Selbstverpflichtung auf eine regionale Versorgungsverpflichtung. Für die hilfesuchenden Personen besteht damit im Gegensatz zur Vergangenheit die Möglichkeit einer Auswahl der Heimplätze.

Die Auswertung der Neuvorstellungen in der HPK zeigt, dass das Unterstützungsangebot des ambulant betreuten Wohnens trotz oft hohem und komplexem Hilfebedarf favorisiert wird. Stationär betreutes Wohnen wird von den Klienten meist erst dann akzeptiert, wenn sich das Angebot des ambulant betreuten Wohnen als zu wenig intensiv herausgestellt hat. Dementsprechend erfolgt die Empfehlung für stationär betreutes Wohnen häufig nicht bei der Erstvorstellung, sondern nach Wiedervorlage aufgrund der Erhöhung des Hilfebedarfs.

Die Frage des Grades an Selbstbestimmung, die eine wesentliche Rolle für die professionelle Unterstützung spielt, kann an der Existenz einer rechtlichen Betreuung festgemacht werden. Schaubild 22 zeigt das Ausmaß der rechtlichen Betreuung insgesamt und bezüglich der Anteile in der jeweiligen Unterstützungsform.

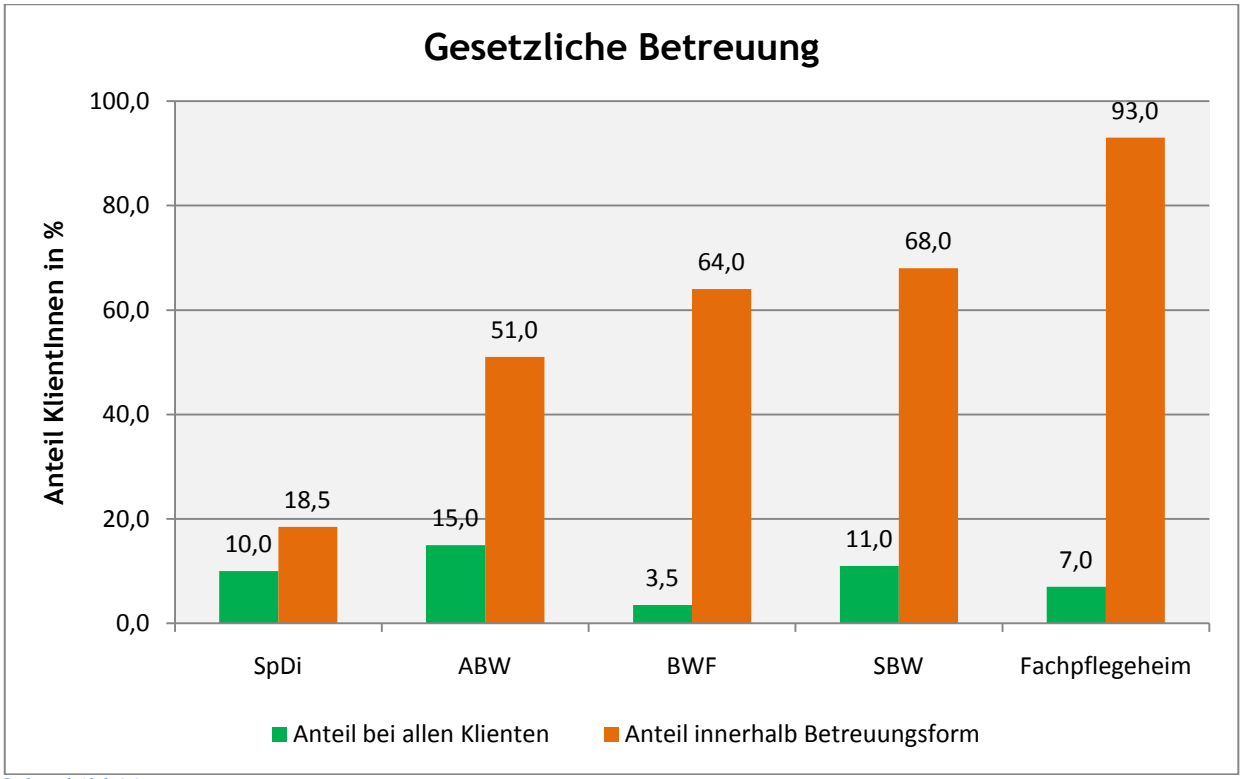


Schaubild 22

Während von den KlientInnen, die von den SpDi unterstützt werden weniger als ein Fünftel eine rechtliche Betreuung haben, ist das bei den Klienten der Fachpflegeheimen nahezu umfassend der Fall. Insgesamt haben etwas weniger als die Hälfte der Klienten in komplementärer Betreuung eine rechtliche Betreuung, im ambulant betreuten Wohnen sind es ziemlich genau die Hälfte.

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). Differenziert gibt es zwischenzeitlich das ABW plus, in dem KlientInnen mit unterscherschiedlichem Hilfebedarf betreut werden können sowie die Therapeutische Wohngruppe des ZfP, in der Personen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten unterstützt werden. 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 2013 wurden Leistungen des Persönlichen Budgets für 24 Personen mit seelischer Behinderung erbracht. Diese Leistungsform ist gegenüber den Sachleistungen der Eingliederungshilfe im Landkreis Ravensburg quantitativ bedeutungslos[3]. Schaubild 23 zeigt die Fallzahlen in der Eingliederungshilfe ohne Leistungen des persönlichen Budgets für die Jahre 2011 bis 2013.

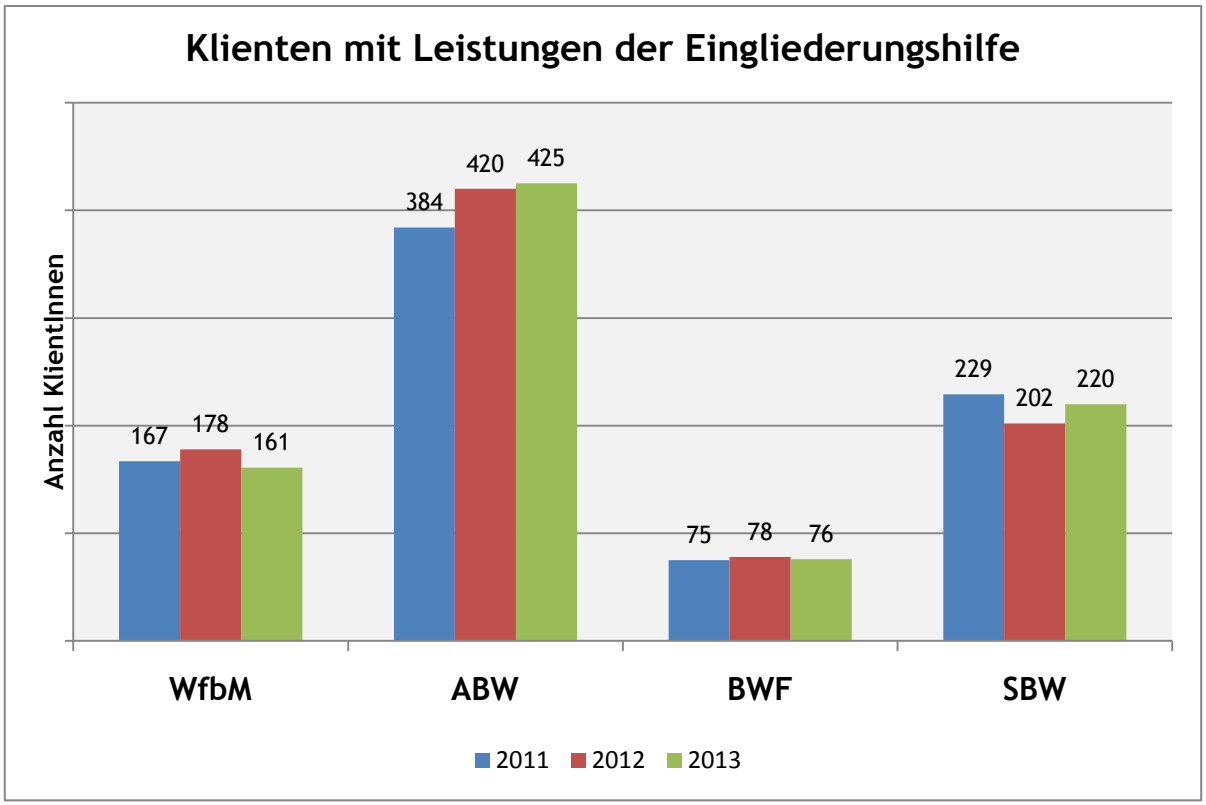


Schaubild 23

Die in Schaubild 23 angegebenen Personen in der WfbM leben in einer eigenen Wohnung ohne professionelle Unterstützung. Das bedeutet, dass im Landkreis Ravensburg nur noch ein kleiner Anteil von 25% der KlientInnen im Rahmen der Eingliederungshilfe stationär betreut wird. In den letzten Jahren ist dieses Verhältnis relativ stabil. Rechnet man die Anzahl der KlientInnen

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

mithilfe der durchschnittlichen Verweildauer pro Jahr in Plätze um (Schaubild 24) ergibt sich eine Zahl von insgesamt 720 Plätzen, also 162 weniger. Bei der Platzzahl reduziert sich der Anteil der stationär betreuten KlientInnen auf 23%. Zwischenzeitlich besteht eine rege Fluktuation zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

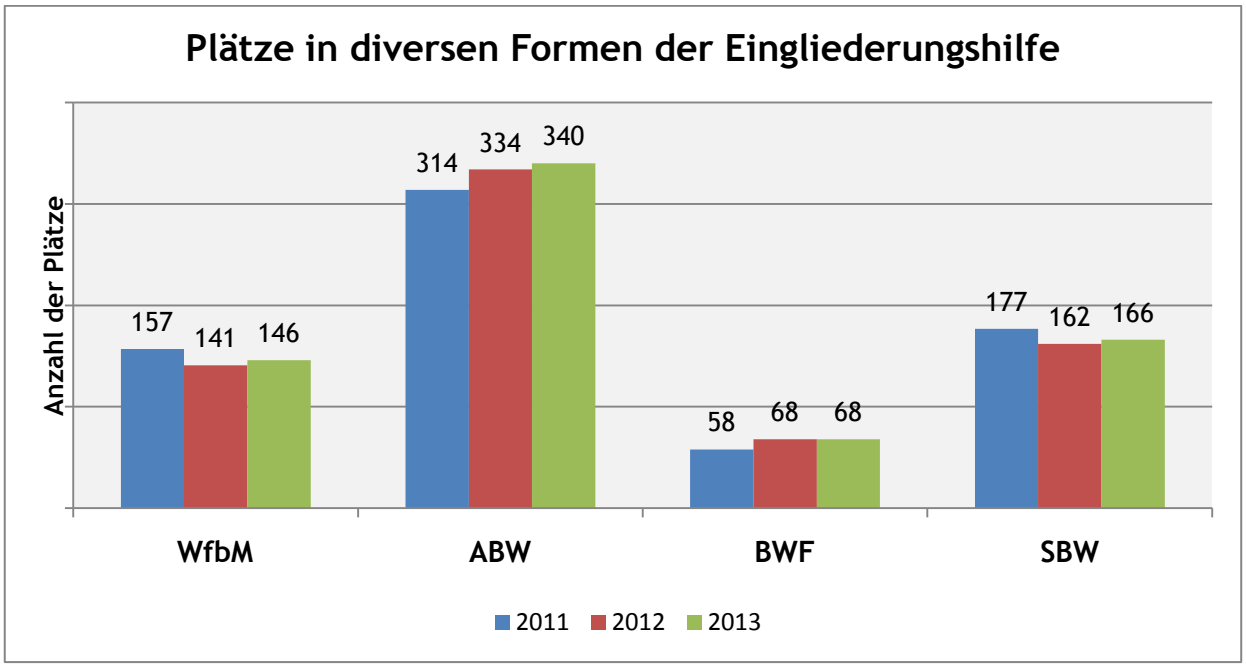


Schaubild 24

Betreutes Wohnen

Die alte Weisheit „einmal im Heim – immer im Heim“ gilt für den GPV des Landkreises Ravensburg nicht mehr. Dies wird aus der Tatsache ersichtlich, dass die Zahlen im SBW nicht steigen, obwohl viele neue Klienten ins System kommen. Lediglich im Betreuten Wohnen in Familien verbleiben die Klienten länger. In dieser betreuten Wohnform haben sie ein hohes Maß an Inklusion erreicht. Das Betreute Wohnen in Familien erfüllt damit nach wie vor eine wichtige Funktion im GPV des Landkreises Ravensburg. Die frühere Funktion als Motor der Enthospitalisierung für lang hospitalisierte psychisch kranke Menschen hat sich zwar erübrigt, aber die Funktion des Schutz- und Schonraums anstelle einer Heimunterbringung ist nach wie vor wichtig.

Für den Gemeindepsychiatrischen Verbund stellt sich damit nach wie vor die von der UN_BRK in Artikel 19 aufgeworfene Frage, ob ein Versorgungssystem ohne Heimplätze möglich ist. Um dieser Frage näher zu kommen soll die Entwicklung der Wohneinrichtungen seit dem Abschluss der Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund nachvollzogen werden (Schaubild 25).

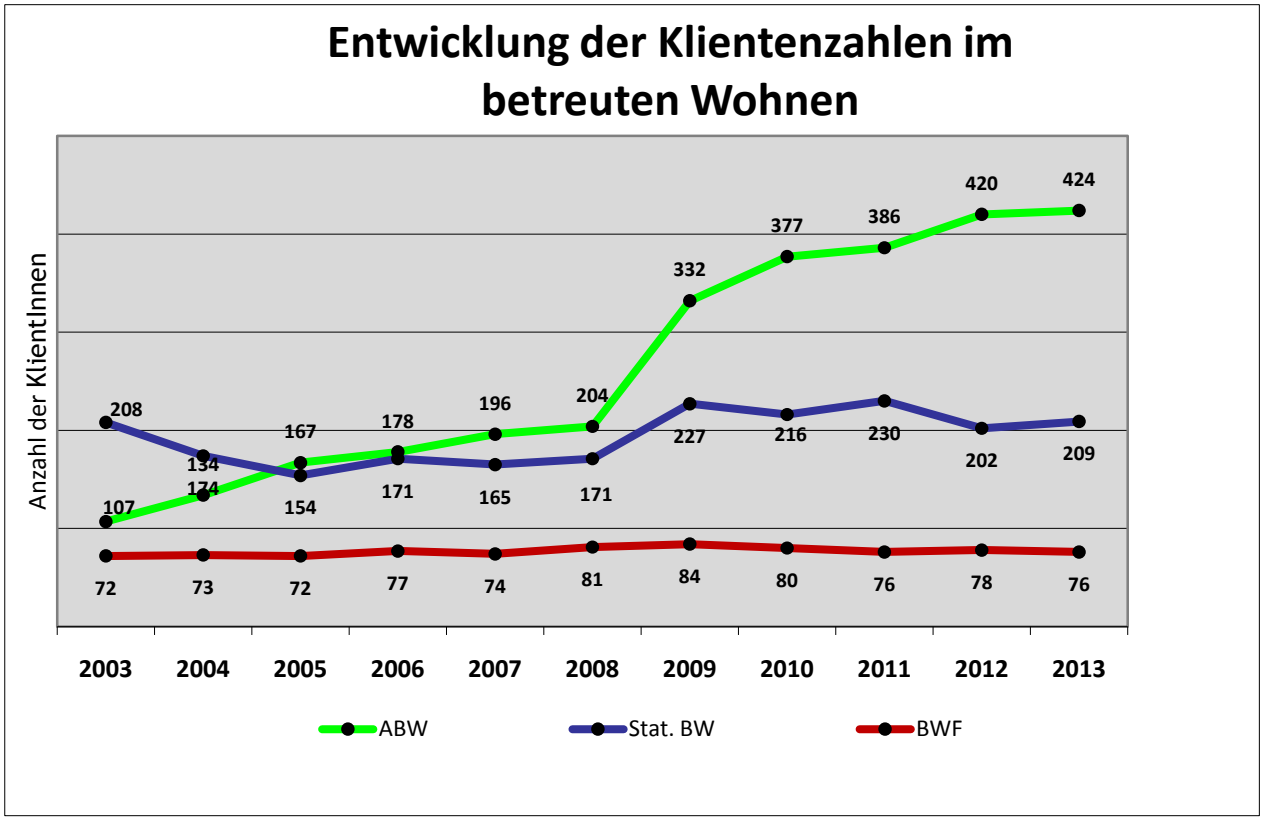


Schaubild 25

Schaubild 25 zeigt, dass sich die Anzahl der Klienten im Ambulant Betreuten Wohnen von 2003 bis 2013 vervierfacht hat, während sie im Stationär Betreuten Wohnen und im Betreuten Wohnen in Familien gleich geblieben ist[4]. Bei der Bewertung der Entwicklung des Betreuten Wohnen in den vergangenen 10 Jahren müssen drei Dinge berücksichtigt werden:

1. Die psychiatrische Familienpflege hat bereits in den 1990er Jahren gezeigt, dass psychisch kranke Menschen mit schwerer seelischer Behinderung mitten in der Gemeinde leben können. Die wichtigste Erkenntnis war, dass je schwerer die Behinderung desto wichtiger das individuell passende Hilfeangebot.
2. Mit Einsetzung der Hilfeplankonferenzen wurde das ambulant betreute Wohnen die dominante Betreuungsform. Der gesamte Anstieg der Klientenzahlen im GPV wurde durch das ambulant betreute Wohnen absorbiert.
3. Das ambulant betreute Wohnen wurde bis 2011 mit einer Pauschale finanziert, die einer Betreuungsintensität mit einem Personalschlüssel von 1:10 bis 1;12 entspricht. Aufgrund dieser Beschränkung konnten stationäre Wohnplätze nicht abgebaut werden.

Eine weitere Ambulantisierung im Betreuten Wohnen ist aus Sicht der Trägergemeinschaft GPV im Landkreis Ravensburg erwünscht. Dafür sind zwei fördernde Faktoren gegeben:

1. Die Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens im GPV des Landkreises Ravensburg sind zum Teil bereits jetzt räumlich und organisatorisch strukturiert wie ambulant betreute Wohneinheiten. D.h., die Plätze befinden sich zu einem großen Teil in Nachbarschaften, in denen

[4] Ab 2009 wurden die Fallzahlen des ABW und SBW der Anode gGmbH hinzugerechnet

auch nicht behinderte Menschen wohnen und bestehen aus Wohnungen familiärer Größe. Schaubild 26 zeigt die Verteilung der Klienten auf die verschiedenen Formen Stationär Betreuten Wohnens im Jahr 2012.

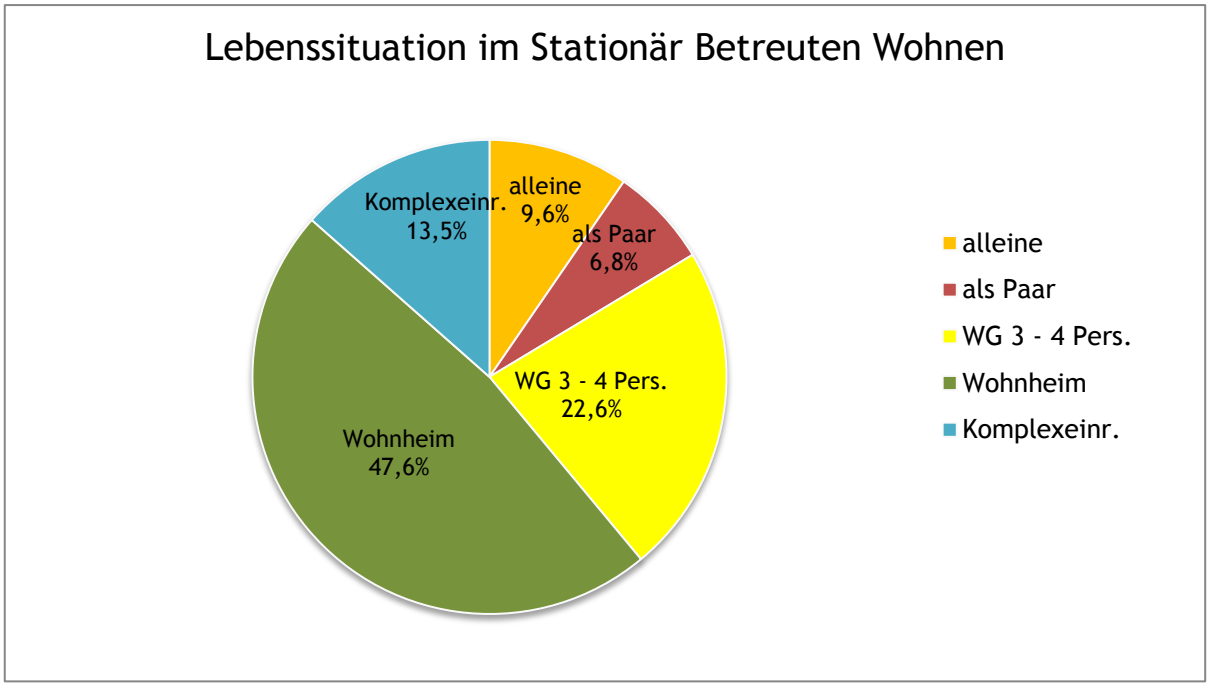


Schaubild 26

In einer **Komplexeinrichtung** wie sie im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung und in einigen Regionen auch im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung üblich ist, leben lediglich 13% der Klienten des Stationär Betreuten Wohnens (Riesenhof der BruderhausDiakonie). In Häusern, in denen ausschließlich Menschen mit seelischer Behinderung leben, wohnen 47% der Klienten des Stationär Betreuten Wohnens **(Wohnheime)**. In Häusern, in denen Menschen mit und ohne Behinderung unter einem Dach allein oder zusammen mit maximal 3 anderen seelisch behinderten Menschen wohnen **(inklusives Wohnen),** leben 40 % der Klienten des stationär betreuten Wohnens. Seit 30 Mai 2014 sind solche Wohnformen im Rahmen des Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) als **Teilweise Selbstbestimmtes Ambulant Betreutes Wohnen** ordnungsrechtlich abgesichert.

2. Leistungsrechtlich wurde im Rahmen der Eingliederungshilfe das Ambulant Betreute Wohnen auch für Personen mit höherem Hilfebedarf als 1:10 bis 1:12 eingeführt. Nach einer dreijährigen Modellphase ist das **ABW plus** Teil des Regelangebots der Eingliederungshilfe. Im Jahr 2013 wurden 18 Klienten im Rahmen des ABW plus betreut. Obwohl ein größerer Teil der Klienten aus dem stationär betreuten Wohnen in ABW plus wechselte, verblieben alle bis zum Ende des Jahres in diesem Status und wurden nicht häufiger zur Krisenintervention in die Klinik aufgenommen als die Klienten des stationär betreuten Wohnens. ABW plus erweist sich also bisher als realistische Alternative zum stationär betreuten Wohnen und könnte dieses sukzessive ersetzen.

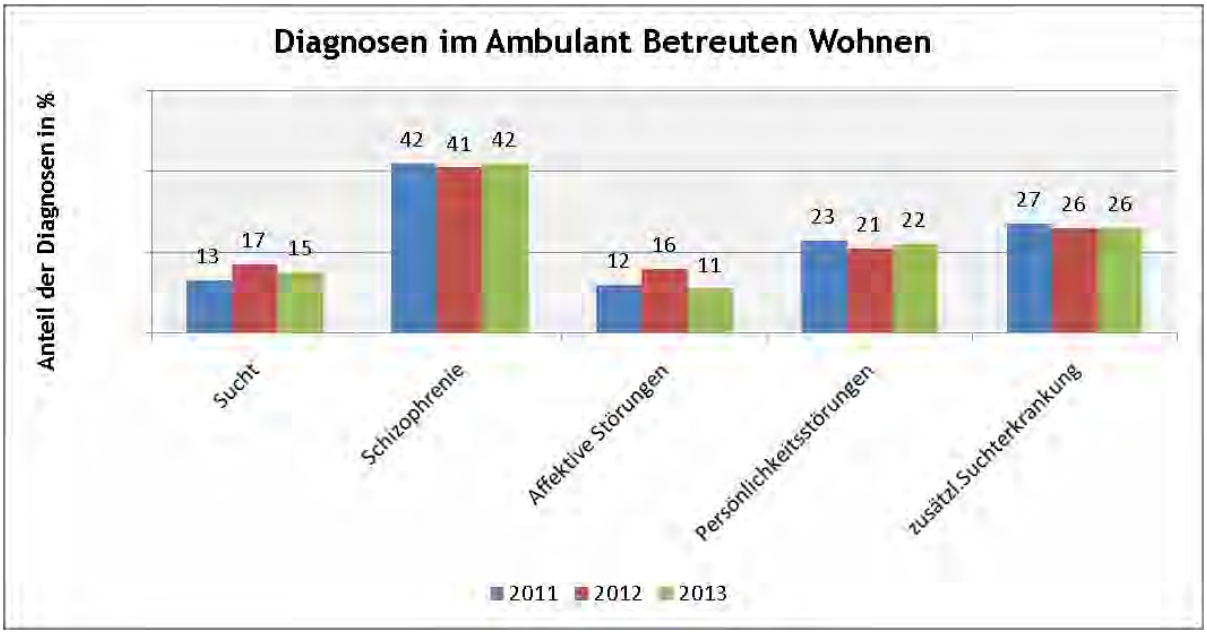


Schaubild 27

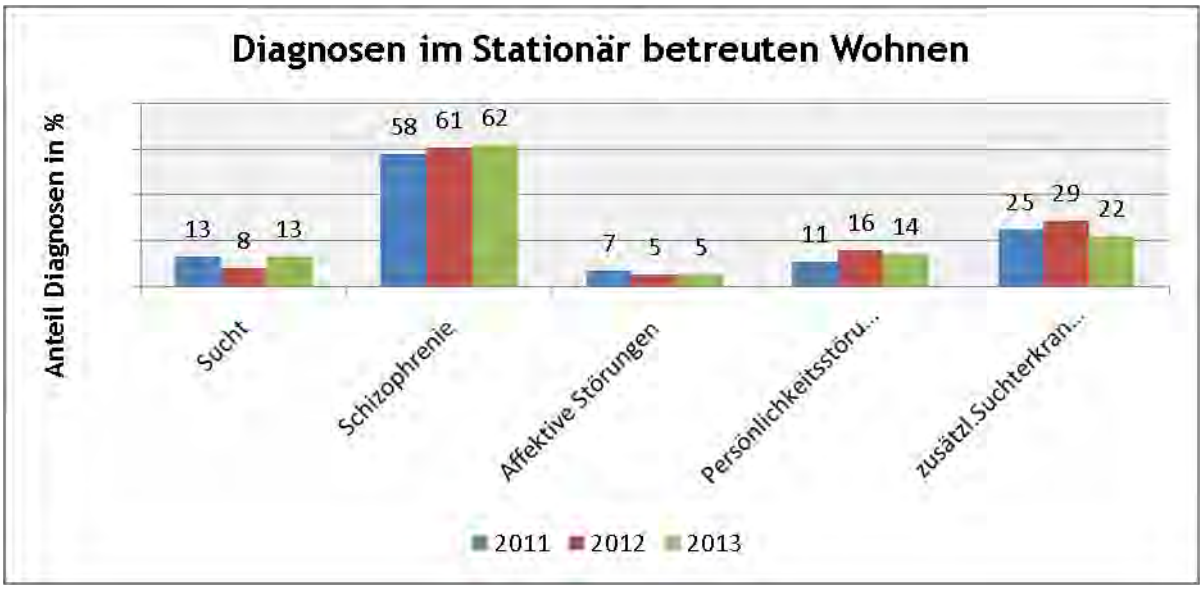


Schaubild 28

Wie der Diagnosevergleich zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen zeigt, unterscheidet sich bisher die Klientel der beiden Wohn- und Betreuungsformen deutlich. Die Klienten mit schizophrenen Psychosen sind häufiger auf eine Wohn- und Betreuungsform angewiesen, bei denen die Selbstbestimmung eingeschränkt ist und die Verantwortung über 24 Stunden beim Einrichtungsträger liegt. Im Jahr 2013 ist der Unterscheid in dieser Diagnosegruppe auf 20% angewachsen. Hier könnte das WTPG mit der „Zwischenform“ des „Teilweise Selbstverantworteten Ambulant Betreuten Wohnens“ den Prozess in Richtung weitgehender Ambulantisierung fördern.

Entsprechend dem Personenzentrierten Ansatz zeigt sich in den betreuten Wohnangeboten des GPV Ravensburg, dass nicht die Wohnform, sondern die Intensität der Unterstützung das entscheidende Merkmal ist. Diese ist nicht standardisiert, sondern bemisst sich in allen Wohnformen mit Ausnahme des BWF nach dem individuellen Hilfebedarf. Durch die konsequente

Anwendung des personenzentrierten Ansatzes wächst die Möglichkeit für die Klienten, ihre präferierte Wohnform selbstbestimmt zu wählen. Die Wählbarkeit der Wohnform ist eine der wesentlichen Vorgaben der UN-BRK. Menschen mit seelischer Behinderung sind in ihrer Präferenz eindeutig: sie wollen nicht in Wohngemeinschaften leben, sondern entweder allein oder mit Partner oder als Zweier-Gemeinschaft.

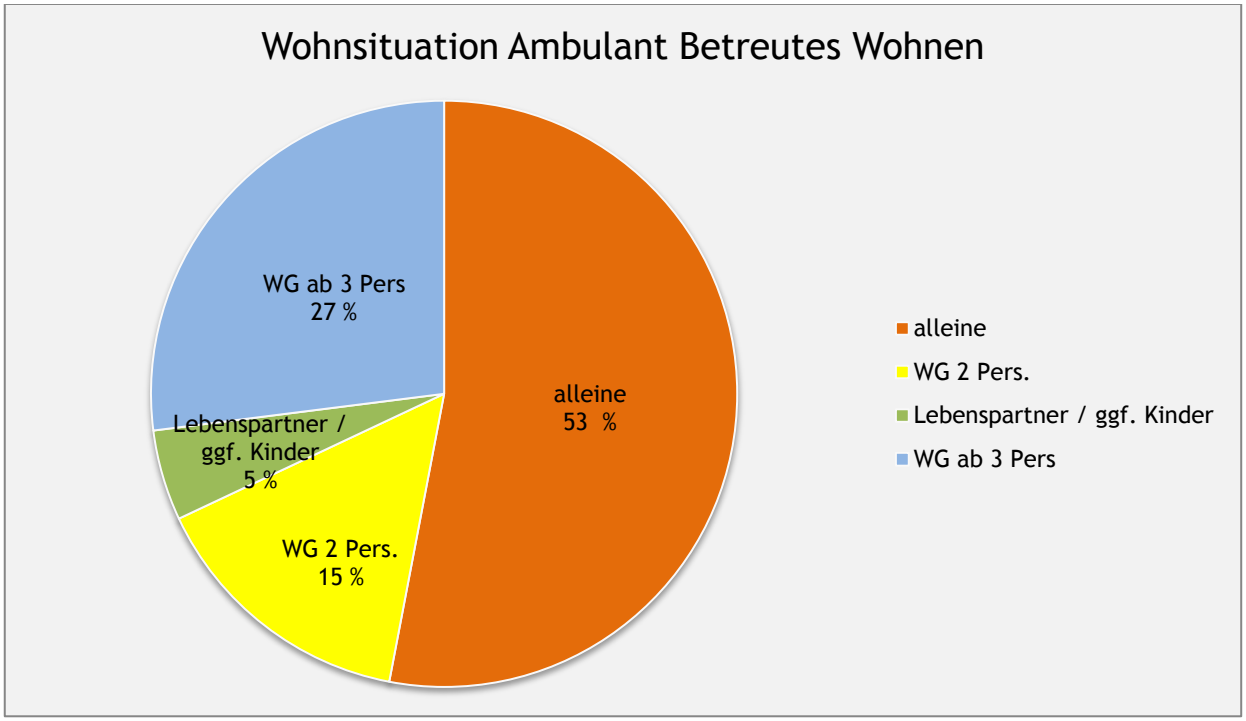


Schaubild 29

Schaubild 29 zeigt, dass über die Hälfte der Klienten im ABW alleine leben und zwar nicht in Anhängseln an ein psychiatrisches Wohnheim, sondern in der Gemeinde. In Wohngemeinschaft lebt gerade noch ein starkes Viertel und damit in der Terminologie des WTPG **vollständig selbstbestimmt.**

Tatsache ist allerdings, dass diese Form des Wohnraums schwer zu finden ist und darüber hinaus nicht mit öffentlichen Mitteln des Landes gefördert wird. Die Objektförderung wurde im Jahr 2013 im Rahmen des Programms „Impulse Inklusion“ auf den Bereich der Einrichtungen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung beschränkt. Mit diesen Förderrichtlinien werden nun im Rahmen des Dezentralisierungsprogramms zwar kleinere aber wieder künstliche Einrichtungen geschaffen, die es nach den Vorgaben der UN-BRK nicht mehr geben dürfte. Inklusive Wohneinheiten, in denen Menschen mit und ohne Behinderung zusammen wohnen können nur durch Gemeinden und gemeinnützige Wohnbaugesellschaften erstellt werden. Vorbildfunktion hat in diesem Sinne das im Jahr 2012 eröffnete Wohnprojekt Südstadt, das von der Stadt Ravensburg mit Fördermitteln des Landes erstellt wurde und in dem Wohnungen für Menschen mit Behinderung geschaffen wurden. Der GPV ist auf solche Initiativen angewiesen, um die Ambulantisierung weiter zu entwickeln. Besonders wichtig für Menschen mit seelischer Behinderung ist die Erstellung von bezahlbaren Einzelappartements.

Diese Veränderungen in den letzten 11 Jahren (Schaubild 25) zeigen, 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. Wie die beiden Schaubilder auf Seite .

21und 22 zeigen, ist in den letzten drei Jahren gleichzeitig die Zahl als auch die Dauer der Klinikaufenthalte der KlientInnen in den Einrichtungen des betreuten Wohnens gesunken. Die Leistungen der Eingliederungshilfe bewirken damit tatsächlich die nachhaltige Integration psychisch kranken Menschen im Landkreises Ravensburg. Dies gilt auch für die **Integration ehemaliger forensischer Patienten** des ZfP am Standort Weissenau, von denen ein Teil ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor der Aufnahme in die Forensik in Stuttgart und Umgebung hatte und aus sozialen Gründen nicht dorthin zurückkehren konnte. 2012 wurden 102 ehemals forensisch untergebrachte Klienten in den Einrichtungen und Diensten des GPV betreut, davon 40 im ambulant betreuten Wohnen, 32 im stationär betreuten Wohnen und 9 in der WfbM ohne Wohnbetreuung. 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 8 auf Seite 13 zeigt die Nutzung der verschiedenen Leistungen des SGB V durch die Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens in den Jahren 2011 bis 2013. Das Schaubild zeigt, dass der überwiegende Teil der Klienten im ABW durchgehend fachärztlich behandelt wurden. Die Inanspruchnahme fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung durch Klienten des ABW ist verglichen mit anderen Regionen ungewöhnlich hoch. 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.

Wie viele Klienten in den Betreuten Wohn- und Arbeitsangeboten des GPV nachhaltige Probleme mit der Gemeindeintegration haben, wird erst ersichtlich, wenn die Dauer der Aufenthalte in Zeitkohorten dargestellt wird. Schaubild 30 zeigt, wie viele Klienten aus verschiedenen Einrichtungen in verschiedenen Zeitspannen zur Krisenintervention in der Klinik waren.

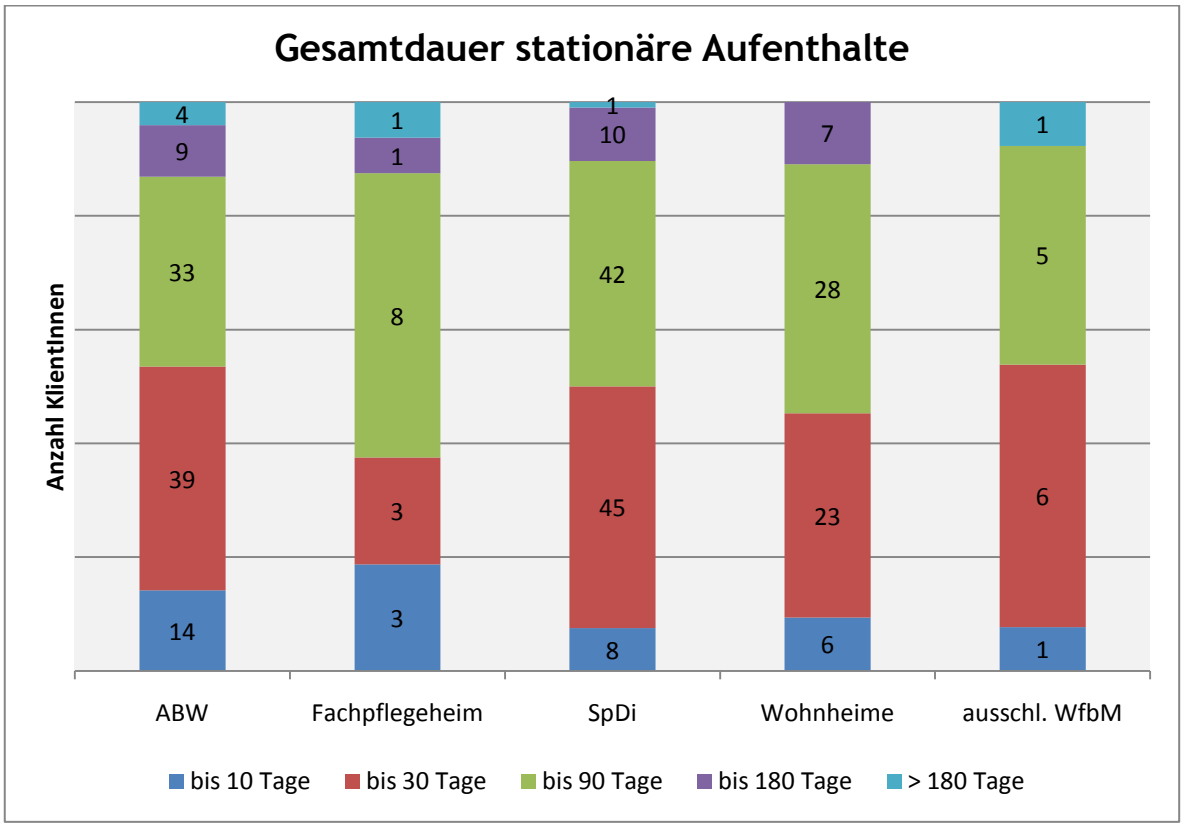


Schaubild 30

Schaubild 30 zeigt, dass die Zahl der Klienten, die länger als 6 Monate im Jahr in der Klinik behandelt wurden, sehr klein ist. Mit der Aufnahme dieser Klienten in die TWG, die seit Beginn 2014 mit Vollbelegung läuft, sollte sich die Zahl dieser Klienten auf 0 reduzieren. Die TWG hat die Möglichkeit, im Bereich des Betreuten Wohnens mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen zu operieren.

Klienten mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten

Zahlenmäßig ist die Gruppe der psychisch kranken Menschen, bei denen das herausfordernde Verhalten so schwerwiegend war, dass eine dauerhafte Selbst- und/oder Fremdgefährdung daraus resultierte, gering. In den Planungen der Klinik und den Diskussionen der HPK nimmt diese kleine Gruppe jedoch eine große Bedeutung ein. Seit Mitte des Jahres 2012 wird für diese Klientengruppe eine Therapeutische Wohngruppe TWG mit 10 Plätzen auf der Grundlage einer Leistungsvereinbarung im Rahmen der Eingliederungshilfe im Klostergebäude der Weissenau betrieben.

Das Angebot der Therapeutischen Wohngruppe (TWG) richtet sich an erwachsene Personen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung (im Sinne des § 53 SGB XII) und schwerwiegend herausforderndem 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.“[5] Die TWG bietet ihren Klienten zeitlich befristet einen Lebensraum, in dem sie densel-

[5] Zitat aus der o.g. Leistungsvereinbarung

ben Herausforderungen des Alltags begegnen wie in der Gemeinde, jedoch rund um die Uhr Unterstützungs- und Förderungsangebote nutzen können.

2013 wurden 11 Klienten in der TWG betreut, 5 sind neu eingetreten und 1 ist ausgetreten. Außer bei 1 Klient wurde bei allen eine schizophrene Psychose oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, bei einem Drittel mit zusätzlicher Suchtproblematik. Den Bodenseekreis haben 46% der Klienten als Herkunftslandkreis, den Landkreis Ravensburg 36%, die restlichen 2 Klienten kommen aus anderen Landkreisen Baden-Württembergs, wurden jedoch vor dem Eintritt in die TWG von Einrichtungen der GPV im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis betreut.

Weiterentwicklung der Wohnversorgung

Um die Frage zu beantworten, ob auch für einen Teil der Klienten, die die Voraussetzungen der TWG nicht erfüllen, ein stärker beschütztes Angebot notwendig wäre, muss die Nutzung der Fachpflegeheime betrachtet werden.
Die Funktion der Fachpflegeheime im GPV besteht darin, alt, immobil und pflegebedürftig gewordenen chronisch psychisch kranken Menschen, die seit Jahren oder Jahrzehnten in den Einrichtungen und Diensten des GPV betreut werden, einen adäquaten Platz im Alter zu bieten. Demenzkranke Menschen werden in den Fachpflegeheimen des GPV nur aufgenommen, wenn herausfordernde Verhaltensweisen wie massive Getriebenheit und Unruhe oder aggressives Verhalten gegenüber Personen oder Sachen im Altenpflegeheim nicht gehandhabt werden können.

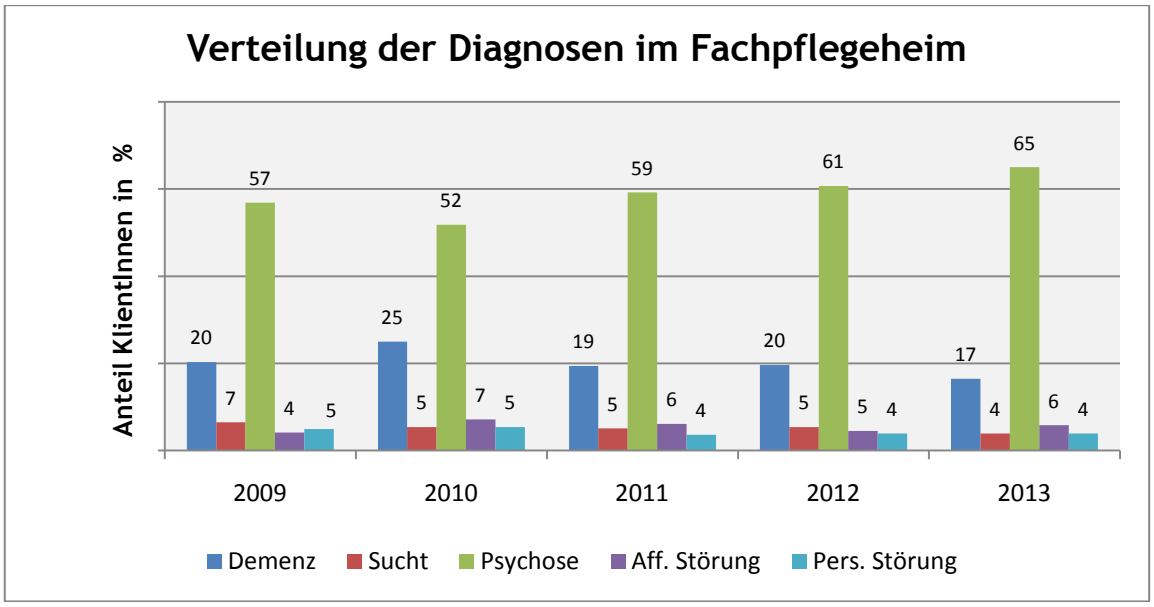


Schaubild 31

Schaubild 31 zeigt, dass sich Personen mit schizophrenen Psychosen, zwischenzeitlich mit noch höherem Anteil in den Fachpflegeheimen befinden als im stationär betreuten Wohnen (vgl. Schaubild 28 auf Seite 35). Im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie ist der Anteil mit 75% sogar noch höher. Der Anteil der Personen mit Demenz, die nahezu ausschließlich im Fachpflegeheim des ZfP betreut werden, sinkt hingegen seit 2010 beständig. Die Zunahme der Klienten mit schizophrenen Erkrankungen in den Fachpflegeheimen ist nicht sehr erstaunlich,

handelt es sich doch um die Diagnosegruppe mit dem höchsten Chronifizierungsgrad und damit auch dem höchsten Anteil an alten Menschen in den komplementären Einrichtungen des GPV. Erstaunlich ist hingegen die Altersverteilung.

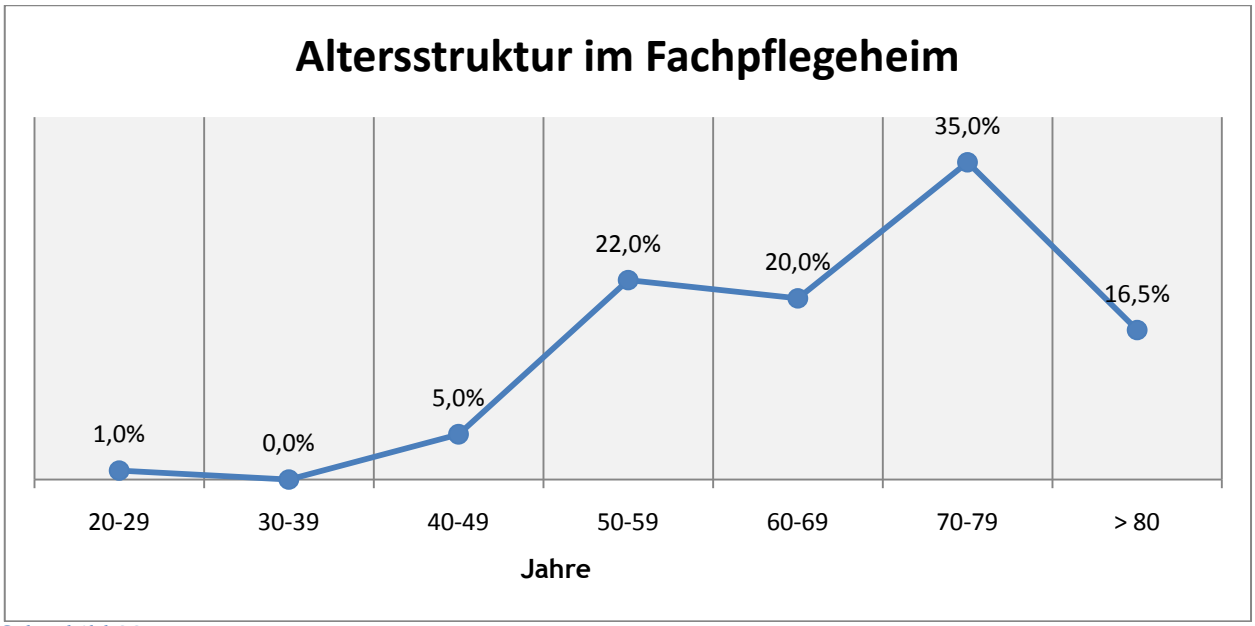


Schaubild 32

Hätte man nach der obigen Funktionsbeschreibung der Fachpflegeheime erwartet, dass die Alterskohorten bei 70 beginnen sind nahezu die Hälfte der Klienten unter 70 Jahren, 28% sogar unter 60 Jahren. Ein Blick auf die Pflegstufenverteilung im Fachpflegeheim der Bruderhaus Diakonie zeigt, dass der Aspekt der Pflege dort nicht im Vordergrund steht.

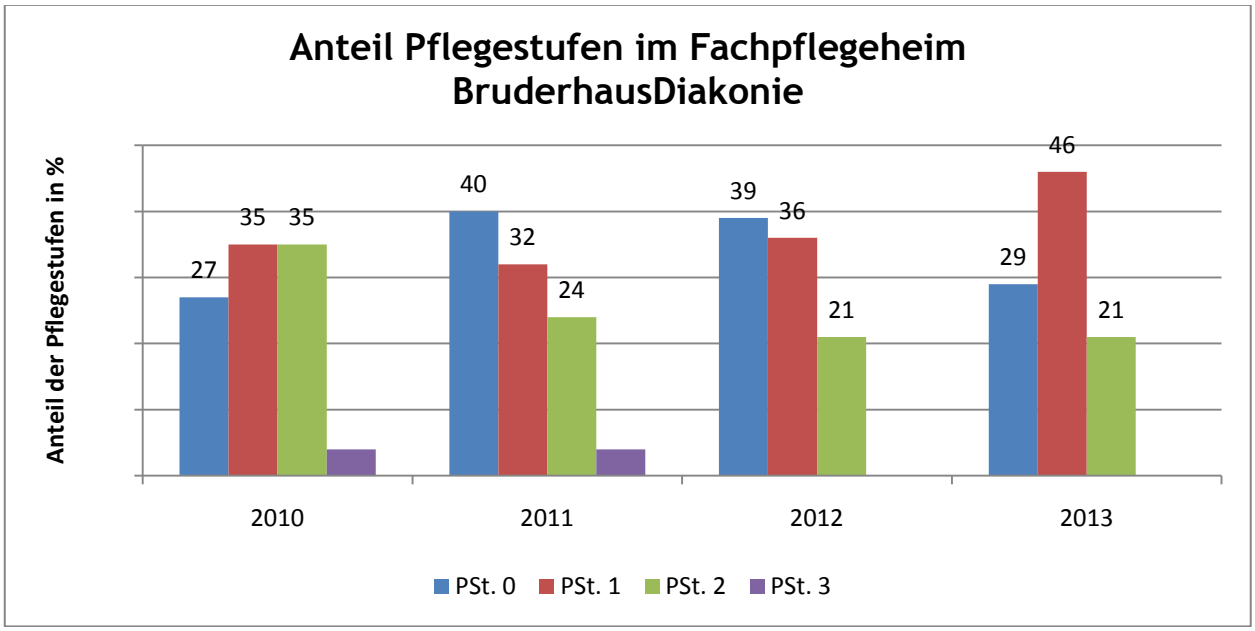


Schaubild 33

Während der Anteil der Klienten in Pflegestufe 3 im Fachpflegeheim des ZfP stabil um ein Viertel schwankt kommt er im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie seit 2012 nicht mehr vor. Auch in Pflegestufe 2 ist lediglich ein Fünftel der Klienten des Fachpflegeheims der BruderhausDiakonie eingestuft. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich ein größerer Teil der Klienten nicht wegen der Pflegebedürftigkeit, sondern wegen der hohen Betreuungsintensität - insbesondere während der Nachtzeiten – im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie befindet. Sozialrechtlich haben die Fachpflegeheime von ZfP und BruderhausDiakonie einen unterschiedlichen Status. 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. 20 Klienten des ZfP-Fachpflegeheims kommen aus dem Bodenseekreis, hier wird zum Teil die Versorgung der dementen Klienten mit herausforderndem Verhalten übernommen.

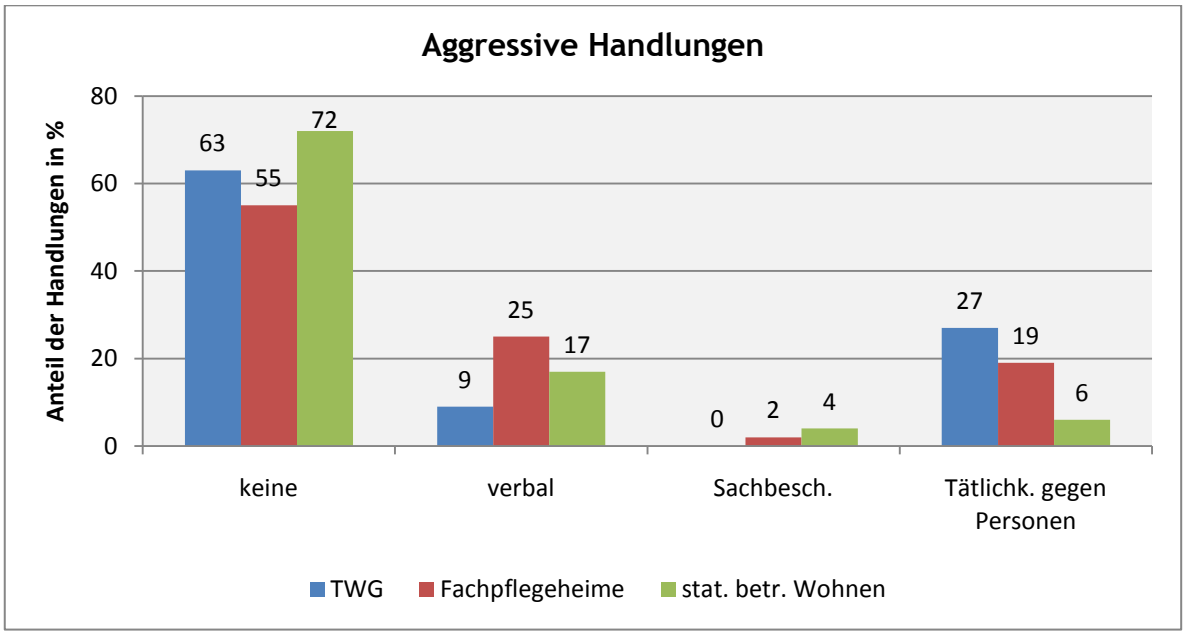


Schaubild 34

Das Auftreten aggressiver Verhaltensweisen ist einer von mehreren Indikatoren für die Häufung herausforderndem Verhaltens einer Einrichtung. Die Auswertung hat ergeben, dass aggressive Verhaltensweisen, insbesondere Tätlichkeit gegen Personen im stationär betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe deutlich weniger häufig vorkommt als in der TWG und den Fachpflegeheimen. In der TWG war diese Häufung zu erwarten, da die Häufung herausfordernder Verhaltensweisen eine Indikation für die Aufnahme ist. In den Fachpflegeheimen gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen dem FPH des ZfP und der BruderhausDiakonie. Im Letztgenannten ist die Häufigkeit der aggressiven Handlungen mit 25% deutlich geringer als im Fachpflegeheim des ZfP (50%), insbesondere auch im Hinblick auf Tätlichkeiten gegenüber Personen. (8,3% vs. 21,8%). Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass die aggressiven Handlungen in den Fachpflegeheimen von verwirrten, älteren psychisch kranken Menschen ausgehen.

Fazit: Hinsichtlich der Frage, welche Strukturen im Bereich Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung, bei denen die Pflege nicht im Vordergrund steht, gebraucht werden, liefert die GPV Bado gewisse Hinweise. Ein wichtiger Indikator ist das Vorkommen herausfor-

dernder Verhaltensweisen. Für Klienten mit **schwerwiegend** herausfordernden Verhaltensweisen ist die TWG das passgenaue Angebot. Die Fach**pflege**heime bieten Klienten, bei denen die Pflege nicht im Vordergrund steht, nicht die passgenaue Unterstützung. Ob ein Wohnheim mit Nachpräsenz die Versorgungsprobleme löst, ist fraglich. Zumindest geben die Zahlen der Bado-Statistik keinen Hinweis darauf. In der Zusammensetzung der Klienten in den Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens gibt es keine Unterschiede zwischen den auf Seite 34 dargestellten Wohnformen. Einzige Ausnahme bildet das Wohnheim der Anode. Mit dem Schwerpunkt der Betreuung von Klienten mit Suchtproblemen und gleichzeitigen psychischen Beeinträchtigungen ist ein vergleichbarer Anteil von aggressiven Handlungen festzustellen wie bei TWG und Fachpflegeheimen. Bei der weiteren Planung des betreuten Wohnens wird daher die Unterscheidung der Bereiche der allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen, der Suchterkrankungen und der gerontopsychiatrischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen.

Arbeit und tagesstrukturierende Maßnahmen

Weniger als 10% der 1905 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.

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Insgesamt waren 2013 in den Werkstätten des ZfP, der BruderhausDiakonie, der Sprungbrett Werkstätten gGmbH Kißlegg und dem Stephanuswerk Isny 647 Personen mit seelischer Behinderung beschäftigt, das sind 33 weniger als im Vorjahr. 212 im Berufsbildungsbereich (Vorjahr 237) und 445, im Arbeitsbereich (443). Der Rückgang der Klientenzahlen ist damit ausschließlich dem Berufsbildungsbereich zuzurechnen, wo er 10% ausmacht. Der Rückgang im Berufsbildungsbereich wird von den Trägern auf die verbesserten Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für nicht oder wenig chronifizierte psychisch kranke Menschen zurückgeführt. Für die Klienten ist diese Entwicklung erfreulich, für die Träger bedeutete sie z.T. markante Einschnitte.

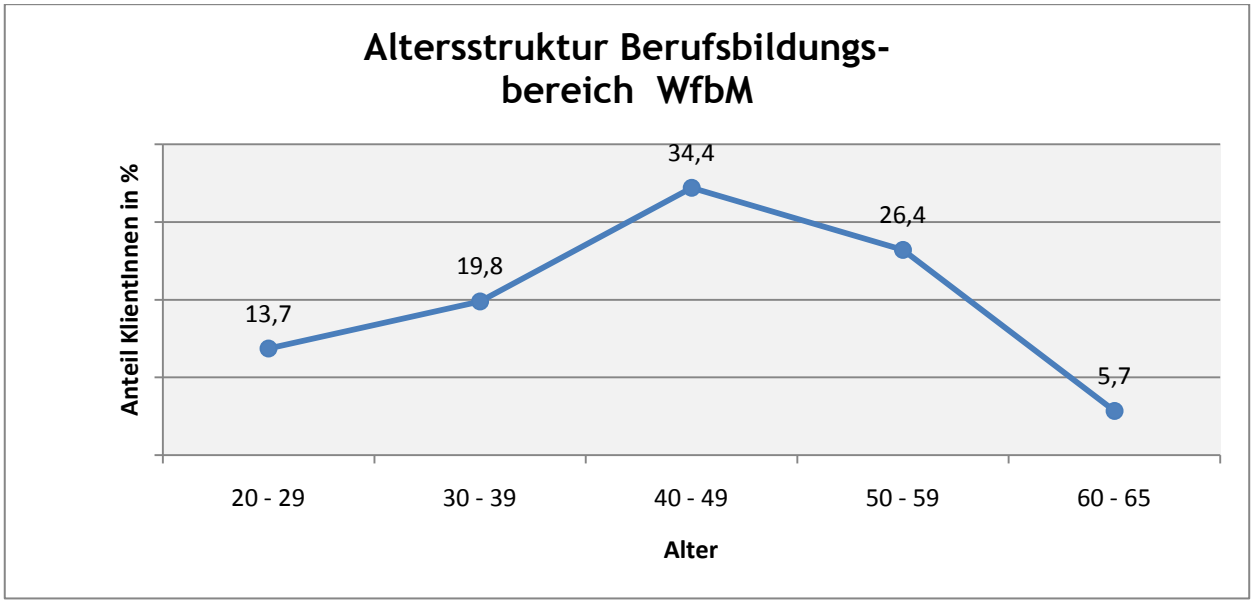


Schaubild 35

Die Altersstruktur in den Berufsbildungsbereichen der Werkstätten für seelisch behinderte Menschen weicht stark von den Werkstätten für geistig und körperlich behinderte Menschen ab. Wie Schaubild 35 zeigt, entscheiden sich zwei Drittel der Klienten erst ab dem 40. Lebensjahr für einen Eintritt in die WfbM. Unabhängig von Ihrer beruflichen Vorbildung müssen sie das Eingangsverfahren/den Berufsbildungsbereich durchlaufen. 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 36 zeigt die Lebens- bzw. Betreuungsform der WfbM-Beschäftigten.

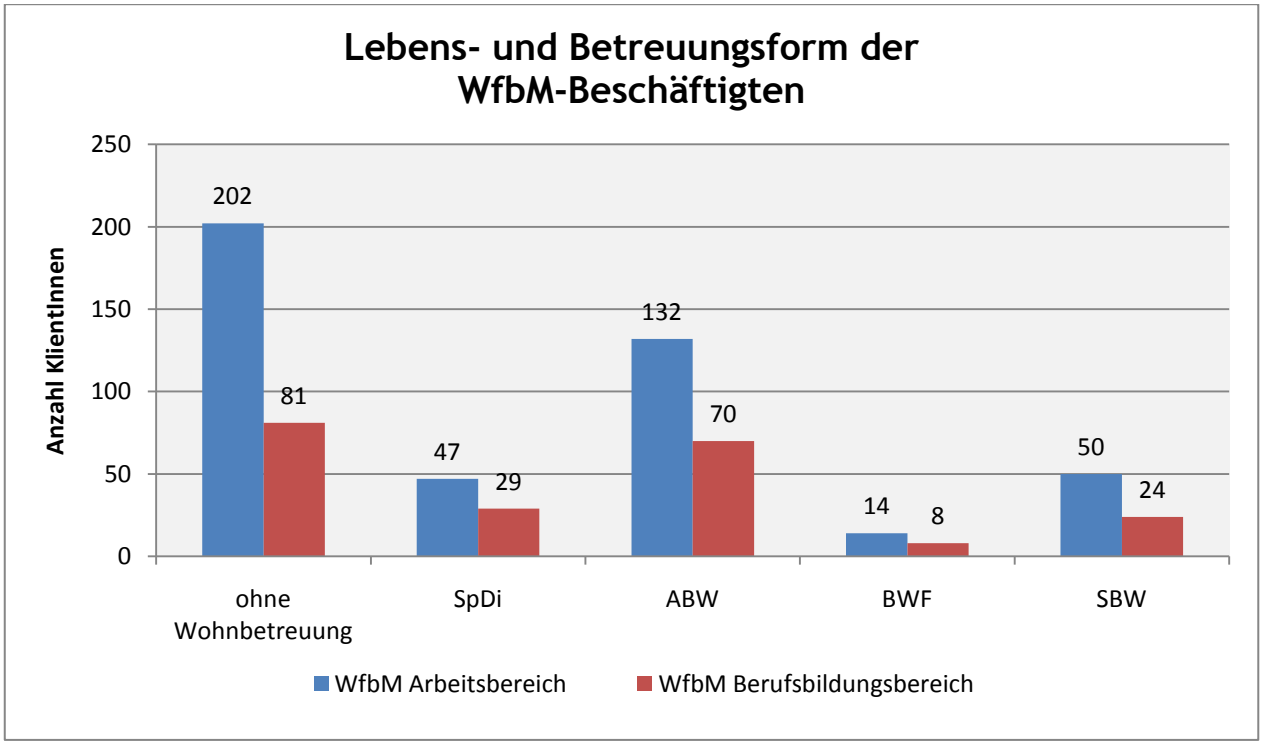


Schaubild 36

45% der Klienten im Arbeitsbereich führte 2013 ein selbständiges Leben ohne Hilfen des SpDi oder der Formen des Betreuten Wohnens. Im Berufsbildungsbereich sind es 40%. Das ist jeweils ein etwas geringerer Anteil als im Vorjahr. Der Anteil der Klienten aus den betreuten Wohnformen ist daüfr höher als im Vorjahr, im Arbeitsbereich liegt er bei 44% im BBB sogar bei 50%. Gleichwohl ist der Anteil der Klienten der betreuten Wohnformen, die in der WfbM arbeiten gering. Er liegt insgesamt bei einem knappen Drittel, im ABW bei 36%, im SBW bei 28% und im BWF bei 20%. Ein Blick auf die Diagnosen der WfbM-Beschäftigung liefert die Erklärung.

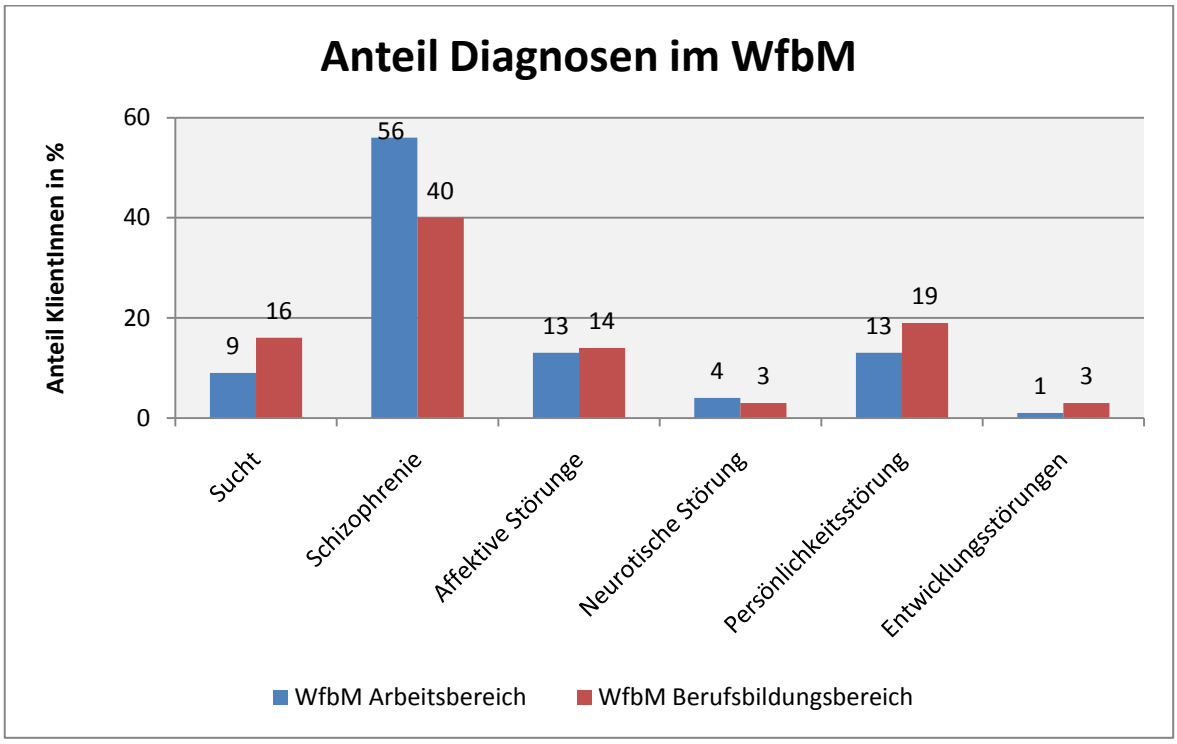


Schaubild 37

Aus der Gruppe der Klienten mit schizophrenen Psychosen, die im Stationär Betreuten Wohnen am stärksten vertreten ist, schafft ein gewichtiger Teil den Einstieg in den Berufsbildungsbereich nicht. Der Anteil der Klienten mit schizophrenen Psychosen im Berufsbildungsbereich ist um 16% geringer als im Arbeitsbereich. Es ist zu befürchten, dass die Klienten mit schizophrenen Psychosen des Stationär Betreuten Wohnen 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. Um dies zu vermeiden bedarf es im GPV des Landkreises Ravensburgs einer gezielten Förderung im Rahmen des tagesstrukturierenden Angebote der Eingliederungshilfe.

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 Voraussetzungen 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 Eingliederungshil-

fe, 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 zur 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.

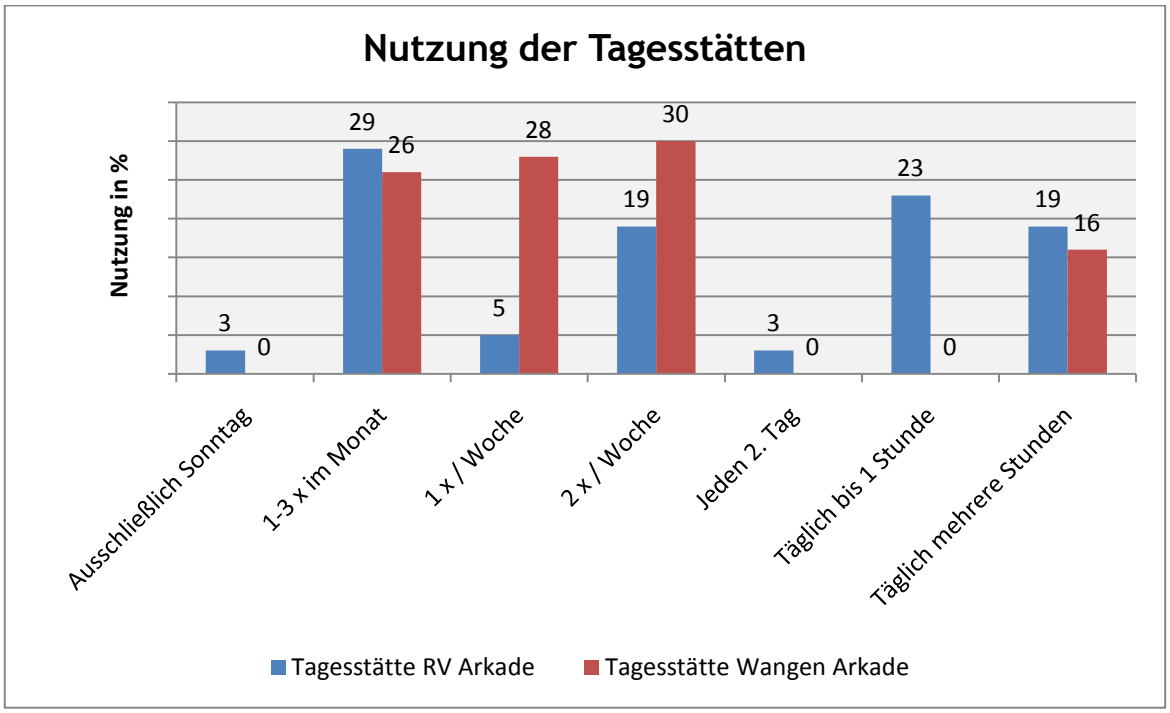


Schaubild 38

Schaubild 38 zeigt die Nutzung 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. Offensichtlich wird hier ein oberflächliches Kontaktbedürfnis befriedigt (sich einmal im Tag zeigen) oder ausschließlich das Mittagessen eingenommen. Das Nutzerverhalten ist in Ravensburg gegenüber dem Vorjahr nahezu gleich geblieben, während es sich in Wangen in Richtung etwas intensiverer Nutzung entwickelt hat

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. 2013 wurde die Leistung von 41 Personen in Anspruch genommen, die sich wie folgt verteilt haben:

- 24 Personen Weissenauer Werkstätten in Ravensburg
- 11 Personen Arkade/BruderhausDiakonie in Wangen
- 5 Personen Stephanuswerk Isny
- 1 Person Sprungbrett WfbM Kißlegg

Tagesstrukturierende Maßnahmen

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. 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.

Der größte Teil der KlientInnen hat die Diagnose Schizophrenie (75%) mit einem hohen Anteil an gleichzeitiger Suchtproblematik. Nach Beendigung der tagesstrukturierenden Maßnahme ist lediglich in einem Fall die Aufnahme in die WfbM erfolgt. Da lediglich die BruderhausDiakonie eine Leistungsvereinbarung für die Förderung zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nach Ltyp I.4.5b hat und dieser auch hier sehr selten zur Anwendung kam, wurde die Problematik mit dem Sachgebiet Eingliederungshilfe des Landkreises intensiv diskutiert. Im Sommer 2014 wurde man sich einig, dass alle Träger des stationär betreuten Wohnens Leistungsvereinbarungen für die Leistungstypen I.4.5b und I.4.6 abschließen und die Leistung nach Ltyp I.4.5b im GPZ Ravensburg von einem eigenen Team in eigenen Räumlichkeiten und im GPZ Wangen in der WfbM erbracht werden. Die Empfehlung zu Ltyp I.4.5b oder Ltyp I.4.6 soll parallel zur Empfehlung des stationären Wohnangebots künftig in der HPK erfolgen.

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 , bei Substituierten von der PSB. Die Diskussion der letzten Jahre um sogenannte Problemzonen in der Innenstadt hat gezeigt, dass Übergänge vom Auffällig-Werden in der Öffentlichkeit zu strukturierten Angeboten geschaffen werden müssen.

Ambulant und stationär betreutes Wohnen für Suchtkranke

Die Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen, bei denen die Suchterkrankung im Vordergrund steht, werden schwerpunktmäßig von der Anode gGmbH erbracht. Im Landkreis Ravensburg standen 2013 im stationär betreuten Wohnen 29 Plätze zur Verfügung, 25 für den Kreisteil Ravensburg und 4 für den Kreisteil Allgäu:

- Eine intensiv betreute Wohneinheit in Ravensburg 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 Südstadt Ravensburg mit **jeweils zwei** Plätzen.
- eine größere Einheit nahe der Innenstadt 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.
- Eine Wohngruppe mit 4 Plätzen in Wangen

Im Jahr 2012 wurden im SBW der Anode im Kreisteil Ravensburg 32 Klienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 216 Tagen betreut, im Kreisteil Allgäu wurden 4 Klienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 210 Tagen betreut. Dies ergibt für den Kreisteil Ravensburg eine Jahresbelegung von 19 Plätzen, im Kreisteil Allgäu von 2,3 Plätzen. Die Berücksichtigung der Personen aus dem Landkreis Ravensburg einher erhöhte sich weiter: stammten 2012 noch 53% der Klienten aus dem Landkreis Ravensburg waren es 2013 bereits 64%. Die häufigen Rückfälle gestalten die Betreuung allerdings schwierig. 53% der Klienten mussten im Jahr 2013 zur Krisenintervention in die Klinik, während dies im gesamten stationär betreuten Wohnen bei 30% der Fall war. Allerdings waren es im Vorjahr noch 20% mehr, so

dass trotz allem von einer gewissen Stabilisierung gesprochen werden kann. Auch die durchschnittliche Behandlungsdauer ist mit 15,5 Tagen allerdings nur etwas höher als bei der Gesamtheit des SBW (13,2 Tage, vgl. Schaubild 11).

Schwierig ist die Situation bei nicht abstinenzfähigen oder –willigen Suchtkranken mit sozial unverträglichem Trinkverhalten. Das Haus am Mehlsack in der Seestraße bietet für ältere und schwächere Suchtkranke einen beschützten Rahmen. Für jüngere, aktive Suchtkranke lassen vor allem die räumlichen Rahmenbedingungen keine zufriedenstellende Betreuung zu. Hier fehlen entsprechende Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten und ein abgestuftes Angebot. Deshalb müssen immer noch einzelne Suchtkranke in geschützte Komplexeinrichtungen außerhalb des Landkreises Ravensburg, verlegt werden.

Im ABW der Anode ist die Fluktuation bei Menschen mit Suchterkrankung deutlich höher als im ABW für Menschen, bei denen die chronisch psychische Erkrankung im Vordergrund steht. 2013 wurden insgesamt 69 Personen mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 269,5 Tagen betreut, wodurch sich eine Platzzahl von 44 und damit 15 weniger als im Vorjahr ergibt. Die Anzahl der Krisenaufnahmen in der Klinik war mit 51% ähnlich hoch wie im SBW, die durchschnittliche Behandlungsdauer mit 8,0 Tagen jedoch deutlich niedriger als in der Gesamtheit des ABW (12,0).

Das Angebot im ABW für Suchtkranke muss im Sinne einer Differenzierung und besonderer Angebote für eingeschränkt abstinenzfähige Bewohner weiterentwickelt werden. Bei nicht ausreichendem Hilfsangebot sollte ein schnellerer Wechsel in andere Betreuungsformen angestrebt werden.

Versorgung psychisch kranker Kinder- und Jugendlicher

Im Gegensatz zum Bodenseekreis existiert im Landkreis Ravensburg kein Jugendpsychiatrischer Verbund. Die ambulante Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen wird von der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Weissenau sowie der Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe übernommen. Als präventives Angebot hat sich das Projekt KiP (Kinder psychisch kranker Eltern) etabliert.

Projekt KIP - Kinder psychisch kranker Eltern

Seit Mai 2008 wird das Projekt Kinder psychisch, kranker Eltern (KiP) umgesetzt. Hierzu wurde eine Projektstelle mit einem Stellenumfang von 50 % beim Landratsamt (LRA) Ravensburg geschaffen. Ziel des Projektes ist, Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken oder belasteten Eltern zu entlasten und zu unterstützen und somit einem erhöhten eigenem Erkrankungsrisiko vorzubeugen.

Das Projekt besteht aus **drei Modulen,** die miteinander verwoben sind:

Modul 3 - Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch individuelle Maßnahmen. Ein besonderes Augenmerk gilt hier der altersgerechten Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters, der Sensibilisierung der Eltern für die Situation Ihrer Kinder; aber auch der Weitervermittlung der Familien an andere Hilfssysteme, wenn ein erweiterter Hilfsbedarf ersichtlich wird. Im Jahr 2013 gab es 95 (2012=71) persönliche Beratungskontakte zu 41 (2012=30) Familien und zusätzliche Telefonkontakte. Da die Familien oftmals in verschiedene Hilfssysteme eingebunden sind, mussten entsprechend häufig Abstimmungsgespräche mit anderen Beteiligten geführt werden. Über die vorhandenen Spendengelder können die Kinder und Jugendlichen auch individuell in ihren Interessen und Stärken gefördert werden. Im Jahr 2013 wurden für 11 (2012=15) Kinder und Jugendlichen die Kosten für Vereinsbeiträge, Musikunterricht, Ferienbetreuung, Lernförderung oder ähnliche Angebote übernommen.

Modul 2 - Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche - Am Standort Ravensburg wurde das Gruppenangebot „Esmeralda, wie geht es Dir?“ in Kooperation mit der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Weissenau durchgeführt, an dem fünf Mädchen und drei Jungen zwischen 10 und 12 Jahren teilnahmen.
In den Osterferien wurde als freizeitpädagogisches Ferienangebot ein Gesangs- Workshop angeboten, der sehr gut nachgefragt wurde (14 angemeldete Kinder / Jugendliche). In den Sommerferien wurden drei weitere Angebote gemacht (Tanzworkshop, Kreativtag, Stockkampfkunst), bei denen zwischen 7 und 10 Kinder teilnahmen.

Modul 1 - Ehrenamtliche Paten/Patenschaften - wird in enger Kooperation mit der Projektstelle des LRA von einer Mitarbeiterin des Arkade e.V. mit einem Stellenumfang von 60 % und einer zusätzliche Fachkraft als geringfügig Beschäftigte durchgeführt. Finanziert werden maximal 30 Patenschaften. Die Zahl der laufenden Patenschaften bewegt sich stets zwischen 26 und 30.

Im Jahr 2013 hat sich wieder bestätigt, dass das Angebot der Patenschaften für die betroffenen Kinder eine sinnvolle Unterstützung darstellt. Sowohl die Kinder selbst als auch deren El-

tern und die Paten berichten immer wieder, dass der wöchentliche Kontakt mit den Paten einen wichtigen Stellenwert für die Kinder hat. Sie genießen die Zuwendung durch die Paten und verbringen bei ihnen unbeschwerte Stunden. Die Paten bieten den Kindern Auszeiten von familiären Turbulenzen, häufig sind sie ein ruhender Pol in einer anderen Umgebung. Zwei besondere Glücksfälle: Ein Patenkind konnte während eines mehrtägigen Krankenhausaufenthalts der alleinerziehenden Mutter bei seinen Paten aufgenommen und betreut werden. Ein anderes Kind, dessen alleinerziehender Vater die Erziehung des Kindes vorerst nicht mehr leisten konnte, wechselte zu seinen bisherigen Paten in Vollzeitpflege. Somit war es beiden Kindern möglich, während der Krisenzeiten ihrer Eltern in einer ihnen bereits vertrauten Umgebung unterzukommen.

Die Anfragesituation war auch im vergangenen Jahr gut. Über das ganze Jahr waren meist ca. 5 Kinder auf der Warteliste, für die keine passenden Paten zur Verfügung standen. Im vergangenen Jahr konnten 18 Patenschaften neu vermitteln werden, dem standen 16 Beendigungen von gegenüber. Die Gründe hierfür waren sehr unterschiedlich. Zwei Patenschaften wurden in Vollzeitpflege umgewandelt. In sechs Fällen gab es eine Beendigung durch die Paten, weil spürbar wurde, dass die Jugendlichen das Interesse verloren und sich mehr in Richtung Peergroup orientierten.
Vier Patenschaften wurden nach dreijähriger Laufzeit beendet. In diesen Fällen ist das Einvernehmen zwischen Kind, Eltern und Paten so gut, dass die Patenschaft ganz in die Hände der Beteiligten gelegt werden konnte. Nach wie vor erhalten wir fast zwei Drittel der Anfragen von Mitarbeiterinnen des Jugendamtes. Da in einigen Regionen des Landkreises zu wenige Paten vorhanden sind, wurden Werbeaktionen in den Amtsblättern der Landkreisgemeinden Isny und Aulendorf durchgeführt.

Stand der Umsetzung und Ausblick
Im mittlerweile sechsten Jahr der Umsetzung des Projektes sind die Angebote fest etabliert und bei Multiplikatoren weitgehend bekannt. Die Nachfrage ist auf hohem Niveau und hat sich zum Vorjahr gesteigert. Aufgrund der guten Nachfrage und der hohen Zahl von Beratungskontakten wurde im Jahr 2013 weniger Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

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 in der Regel erst in der zweiten Lebenshälfte 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 4). 2013 erhielten doppelt so viele Personen mit Demenz Hilfen in der Klinik wie in den komplementären Einrichtungen des GPV. Ein kleiner Teil dementer Personen (9) erhält Leistungen der häuslichen Pflege durch den Pflegedienst. 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 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 herausfordernde Verhaltensstörungen vorliegen, die im Rahmen eines Altenpflegeheims nicht tragbar sind (s. Kapitel Fachpflegeheime). Nach Beobachtung der Abteilung Alterspsychiatrie der Weissenau passiert dies immer häufiger, da ältere Menschen körperlich länger fit sind und Psychopharmakatherapie rechtlich immer kritischer gesehen wird.

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. 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) 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.
Die Grundpflege kann in Pflegestufe 1 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. Wie bereits auf den Seiten 44ff ausgeführt wurde, werden Klienten, die verwirrt sind und/oder bei denen die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht, vorwiegend im Fachpflegeheim des ZfP versorgt.

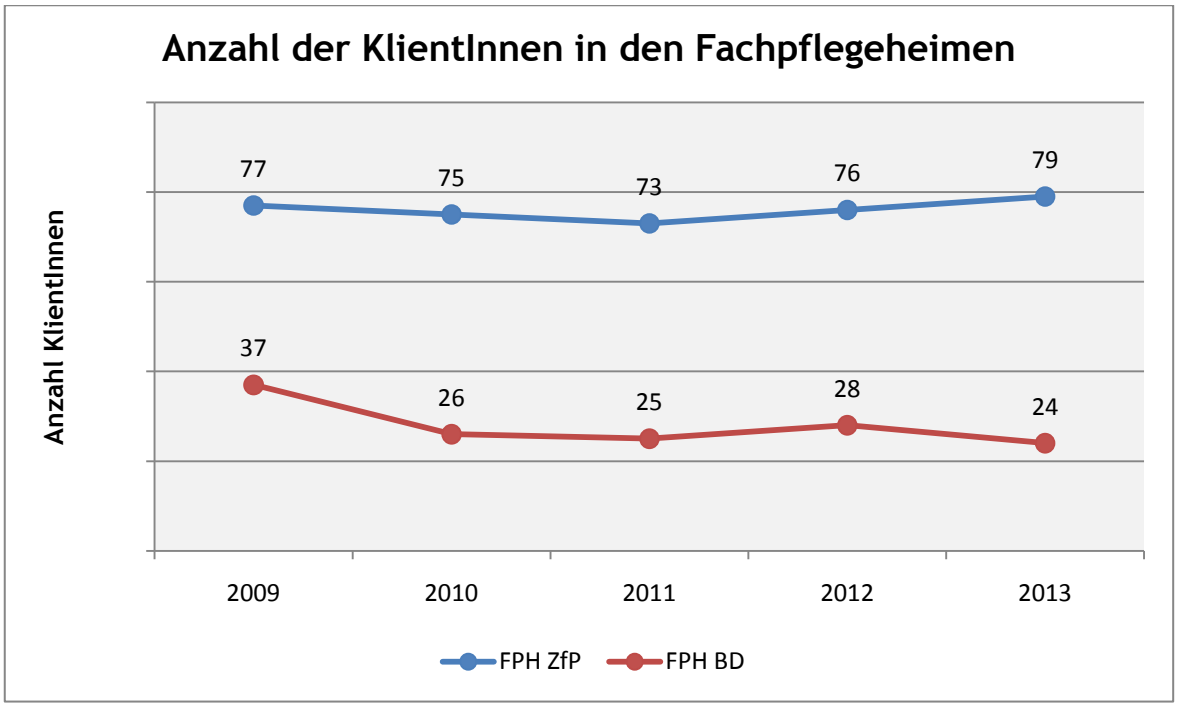


Schaubild 39

2013 haben sich die Bewohnerzahlen im Fachpflegeheim des ZfP erhöht und in der BruderhausDiakonie verringert. Ein Blick auf die Verteilung der Diagnosen (Schaubild 30) zeigt, dass der Anteil der Demenzkranken in den Fachpflegeheimen nach einem Anstieg im Jahr 2010 sich kontinuierlich verringert. Ein Blick auf die Pflegestufen im Fachpflegeheim des ZfP zeigt eine ähnliche Verteilung der Pflegestufen wie in Altenpflegeheimen.

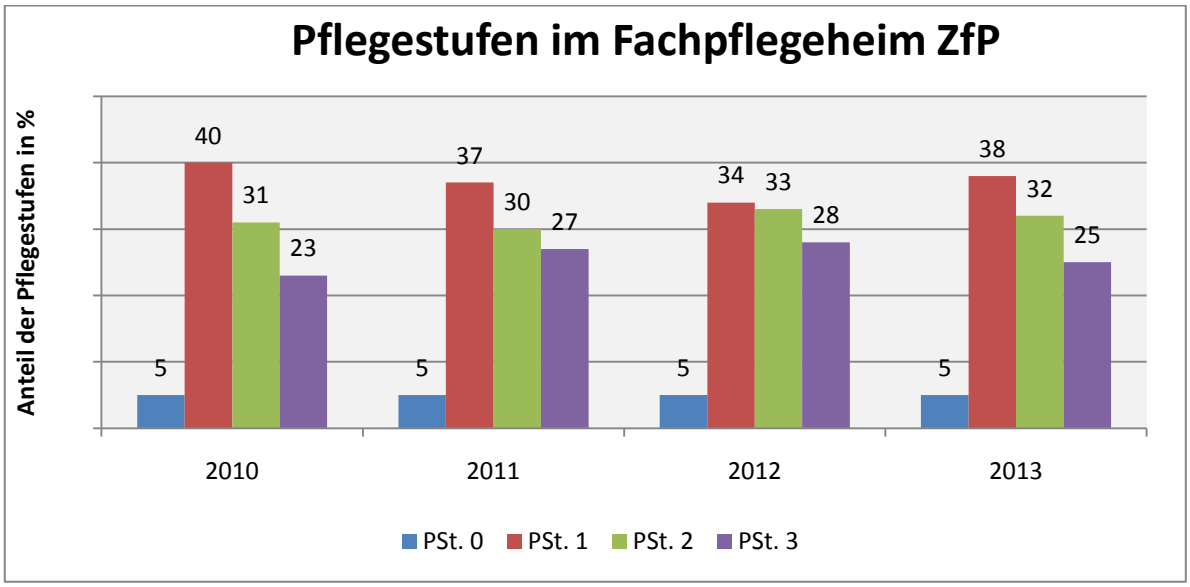


Schaubild 40

Die Verteilung der Pflegestufen ist relativ konstant. BewohnerInnen in Pflegestufe 0 sind die absolute Ausnahme, es handelt sich dabei um BewohnerInnen, die schon lange Zeit im Fachpflegeheim des ZfP leben und unter allen Umständen in der Weissenau bleiben möchten. Der Anteil der Bewohner in Pflegestufe 1 ist höher als in Altenpflegeheimen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass diese Bewohner meist noch sehr mobil sind und daher einen hohen Hilfebedarf bei der Tagesstrukturierung haben. Insgesamt kann von einer fachgerechten Finanzierung des Fachpflegeheims des ZfP gesprochen werden.

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 werden genutzt, wenn sie nicht bekannt sind. Ein Manko des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg ist die geringe Beteiligung der Psychiatrieerfahrenen und ihrer Angehörigen. Das Jahr 2013 hat dem GPV im Hinblick auf die Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen einen herben Rückschlag beschert. Klaus Weishaar, freigestellter Werkstattrat der Weissenauer Werkstätten und seit 2012 Mitglied der Trägergemeinschaft des GPV im Landkreis Ravensburg erlitt einen Rückfall seiner Krebserkrankung und verstarb im Frühjahr 2014. Der frühe Tod von Klaus Weishaar ist nicht nur menschlich tragisch, er hinterlässt auch eine schmerzliche Lücke im Aufbau einer Organisationsstruktur der Psychiatrie-Erfahrenen im Landkreis Ravensburg.

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 - 2013 wurden wie schon im Jahr zuvor wenige Beschwerden behandelt. 2015 werden mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz sogenannte Informations-Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB) offiziell in allen Landkreisen installiert. Der GPV wird sich gemeinsam mit der Landkreisverwaltung bemühen, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige für diese Aufgabe zu gewinnen.

Kontaktdaten GPV Landkreis Ravensburg

Landkreis Ravensburg

Landratsamt Ravensburg
Gartenstraße 107
88212 Ravensburg

Dezernentin f. Arbeit u. Soziales
Diana E. Raedler
(0751) 85-3000

Stabstelle Sozialplanung
Bereich Psychiatrie
Isabel Hoever
(0751) 85-3120
(ab Nov 85-3117)

Leitung Eingliederungshilfe- und Versorgungsamt
Marlene Gegenbauer
(0751) 85-3300

Sachgebietsleiter Eingliederungshilfe Ravensburg - Schussental
Thomas Gössling
(0751) 85-3340

Sachgebietsleiter Eingliederungshilfe Wangen Allgäu
Manfred Riedle
(0751) 85-3345

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
(0751) 85-3116

Hilfeplankonferenz

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

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
Gartenstrr. 3
88212 Ravensburg
(0751) 36655-11

Anode gGmbH
Miriam Milz
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 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

Kontaktdaten GPV Landkreis Ravensburg

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 Amb.(PPA)
David Lesslauer
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
Deborah Kröner
88213 Ravensburg
Riesen 1
(0751) 7904-44 oder 7904-60

Ambulant u. stationär betreutes Wohnen

WG 2201
ZfP Südwürttemberg
Sibylle Gronmaier
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 7601-2852

WG 2207
ZfP Südwürttemberg
Margit Cornils
88212 Ravensburg
Eisenbahnstraße 28
(0751) 7601-2414

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
0751) 7601-2533
Susanne Widmann
(0751) 7601-2013
88214 Ravensburg
Weingartshofer Straße 2

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

Kontaktdaten GPV Landkreis Ravensburg

Kreisteil Wangen

Klinik

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

ZfP Südwürttemberg Regionalambulanz Wangen
Dr. 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

Stephanuswerk Isny
Bernd Alber
Maierhöfener Straße 56
88316 Isny im Allgäu
Tel.: (0 75 62) 74-1404 oder 1462

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 Heim-stiftung 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

Impressum

Herausgeber:	Trägergemeinschaft GPV Landkreis Ravensburg Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg
V.i.S.d.P.:	Dr. Michael Konrad
Bearbeitung:	Susanne Hunold
Druck:	ZfP, Weissenauer Druckerei
Auflage:	500
Fotos:	Ernst Fesseler und privat

ANODE

arkade

ARKADE
PAULINE 13

bruderhaus DIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

Landkreis
Ravensburg

Sprungbrett
Werkstätten gGmbH

Evangelische Heimstiftung
Stephanuswerk Isny

zfp
Südwürttemberg