

Gemeindepsychiatrischer Verbund Landkreis Ravensburg



Jahresbericht
2014

- erweiterte Dokumentation -

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) im Landkreis Ravensburg.....	3
Entwicklung des GPV 2014.....	4
Betreute Personen in den Einrichtungen und Diensten des GPV	5
Angebote der psychiatrischen Behandlung	8
Vollstationäre und ambulante Behandlung.....	8
Tagesklinische Behandlung	10
Medizinische und berufliche Rehabilitation im GPV	10
Veröffentlichung zum WTPG	19
Wohnsituation im Ambulant Betreuten Wohnen.....	24
Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV.....	25
Gruppe der KlientInnen unter 30 Jahren	27
Ambulante Behandlung und Krisenintervention in den psychosozialen Angeboten .	33
Stationäre Krisenintervention bei KlientInnen des GPV	35
Angebote tagesgestaltender Hilfen	43
Pauschal finanzierte Tagesstätte	44
Zuverdienst-Angebot	45
Tagesstrukturierende Maßnahmen	45
Arbeit und Beschäftigung	46
Projektstelle KiP - Kinder psychisch kranker Eltern	48
Versorgung psychisch kranker Kinder- und Jugendlicher.....	48
Teilhabe und Unterstützung garantieren Lebensqualität	50
Projekt Malwettbewerb Inklusives Kunstprojekt	52
Ausblick 2015	54

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

vor Ihnen liegt der erste Jahresbericht des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) im Landkreis Ravensburg nach seinem 10-jährigen Jubiläum. Die gelungene Tagung im November 2014 „*alle inklusive*“ hat gezeigt, dass der Gemeindepsychiatrische Verbund und die gemeindepsychiatrische Versorgung im Landkreis Ravensburg gut aufgestellt sind und zwischenzeitlich bundesweit Beachtung finden. Insbesondere bei den Landesverbänden der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, deren Vorsitzende als Redner an der Tagung teilnahmen, hoben den Landkreis Ravensburg als Vorbild für die gemeindepsychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg hervor. Der Landtagsabgeordnete Manfred Lucha hob bei der Tagung hervor, dass die Erfahrungen und die Dokumentation dieser Erfahrungen in den Jahresberichten der Gemeindepsychiatrischen Verbände des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises nicht unwesentlich zu der inhaltlichen Gestaltung des neuen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) beigetragen haben, das zum 1. Januar 2015 in Kraft trat.

In dem vorliegenden 11. Jahresbericht wird die immer differenzierter werdende Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Landkreis Ravensburg beschrieben und die landesweit herausragend gute Angebotsstruktur dargestellt. Der Weg von der psychiatrischen Anstalt zur umfassenden Versorgung in der Gemeinde ist lang. Gleichwohl ist dem Bericht zu entnehmen, dass sich die Angebote der ambulanten Behandlung und der psychosozialen Versorgung kontinuierlich verbessern.

Der vorliegende Bericht hat ebenfalls eine Verbesserung erfahren: Erstmals wurden die Daten für die Personengruppe der Unter-30-Jährigen separat ausgewertet. Durch diese Daten erhalten Leistungs- und Einrichtungsträger Hinweise, welche Anforderungen in den nächsten Jahren bestehen.

Parallel zum GPV-Jahresbericht erscheint auch die „Dokumentation GPV Baden-Württemberg 2013/2014“ des Kommunalverbands für Jugend und Soziales (KVJS) und des Städte- und des Landkreistags Baden-Württemberg. Auch wenn der Berichtszeitraum nicht mit dem für den GPV Ravensburg übereinstimmt, da er den Stand zum 31.12.2013 wiedergibt, soll an dieser Stelle auf einige Erhebungsergebnisse für den Bereich Wohnen eingegangen werden: Die vergleichende Erhebung zur gemeindepsychiatrischen Versorgung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs zeigt, dass sich der Landkreis Ravensburg bei der relativen Zahl der belegten stationären Plätze pro 10.000 Einwohner mit 6,1 im oberen Mittelfeld bewegt. Dies gilt auch für die Belegung aus dem eigenen Kreis mit 70% sowie die relative Zahl der Leistungsempfänger mit 5,1 pro 10.000 Einwohner. Die Anzahl der Eingliederungshilfe-Leistungsempfänger, die stationär versorgt werden, ging in den Jahren 2009 bis 2013 um 2 % zurück. Bei der Quote der Leistungsempfänger von Eingliederungshilfe, die im eigenen Landkreis stationär versorgt werden, gehört der Landkreis Ravensburg mit 83% zu den Spitzenreitern.

Mit 10,9 pro 10.000 Einwohnern ist die relative Zahl der ambulant betreuten Personen mit einer psychischen Erkrankung im baden-württembergischen Vergleich sehr hoch, ebenso wie beim Spitzenwert von 1,9 pro 10.000 Einwohner im Bereich des Betreuten Wohnens in Familien (BWF) und von 7,2 pro 10.000 Einwohnern, die ihre Leistungen der Eingliederungshilfe in Privathaushalten erhalten.

Insgesamt betrachtet erhält im Landkreis Ravensburg mit 25,5 pro 10.000 Einwohner der höchste Anteil von Menschen mit psychischer Erkrankung in Baden-Württemberg Leistungen der Eingliederungshilfe. Gleichzeitig weist er gemeinsam mit dem Landkreis Biberach mit nur 22% der Personen in einem stationären Setting die höchste Ambulantisierungsquote aus. Durch den hohen Differenzierungsgrad durch ABW plus und ABW light im Ambulant Betreuten Wohnen zwischenzeitlich erreicht ist, dürfte die Quote in den nächsten Jahren sogar noch höher werden.

Diese Vergleichszahlen zeigen, dass im Landkreis Ravensburg in den letzten Jahren schon sehr viel erreicht und die gemeindepsychiatrische Versorgung erheblich verbessert wurde. Durch das in Kraft treten des neuen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes kommen noch weitere Herausforderungen auf die Träger im GPV Landkreis Ravensburg zu, die in den nächsten Jahren gemeinsam umgesetzt werden sollen.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre.

Dr. Michael Konrad
Sprecher der Trägergemeinschaft

Diana E. Raedler
Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft

des GPV im Landkreis Ravensburg



Im Bild von links: Dr. Michael Konrad, Sprecher der Trägergemeinschaft, Eva-Maria Meschenmoser - Erste Landesbeamtin Landkreis Ravensburg, Sozialdezernentin Diana E. Raedler und Manfred Lucha, MdL anlässlich der Jubiläumstagung im historischen Schwörsaal in Ravensburg.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) im Landkreis Ravensburg

Der GPV im Landkreis Ravensburg wurde im Anschluss an das Modellprojekt zur Implementati-
on des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung im Jahr 2004 gegrün-
det. Das Modellprojekt war vom Sozialministerium Baden-Württemberg mit der Aktion Psy-
chisch Kranke initiiert worden und umfasste die vier Modellregionen: Stuttgart, die Landkreise
Reutlingen und Lörrach und die Region Bodenseekreis/Landkreis Ravensburg. Nachdem von
2001 bis 2004 gemeinsam mit dem Bodenseekreis im Rahmen des Modellprojekts eine gemein-
same Hilfeplankonferenz der beiden Landkreise eingeführt worden war, etablierten sich die
Verbünde getrennt in den beiden Landkreisen. Die wichtigsten Prinzipien des GPV - die ge-
meinsame Versorgungsverpflichtung aller Einrichtungsträger und die gemeinsame Weiterent-
wicklung der differenzierten Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in der Gemein-
de - wurde in beiden Landkreisen schriftlich vereinbart.

Das Konstrukt des GPV im Landkreis Ravensburg besteht aus drei 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 seit Januar 2015 geltenden Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
(PsychKHG) wurden die GPV rechtlich verankert. Der GPV im Landkreis Ravensburg wird ent-
sprechend dem Gesetz seine Strukturen weiterentwickeln. Ein aus dem PsychKHG abgeleitetes
mittelfristiges Ziel ist die Förderung der Partizipation der Betroffenen.

Entwicklung des GPV 2014

Im Jahr 2014 wurden mit der GPV Basisdokumentation (BaDo) 1.702 psychisch kranke Personen erfasst, die Leistungen in den Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung des GPV im Landkreis Ravensburg erhielten. Gemäß Schaubild 1 ist das ein Rückgang um genau 155 Personen.

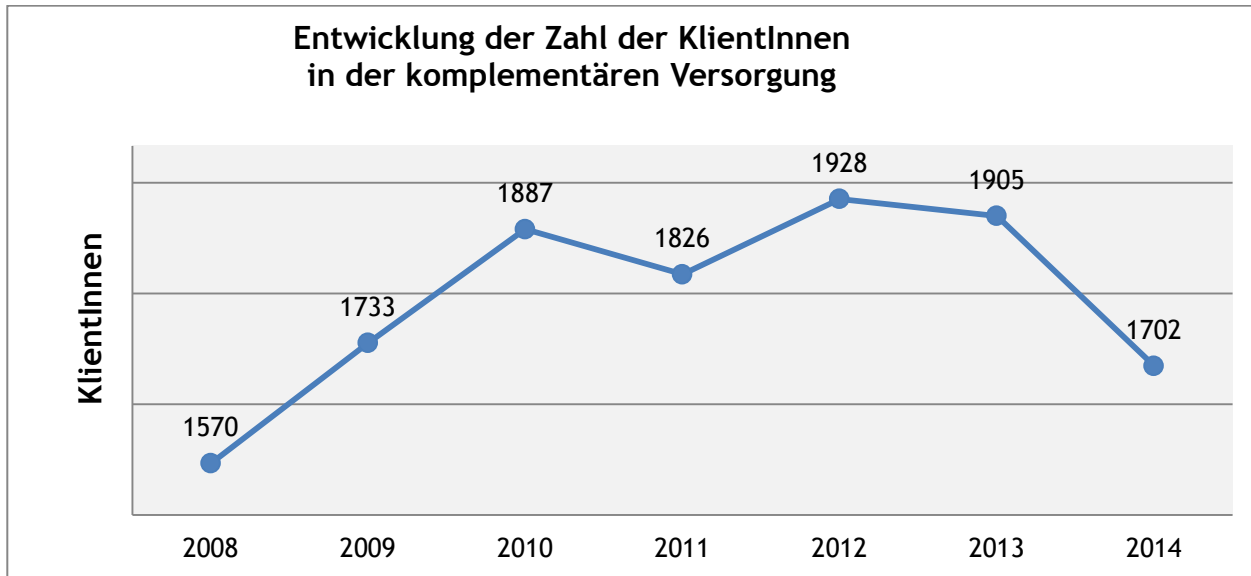


Schaubild 1

Der Rückgang erklärt sich nicht aus der Zahlentwicklung der Leistungen der Eingliederungshilfe und des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi), sondern ist im Wesentlichen dadurch begründet, dass die KlientInnen der ambulanten Ergotherapie und des Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienstes (PPA) in der BaDo-Statistik nicht mehr separat erfasst werden. Beide Leistungen werden zum einen zusätzlich zu Leistungen des SpDi oder der ambulanten Wohnbetreuung der Eingliederungshilfe erbracht, zum anderen unabhängig davon für psychisch kranke Menschen, die mit der psychosozialen Versorgung des GPV nichts zu tun haben, sondern die Verordnung von ihren FachärztInnen für Psychiatrie oder Psychotherapie erhalten haben. Im Bereich der ambulanten Ergotherapie steht das ZfP derzeit in einem Rechtsstreit mit der AOK über die Frage, ob die Psychiatrische Institutsambulanz Ergotherapie-Leistungen zusätzlich verordnen kann oder sie im Rahmen ihrer Quartalspauschale selbst erbringen muss. Daher ist davon auszugehen, dass 2014 weniger KlientInnen diese Leistung erhielten. Beim PPA stellte sich zunehmend heraus, dass die erforderlichen häuslichen Pflegeleistungen für PatientInnen, die nicht in einer Pflegestufe eingestuft sind, nicht angemessen vergütet werden. D.h., je mehr Leistungen, desto höher das Defizit. Das ZfP sah sich daher gezwungen, die Leistungen zu reduzieren und steht vor der Aufgabe, die Funktion des PPA neu zu definieren.

Betreute Personen in den Einrichtungen und Diensten des GPV

Zunächst erfolgt ein Überblick über die Gesamtheit der KlientInnen, die Leistungen in den psychosozialen Angeboten des GPV im Landkreis Ravensburg erhalten. Die Beschäftigten der Weissenauer Werkstätten, die keine Leistungen des Betreuten Wohnens oder des SpDi erhalten, sind wegen Problemen der Datenübertragung in diesen Zahlen nicht enthalten.

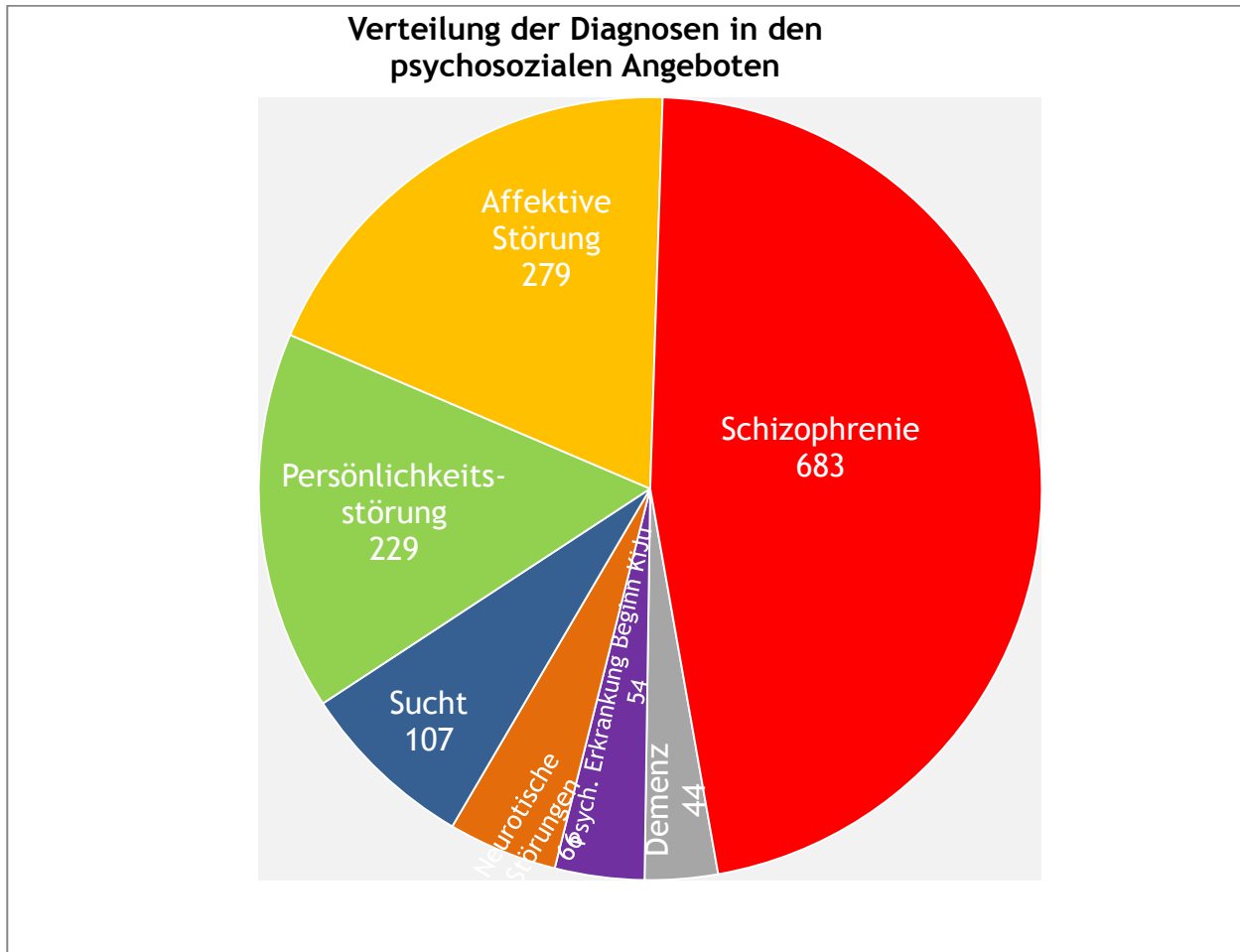


Schaubild 2

Die Diagnoseverteilung zeigt, dass die KlientInnen mit schizophrenen Erkrankungen nahezu die Hälfte der Klientel im GPV ausmachen. Personen mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen haben den zweit- und drittgrößten Anteil, wobei der Anteil der KlientInnen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber den Vorjahren größer wird. In (noch) geringem Maße aber deutlich steigend werden auch KlientInnen mit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, die im Kindesalter beginnen, betreut. Der größte Teil dieser KlientInnen erhält auch im Erwachsenenalter weiterhin Unterstützung in den Wohn- und Arbeitsstätten der Hilfen für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen. Gemäß PsychKHG ist zu klären, in welcher Form die Versorgung dieser Gruppe psychisch kranker Menschen in die Strukturen des GPV integriert werden kann.

Eine im Vergleich mit der Behandlung in der Klinik kleine Gruppe stellen die Menschen mit Suchterkrankungen dar. Die Erklärung hierfür ist multifaktoriell. Ein beträchtlicher Teil der in der Klinik behandelten Personen ist trotz der Erkrankung in die Gesellschaft integriert und

benötigt lediglich Leistungen der Suchtberatung oder der Entwöhnungsbehandlung. Für chronisch Alkoholabhängige, die aufgrund ihrer Erkrankung aus gesellschaftlichen Bezügen herausgefallen sind, sind zunächst die Suchtberatungsstellen zuständig, die allerdings keine aufsuchende Struktur analog des SpDi aufweisen. Dies verkompliziert den Anschluss an das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem, zumal zusätzlich geprüft werden muss, ob die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, die Hilfe in besonderen Lebenslagen nach SGB XII oder psychosoziale Hilfen der Jobcenter nach SGB II die sozialrechtlich adäquaten Hilfen darstellen. Bei substituierten Drogenabhängigen verkompliziert sich die Sachlage noch weiter, da in der Substitution psychosoziale Hilfen enthalten sind, die aber bei einem Teil der Fälle nicht für eine Reintegration in die Gesellschaft ausreichen.

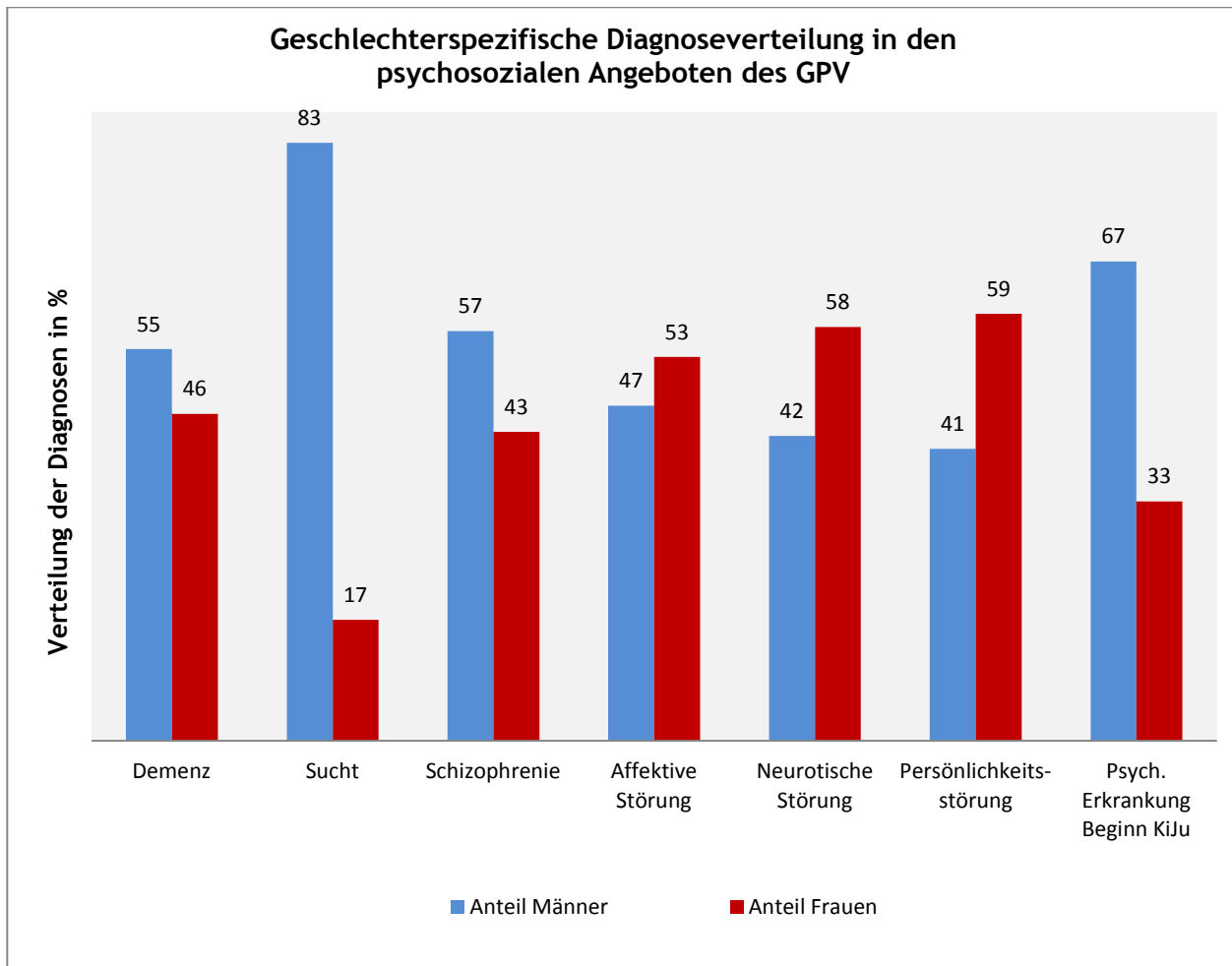


Schaubild 3

Die Geschlechterverteilung ist bei einigen Diagnosegruppen sehr unterschiedlich, bei anderen tendenziell gleich verteilt. Ein Teil der Unterschiede sind zu erwarten, da sie der Verteilung in der Bevölkerung entsprechen. Bei den schizophrenen Erkrankungen überwiegt der Anteil der Männer, obwohl dieser Unterschied in der Bevölkerung nicht existiert.

Wie die Auswertung der Zahlen aus der Basisdokumentation für die Personengruppe der unter 30-Jährigen (U-30) zeigt, ändert sich das Geschlechterverhältnis in einigen Diagnosegruppen bei den neu in das Versorgungssystem kommenden Personen. Im Bereich der Sucht wird der Unterschied u.a. darauf zurückgeführt, dass Frauen häufig auf bessere Netzwerke und Res-

sources zurückgreifen können, was sie länger im noch vorhandenen Umfeld verweilen lässt. Die Problematik der Suchterkrankung ist dabei in der Regel nicht geringer ausgeprägt.

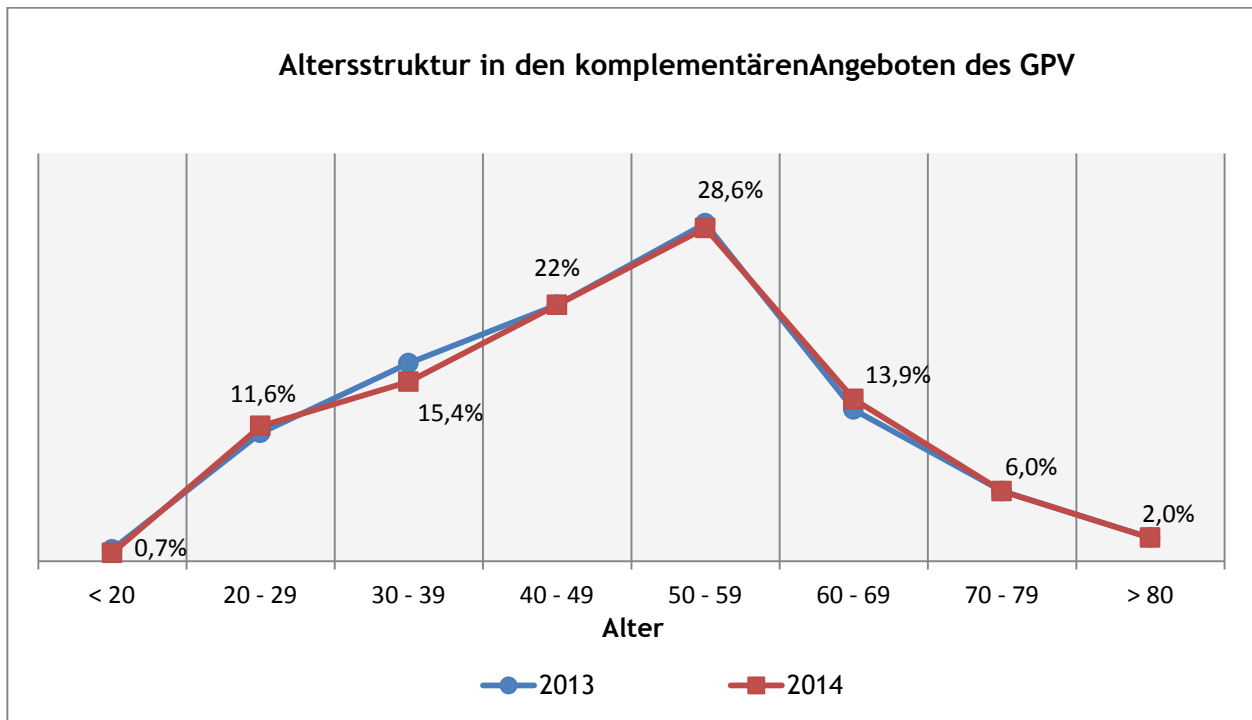


Schaubild 4

Die Altersstruktur hat sich von 2013 auf 2014 nur unwesentlich verändert. Der Anteil der Personen unter 29 Jahren ist etwas höher, der Anteil der 30- bis 39- und der 60- bis 69-jährigen etwas niedriger. In einzelnen Angeboten ist eine deutliche „Verjüngung“ festzustellen. Nach wie vor steht ein stetiger Anstieg bei den 20- bis 60-Jährigen einem steilen Abfall bei den über 60-Jährigen gegenüber. Dies verweist darauf, dass „betagte“ Menschen mit psychischer Erkrankung in der Regel in den Strukturen der Altenhilfe versorgt werden können.

Die Auswertung der einzelnen Variablen für die Gruppe der Personen unter 30 Jahren zeigt, dass starke Veränderungen hinsichtlich der Klientel im Gange sind, die Leistungen in den Einrichtungen und Diensten des GPV erhalten. Es ändern sich nicht nur das Diagnosespektrum, sondern auch die Angebote, die bevorzugt in Anspruch genommen werden. Einrichtungsträger und Leistungsträger werden ihre Angebote auf die Änderungen der Klientel einstellen müssen. Daher werden die Änderungen in der Zusammensetzung der „nachkommenden“ KlientInnen an anderer Stelle des Berichts gesondert dargestellt.

Der GPV besteht aus zwei zwischenzeitlich klar voneinander zu trennenden Systemen der Hilfeebringung: Einrichtungen und Dienste, die psychosoziale Hilfen auf der Grundlage der Sozialgesetzbücher IX, XI und XII mit einer pauschalen Finanzierung auf landesgesetzlicher Grundlage erbringen, und das System der Krankenhausbehandlung nach SGB V, die stationär, teilstationär und ambulant erbracht werden kann. Ärztlich verordnete Maßnahmen der Krankenbehandlung, wie häusliche psychiatrische Pflege, ambulante Soziotherapie und ambulante Ergotherapie stehen organisatorisch zwischen den beiden Systemen und könnten ein wichtiges Bindeglied darstellen. Die Behandlungsleistungen sind gesetzlich mit Richtlinien genau vorgeschrieben, die psychosozialen Leistungen nach SGB XII können und müssen auf Grundlage einer Landesrahmenvereinbarung mit den kommunalen Gebietskörperschaften ausgehandelt werden.

Angebote der psychiatrischen Behandlung

Ambulante Behandlungen werden von niedergelassenen Fachärzten und den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) erbracht. Zahlen liegen nur für die PIA vor.

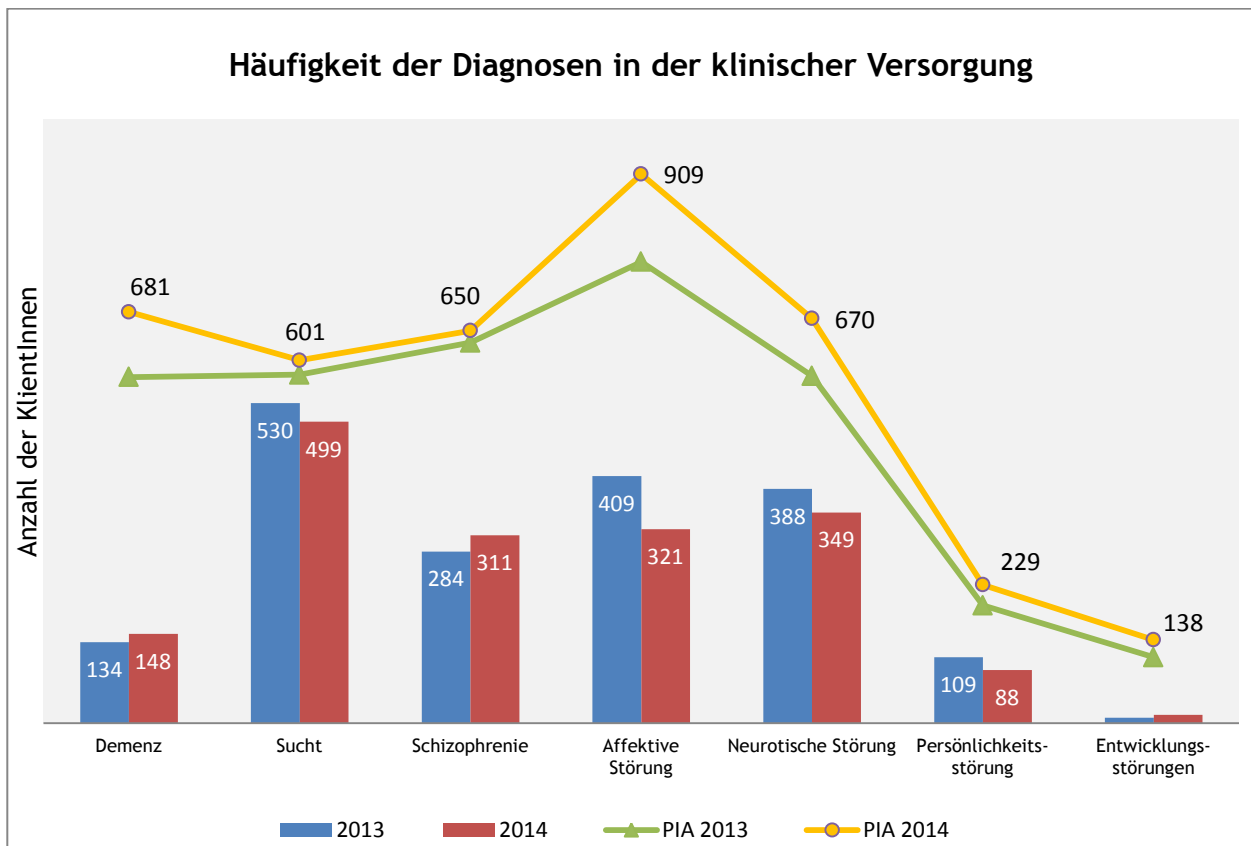


Schaubild 5

Vollstationäre und ambulante Behandlung

Bei der Entwicklung der behandelten Personen von 2013 auf 2014 ist festzustellen, dass die Strategie des ZfP Südwürttemberg in Richtung Ambulantisierung zumindest für den Standort Weissenau greift. Die einzigen Diagnosegruppen, bei denen es einen leichten Zuwachs der stationär behandelten Personen gegeben hat, sind Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und Demenz. Beide Personengruppen erhalten langfristige bis dauerhafte Unterstützung im Rahmen der psychosozialen bzw. pflegerischen Versorgung. Personen mit Schizophrenie im GPV, Personen mit Demenz im System der Altenpflege. Der größte Teil der Menschen mit leichter und mittelgradiger Demenz wird zu Hause mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten versorgt, der größte Teil der Personen mit mittelgradiger bis schwerer Demenz in den Altenpflegeheimen. Lediglich bei Hinzukommen von massiven herausfordernden Verhaltensweisen erfolgt eine Aufnahme in den Fachpflegeheimen des GPV.

Bei Menschen mit Demenz steigt die Zahl der in der PIA behandelten Patienten weiterhin an. Bei Personen mit chronischen Suchterkrankungen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen scheint der Bedarf der PIA-Versorgung gesättigt. Bei Personen mit Sucht und Persönlichkeitsstörungen ist auffällig, dass sie in gleichem Umfang ambulant und stationär behandelt werden. Ob es sich um dieselben Personen handelt, wurde nicht erfasst. Personen mit psychischen Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter beginnen, tauchen in der stationären Behandlung

der Erwachsenenpsychiatrie des ZfP praktisch nicht auf, werden aber in nicht geringem Umfang in der PIA behandelt.

Bemerkenswert sind die Anzahl sowie der Anstieg bei der ambulanten Behandlung von Menschen mit affektiven und neurotischen Störungen. Bei den affektiven Störungen wurden 2014 nahezu dreimal so viele Patienten ambulant behandelt wie stationär, bei den neurotischen Störungen nahezu doppelt so viele. Dafür betrug der Rückgang der stationären Behandlung bei den Patienten mit affektiven Störungen mehr als 20 %.

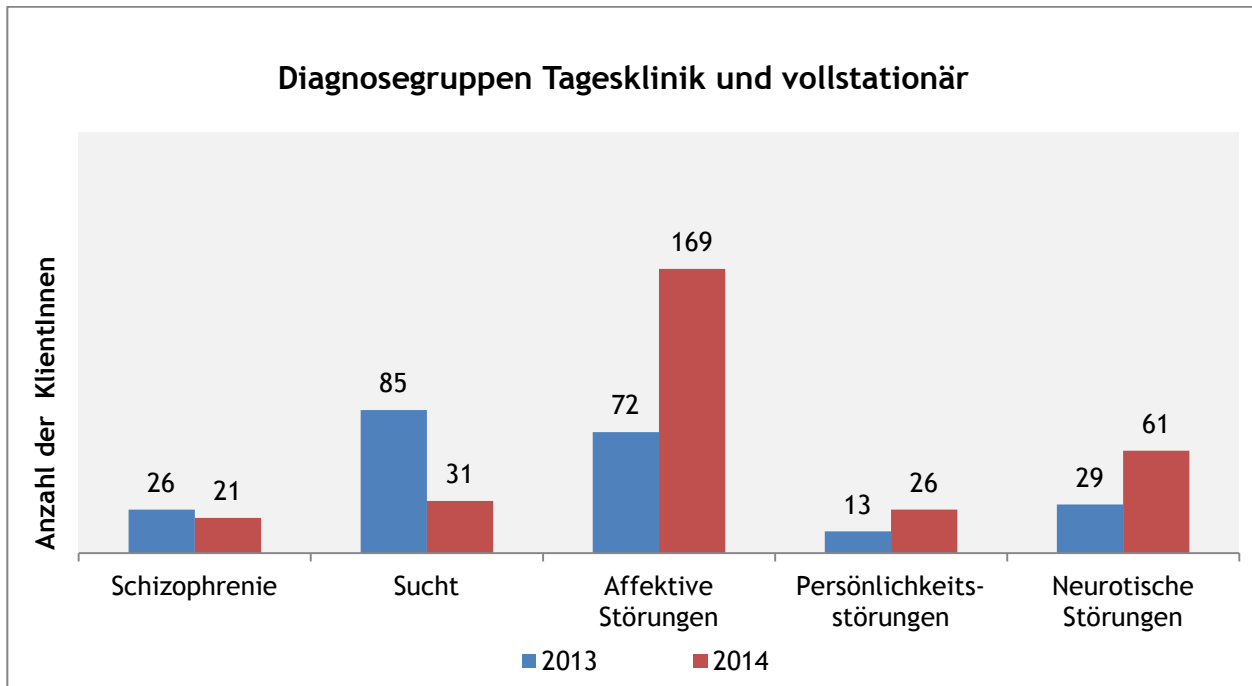


Schaubild 6

Schaubild 6 gibt die KlientInnen wieder, die im Berichtsjahr sowohl stationär als auch teilstationär behandelt wurden. Im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete wurde für die psychiatrische Rehabilitation das Modell der therapeutischen Kette entwickelt, nach der die schrittweise Wiedereingliederung in die Gesellschaft über eine Abfolge immer offenerer Angebote bis zur vollständigen Rückkehr in die eigene Wohnung erfolgen sollte. Bei den chronisch schizophrenen Patienten, die seinerzeit in den psychiatrischen Kliniken behandelt wurden, funktionierte das Modell nicht und die vorliegenden Zahlen zeigen, dass es bei dieser Patientengruppe nach wie vor keine häufig praktizierte Option darstellt. Bei Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen scheint es jedoch zunehmend zu funktionieren und wenn die Verdoppelung der Anzahl der Personen mit Persönlichkeitsstörungen sich als Trend erweist, auch bei dieser Personengruppe. Für Menschen mit Suchterkrankungen verliert die Therapiekette offensichtlich an Bedeutung. In der Regel werden die KlientInnen in der Suchtabteilung zwischenzeitlich ohne vorherige vollstationäre Behandlung in der Tagesklinik aufgenommen.

Tagesklinische Behandlung

In der Tagesklinischen Behandlung setzt sich die Tendenz zur Ambulantisierung, die bereits in der PIA-Nutzung deutlich wird, fort. Bei allen Diagnosegruppen außer bei Suchterkrankungen ist eine Zunahme der Patientenzahlen zu verzeichnen. Da die Stagnation bzw. ein Rückgang der Patientenzahlen bei allen ambulanten bzw. teilstationären Angeboten für Suchtpatienten zu verzeichnen ist, stellt sich die Frage, ob hier im Gegensatz zu anderen Diagnosegruppen eine Grenze der Ambulantisierung erreicht ist.

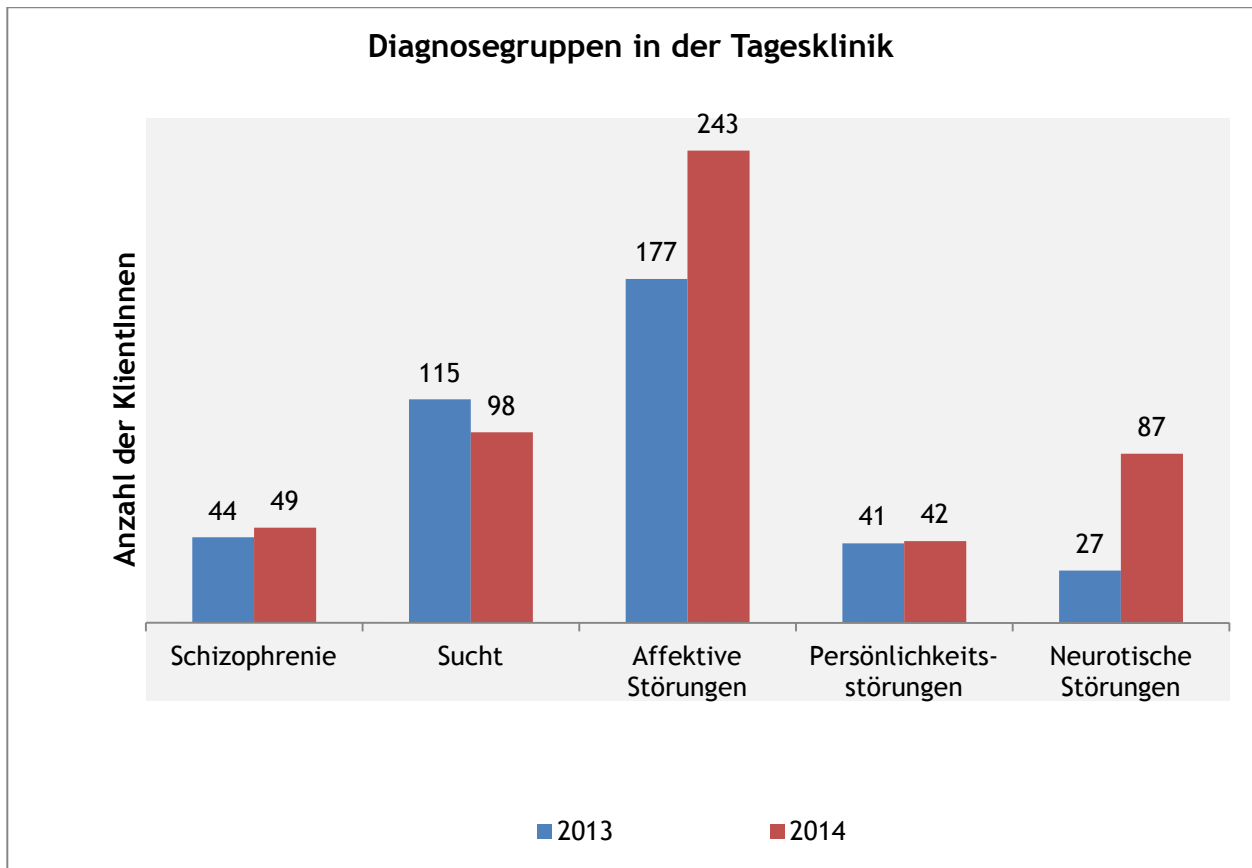


Schaubild 7

Deutlich wird auf jeden Fall die wichtige Funktion der Tagesklinischen Behandlung bei Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen. Bei diesen Patientengruppen ist davon auszugehen, dass sie in ihren Lebensbezügen integriert sind und „natürliche“ Stützsysteme haben, die den Verbleib in ihrem Umfeld auch in Zeiten schwerer psychischer Krisen ermöglicht. Der größere Teil dieser beiden Patientengruppen, ebenso wie der größte Teil der Suchtpatienten erhält keine Unterstützung von den Einrichtungen und Diensten des GPV.

Medizinische und berufliche Rehabilitation im GPV

Die Einrichtung zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) der Arkade in Baienfurt stellt das Bindeglied zwischen klinischer Behandlung und sozialer sowie beruflicher Eingliederung dar. Die RPK Baienfurt nimmt traditionell nicht nur KlientInnen des Landkreises Ravensburg auf,

sondern auch KlientInnen aus Nachbarlandkreisen. 2014 waren 42 % der gesamt 31 Personen aus dem Landkreis Ravensburg.

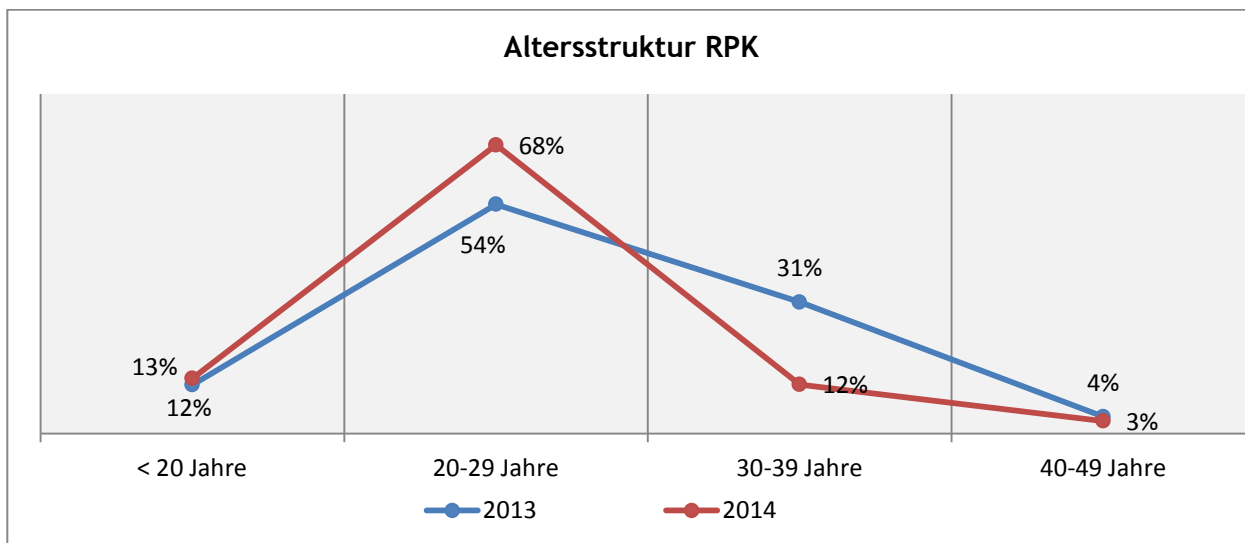


Schaubild 8

Schaubild 8 zeigt, dass 2014 nahezu 80 % der KlientInnen unter 30 Jahren sind und die Klientel in der RPK sich weiterhin verjüngt (s. Auswertung U-30). Hinsichtlich der Diagnose werden in der RPK zu zwei Drittel Patienten mit schizophrener Erkrankung und zu einem Drittel Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen rehabilitiert. Für die schizophren erkrankten Personen stellt die RPK damit eine Chance dar, eine Reintegration in „normale“ Lebensvollzüge zu erreichen und eine weitere Chronifizierung ihrer Erkrankung zu vermeiden.

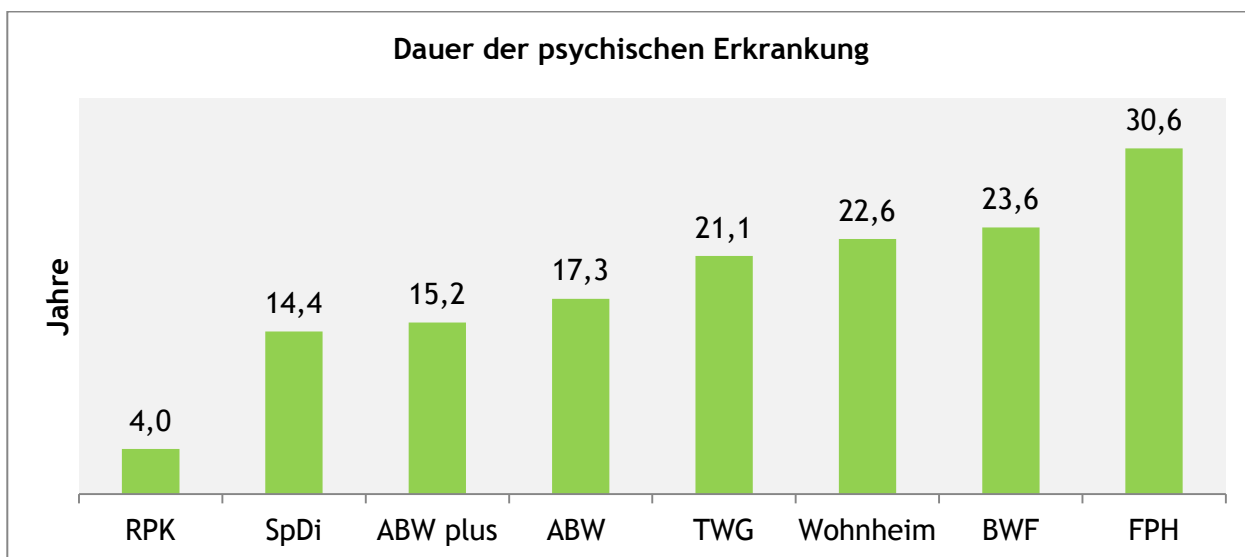


Schaubild 9

Schaubild 9 verdeutlicht die Aussage. Die KlientInnen in der RPK sind im Durchschnitt seit 4 Jahren erkrankt, erhalten demnach die Reha-Leistungen in einem frühen Stadium ihrer Erkrankung. Der Abstand zu der Unterstützungsform mit dem zweitniedrigsten Chronifizierungsgrad ist mit über 10 Jahren enorm. Dies zeigt, dass schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen im Gegensatz zu Menschen mit geistigen Behinderungen oft relativ spät in das System der gemeindepsychiatrischen Versorgung gekommen sind. Daraus kann die Vermutung

abgeleitet werden, dass sie nicht wegen der Schwere ihrer Erkrankung, sondern wegen den Folgen der Chronifizierung mitsamt den Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen auf intensive Hilfeangebote im GPV angewiesen sind. Die Auswertung für KlientInnen unter 30 Jahren zeigt, dass von ihnen sehr viel häufiger niederschwellige und ambulante Unterstützungsangebote genutzt werden. Ein ähnlich hoher Abstand wie zwischen RPK und SpDi wird erst wieder beim Übergang zum Fachpflegeheim erreicht. Dies zeigt, dass Menschen mit psychischer Erkrankung im Landkreis Ravensburg relativ lange Zeit in den Angeboten der Eingliederungshilfe verbleiben und in der Regel erst in hohem Alter und bei Pflegebedürftigkeit in das Fachpflegeheim wechseln

Betrachtet man Schaubild 10 können erste Zusammenhänge zwischen psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Unterstützung hergestellt werden. Der SpDi leistet niederschwellige Unterstützung und hat nach PsychKHG unter anderem die Funktion der Weichenstellung für die weitere Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen. Der SpDi berät seine KlientInnen, ob für sie die Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsangebote ausreichend sind oder ob sie zeitintensivere Angebote der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen benötigen. Um den SpDi von langfristigen zeitintensiven Betreuungsleistungen zu entlasten, wurde 2015 ein sogenanntes **ABW light** als Modellprojekt eingeführt. Dadurch soll die Lücke zwischen langfristiger Betreuung des SpDi und dem ABW mit einem Personalschlüssel von 1:10 geschlossen werden.

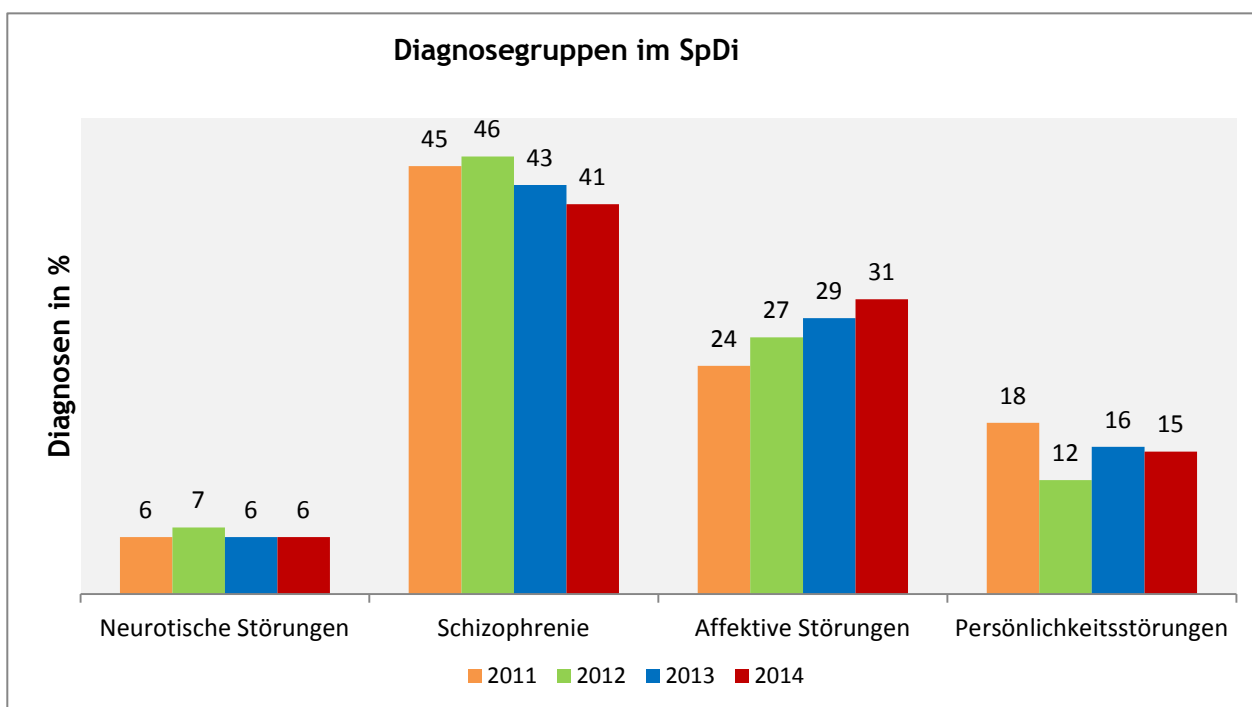


Schaubild 10

Bei seit Jahren steigenden Fallzahlen des SpDi (im Berichtsjahr insgesamt 888 Personen) nahm der Anteil der KlientInnen mit Schizophrenie und Bipolaren Störungen zwischen 2011 und 2014 um 7 % ab, während der Anteil der affektiven Störungen um denselben Prozentsatz angestiegen ist. Es bedarf bei der sehr chronifizierten Klientel (14,4 Jahre, siehe Schaubild 9) entweder eines hohen Maßes an Selbstbefähigung und Eigenverantwortung, oder der Aktivierungsgrad nichtpsychiatrischer Hilfen ist höher oder last not least die ergänzenden ambulanten Unterstützungssysteme werden besser ausgeschöpft.

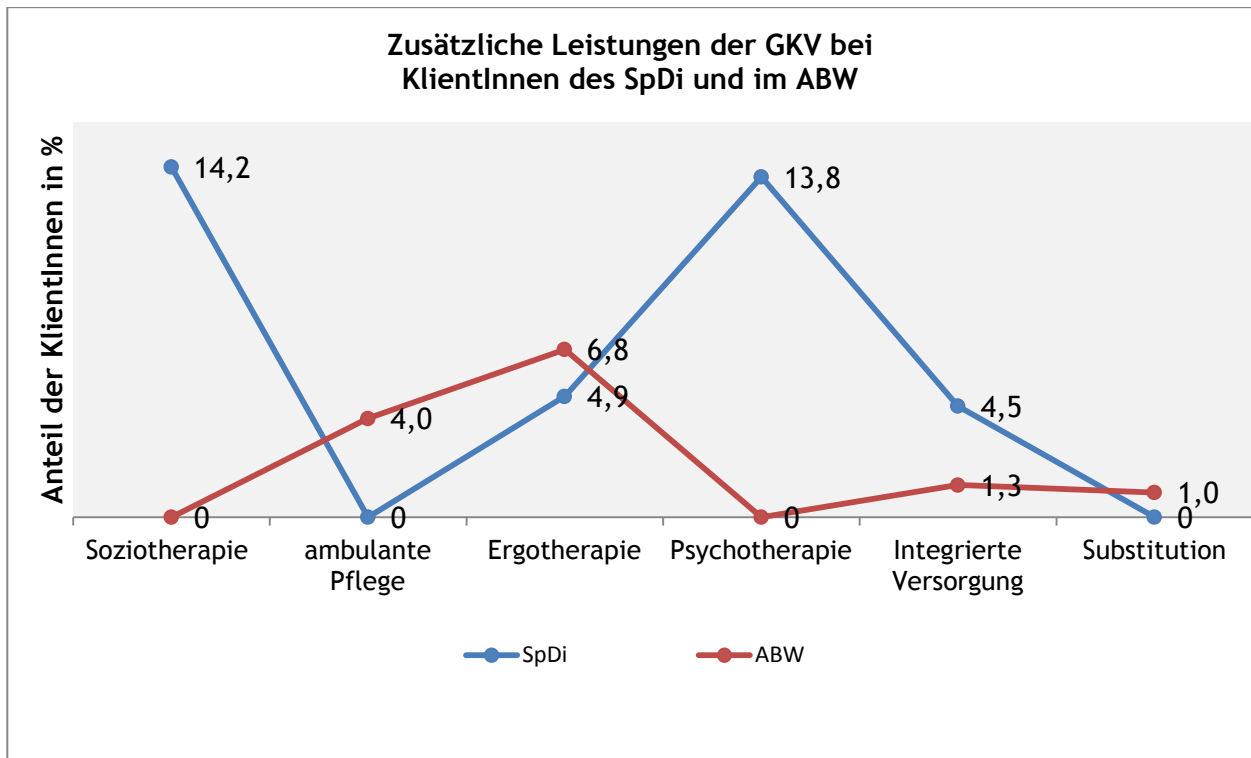


Schaubild 11

Schaubild 11 legt letzteres nahe. Es zeigt, dass für mehr als ein Viertel der KlientInnen des SpDi weitere Unterstützung notwendig ist. Durch die ärztlich verordneten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung kann trotzdem die Unabhängigkeit von einer gesetzlichen Betreuung sichergestellt werden. In der Tabelle wird deutlich, dass die KlientInnen des SpDi in der Lage sind, Leistungen wie Psychotherapie und Soziotherapie in Anspruch zu nehmen. Das Angebot der Psychotherapie ist für Menschen im ABW nur bedingt passend, da es sehr hochschwierig ist, d.h. lange Wartezeiten hat und regelmäßige Termine eingehalten werden müssen. Der Bedarf an Psychotherapie und Soziotherapie ist bei KlientInnen des ABW durchaus vorhanden. Insbesondere Menschen mit Traumatisierungen könnten von psychotherapeutischer Behandlung profitieren.

Dass die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen stark vom Grad der Eigenverantwortung und Selbstbestimmungsfähigkeit abhängig ist zeigt die Verteilung der rechtlichen Betreuungen. Es wurde lediglich unterschieden, ob eine rechtliche Betreuung besteht oder nicht. Der Umfang wurde nicht berücksichtigt, da bei dem größten Teil der chronisch psychisch kranken Menschen im Landkreis Ravensburg entweder keine oder eine rechtliche Betreuung in allen Bereichen besteht.

Durch dieses ambulante Betreuungssetting wird aber offensichtlich auch die Unabhängigkeit von einer gesetzlichen Betreuung sichergestellt

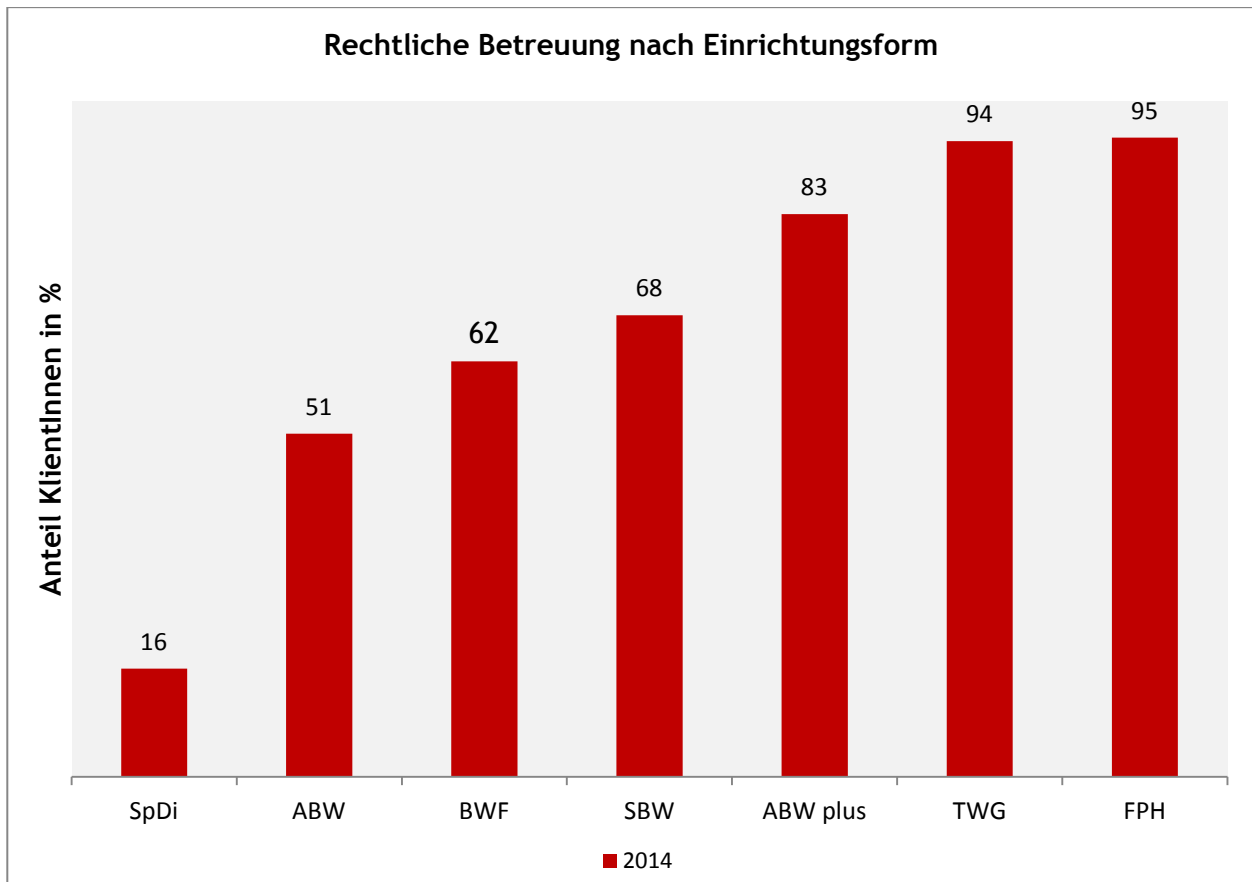


Schaubild 12

Dies belegt auch Schaubild 12, das den enormen Abstand zwischen SpDi und den betreuten Wohnformen im Hinblick auf die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung zeigt. Die Grenze liegt demnach nicht zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, sondern zwischen niederschwelliger Unterstützung mit zusätzlicher ambulanter Behandlung und Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe. Interessant ist dabei der hohe Anteil rechtlicher Betreuung im ABW plus. Es ist davon auszugehen, dass bei dieser Unterstützungsform, in der ein hoher Hilfebedarf mit einem hohen Grad an Selbstverantwortung assoziiert ist, durch die rechtliche Betreuung die Annahme der Hilfen sichergestellt wird.

Bei einem derart hohen Anteil an Personen, denen die Selbstverantwortung ganz oder teilweise entzogen wurde, ist davon auszugehen, dass sie auch aus wesentlichen Teilen des gesellschaftlichen Lebens ausgeschlossen werden. Während es dem GPV im Landkreis Ravensburg im letzten Jahrzehnt gelungen ist, den Ausschluss aus der Gemeinde im Bereich Wohnen auf einen kleinen Teil der KlientInnen zu reduzieren sieht es trotz UN-BRK bei der Teilhabe am Arbeitsleben noch düster aus. Selbst die Klientel des SpDi, von der nur ein kleiner Teil eine rechtliche Betreuung hat, ist weitgehend vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen.

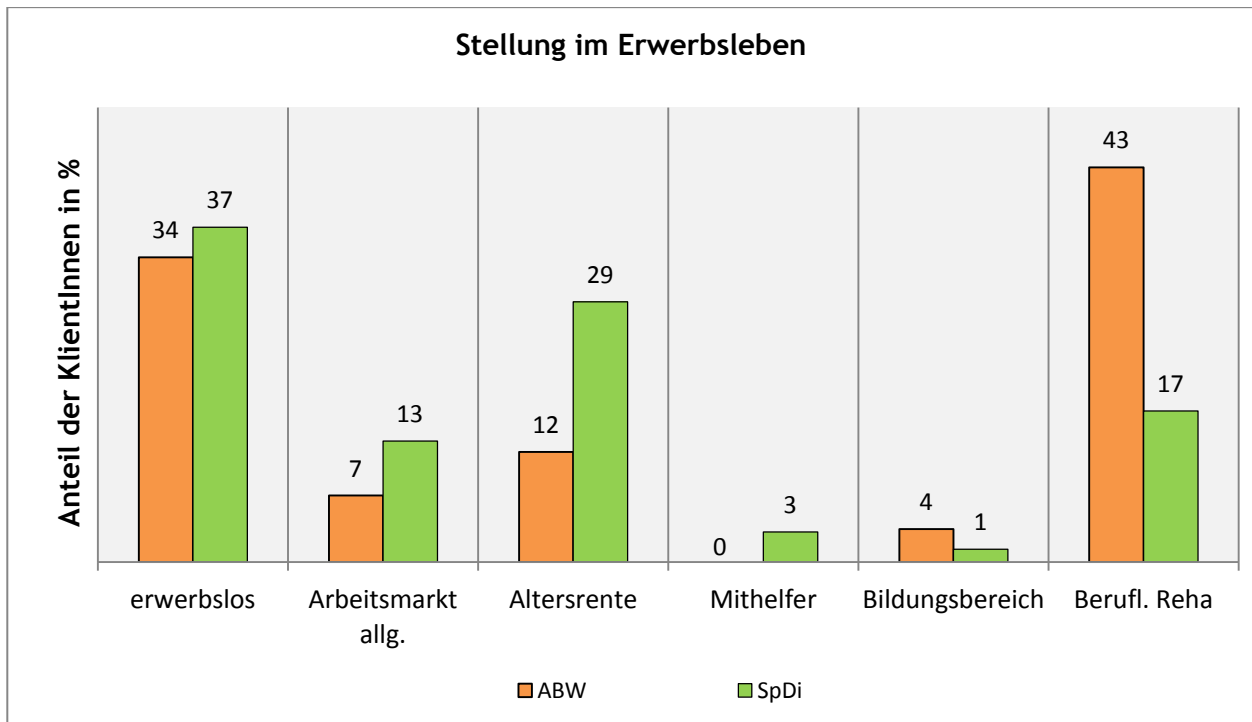


Schaubild 13

Trotz der relativ guten Alltagsbewältigung der KlientInnen des SpDi ist nur ein geringer Teil auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt. Ein hoher Anteil von nahezu der Hälfte der KlientInnen hat sich mit beruflicher Rehabilitation abgefunden, was nach dem Berufsbildungsbereich in der Regel eine Arbeit in der WfbM bedeutet. Für chronisch psychisch kranke Menschen hat sich diese Situation auch mit der Entspannung des Arbeitsmarkts trotz allem nicht verbessert. Die Betriebe im Landkreis Ravensburg haben freie Arbeitsplätze und suchen qualifizierte Mitarbeiter. Die begleiteten Zugangswege aus der WfbM scheinen für die KlientInnen des GPV nicht ausreichend geeignet.

Ein großer Teil der betreuten Personen im ABW für Menschen mit Suchterkrankungen erhält Hilfen im Bereich des SGB II. Ein geringerer Teil bezieht Erwerbsminderungsrente. Eine Tatsache, die den Menschen Zugang zu Maßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung durch die Jobcenter ermöglicht, jedoch auch mit hohem Druck im Rahmen einer häufig überfordernden Mitwirkungspflicht einhergeht.

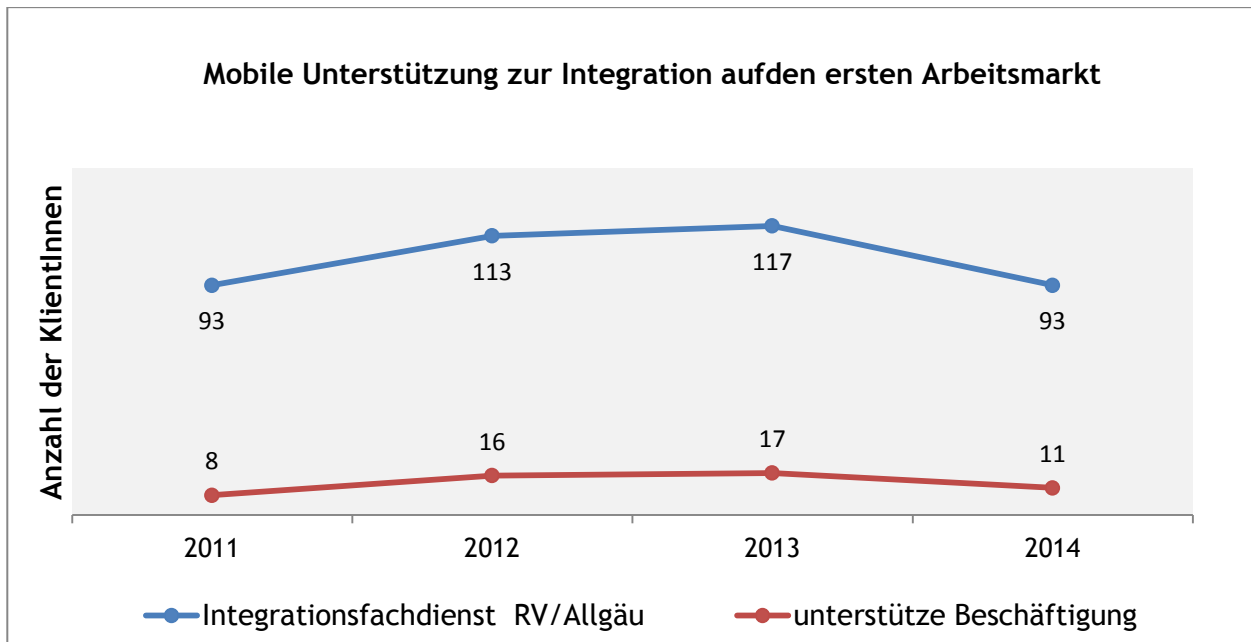


Schaubild 14

Entgegen dem Trend auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geht die Zahl der psychisch kranken Personen, die mithilfe des Integrationsfachdienst (IFD) Unterstützung erhalten, scheinbar wieder zurück. Dies erklärt sich dadurch, dass sich die ambulanten Angebote der Arkade-Pauline 13 mit den unterschiedlichsten Maßnahmen zur Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in diesem Schaubild nicht vollständig abbilden. Seit 2014 werden nur die begleiteten Personen durch den Integrationsfachdienst erfasst, z.B. die Schnittstellen zur WfbM. Der Geschäftsbereich der berufsbegleitenden Dienste, in denen die Maßnahmen zur Vermittlung im Auftrag der Agentur für Arbeit und/oder der DRV angesiedelt sind, findet sich hier nicht vollständig wieder. Durch die Maßnahme BeRePK konnten von 11 Teilnehmern sogar 3 erfolgreich in Arbeit vermittelt werden und auch die Teilnahme an der Unterstützten Beschäftigung wird von Menschen mit psychischer Erkrankung gerne als ambulante Rehabilitationsmaßnahme genutzt. Insgesamt wäre es allerdings wünschenswert, die bestehenden Angebote zur Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin aufmerksam zu beobachten, um gemeinsam nach Verbesserungen zu suchen.

Wie anhand der bisherigen Darstellung deutlich wurde, verbleiben für chronisch psychisch kranke Menschen, die die vollständige Integration durch die RPK Baienfurt nicht wahrnehmen können und denen die Unterstützung durch den SpDi nicht ausreicht, die Leistungen des Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe.

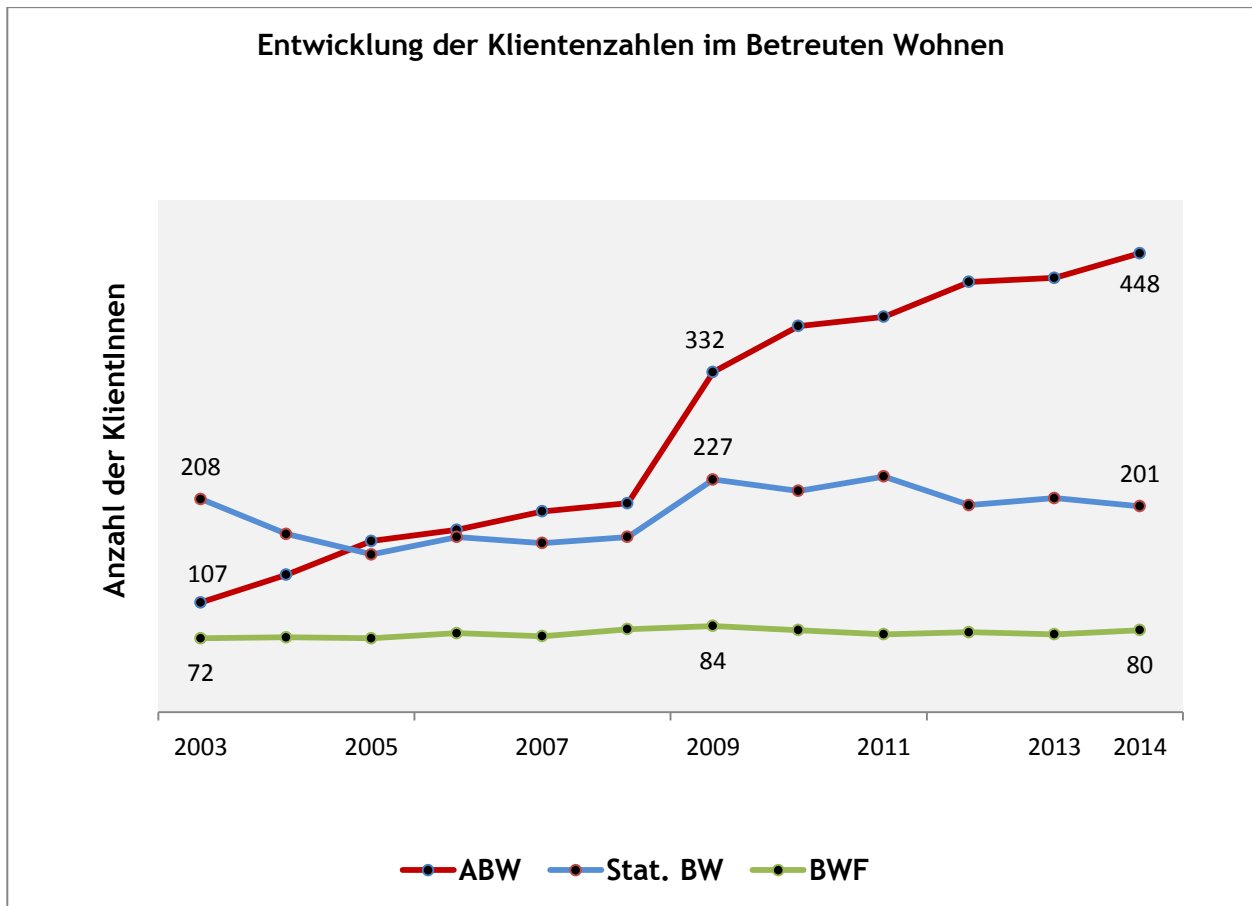


Schaubild 15

Die Zahl der KlientInnen in den verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens ist im Landkreis Ravensburg enorm gestiegen. Wurden 2003 noch 387 Personen betreut, waren es 729 im Jahr 2014. Dies entspricht einer Steigerung um mehr als das Doppelte. Im Jahre 2009 kam die Anode gGmbH als Anbieter von Ambulant und Stationär betreutem Wohnen in den GPV, wodurch sich der starke Anstieg der Klientenzahlen von 2008 auf 2009 erklärt. Dies entspricht dem Bundestrend der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung für diesen Zeitraum. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der nach der Jahrtausendwende greifenden Wirkung der Enthospitalisierung psychiatrischer Kliniken. Die Enthospitalisierung führte nicht dazu, dass psychisch kranke Menschen in der akuten Phase nicht mehr stationär behandelt wurden, sondern zu einer Auflösung der Langzeitbereiche. Die Patienten, die früher auf den Langzeitstationen der psychiatrischen Kliniken versorgt wurden, erhalten zwischenzeitlich Leistungen in den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe. Daher soll mit dem Bundesteilhabegesetz das System der Fürsorge in ein „modernes System der Teilhabeleistungen“ umgearbeitet werden. Der Anstieg der Klientenzahlen im Betreuten Wohnen dürfte demnach auch kein Indiz dafür sein, dass die Klinikstationen ihren therapeutischen Anspruch auf vollständige Reintegration aufgegeben haben. Vielmehr ist der Anstieg im Betreuten Wohnen ein Indiz dafür, dass psychische Erkrankungen in ähnlich hohem Ausmaß zu Behinderungen führen wie Intelligenzminderung oder Sinnesbeeinträchtigungen.

Wie die Auswertung der KlientInnen unter 30 zeigt ist der Weg zur Ablösung von der Familie und der Entwicklung eines selbstbestimmten Lebens für Menschen mit Behinderungen in einer von Traditionen weitgehend gelösten Gesellschaft ein schwieriger Prozess. Einen Hinweis darauf gibt die Tatsache, dass der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund im SpDi Ravensburg etwa doppelt so hoch ist wie in den Einrichtungen des Betreuten Wohnens. Die Bindung an die Familie scheint in diesem Kulturkreis auch bei Auftreten psychischer Störungen nach wie vor höher zu sein. Der Anstieg der Klientenzahlen im Betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe ist - ebenfalls dem bundesweiten Trend entsprechend - ausschließlich auf den kontinuierlichen Anstieg der Klientenzahlen im Ambulant Betreuten Wohnen zurückzuführen. Ausnahme ist das ABW der Anode, in dem in den vergangenen Jahren sinkende Klientenzahlen zu verzeichnen sind. Bei der Erklärung ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Versorgung der Anode in den letzten Jahren in den Bodenseekreis verlagert wurde.

Die Zahl der KlientInnen entspricht jedoch nicht der Zahl der „Plätze“, da es im Gegensatz zur Zeit der Langzeitstationen und Heime eine rege Fluktuation gibt. Rechnet man die Anzahl der KlientInnen mithilfe der durchschnittlichen Verweildauer pro Jahr in Plätze um, ergibt sich eine Zahl, die um ca. 150 niedriger liegt, also bei ca. 580. Im Gegensatz zu früher gibt es zwischenzeitlich immer freie Plätze im Stationär Betreuten Wohnen. Die Fluktuation kommt sowohl durch Wechsel innerhalb der Wohneinrichtungen des GPV als auch durch „echte Beendigungen“ zustande. 2014 beendeten 12 KlientInnen die Maßnahme des ABW ohne im Anschluss eine Betreuungsleistung im Rahmen des GPV zu erhalten. An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass im Berichtsjahr bei den 448 KlientInnen keine Beendigung durch Suizid zu verzeichnen war, im Stationär Betreuten Wohnen zwei.

Das System des Betreuten Wohnens ist im Landkreis Ravensburg sehr differenziert. Neben dem qualitativ bedeutenden Angebot des Betreuten Wohnens in Familien (BWF) wird außer dem Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) mit Personalschlüsseln zwischen 1:10 und 1:12 auch ABW plus mit intensiverer Betreuung entsprechend den Hilfebedarfsgruppen im Stationär Betreuten Wohnen angeboten. Stationär Betreutes Wohnen wird bereits seit über zehn Jahren nicht nur in Form von Wohnheimen angeboten, sondern auch in Form von gemeindeintegrierten Wohnungen.

Mit der Ablösung des Landesheimgesetzes durch das Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) zum 30.05 2014 ist diese Form der stationären Wohnbetreuung in Baden-Württemberg offiziell eingeführt und nennt sich Teilweise Selbstverantwortetes Ambulant Betreutes Wohnen (TA-BeWo). In der GPV-Basisdokumentation wurde die Lebenssituation der KlientInnen im Stationär Betreuten Wohnen bereits nach dieser Systematik erhoben.

Beispielhaft: Die Ablösung des Landesheimgesetzes durch ein Wohn-, Pflege- und Teilhabegesetz Von Michael Konrad



Selbständig in ambulanter Wohnbetreuung

Baden-Württemberg hat mit der Ersetzung des nur wenige Jahre alten Landesheimgesetzes durch das Wohn-, Pflege- und Teilhabegesetz (WTPG) ein Problem der Inklusion von Menschen mit Behinderung gelöst. Seit dem 30. Mai 2014 ist das Gesetz in Kraft. Von den Verbänden und Trägern der Eingliederungshilfe wird es zwischenzeitlich intensiv diskutiert. In der Vergangenheit war die Kluft zwischen vollstationären Einrichtungen (Wohnheimen) und Ambulant Betreutem Wohnen (ABW) sehr groß. Während im ABW die Klientinnen und Klienten vollkommen selbstbestimmt leben konnten, war das Leben in Wohnheimen heimrechtlich vollkommen vorgegeben. Die Wohnheime hatten dadurch meist zu viele Plätze an einem Ort und waren am Rande der Städte angesiedelt. Außenwohngruppen einzurichten war aufgrund der geforderten 24-Stunden-Präsenz nicht lukrativ.

Das WTPG sichert auch Einrichtungen ordnungsrechtlich ab, die nicht vollstationär sind und will entsprechend der Präambel die Teilhabe von pflegebedürftigen und be-

hinderten Menschen fördern. Für die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen ist damit eine wichtige Zwischenstufe hin zur Selbstständigkeit in ambulanter Wohnbetreuung möglich geworden. Die Auflösung von Heimen wird damit erleichtert. Baden-Württemberg hat neben dem PsychKHG eine gesetzliche Erleichterung für den Prozess der Inklusion geschaffen, der zumindest für die gemeindepsychiatrische Versorgung in Deutschland als vorbildlich bezeichnet werden kann.

Ausgangspunkt für die Einbeziehung nicht stationärer Angebote in ordnungsrechtliche Regulierung waren die neuen Entwicklungen im Bereich der Versorgung von Seniorinnen und Senioren. In den letzten Jahren hatten sich zunehmend selbstorganisierte Wohngemeinschaften betagter Menschen sowie sogenannte Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenzerkrankung entwickelt. Als Herausforderung stellte sich, besonders für die Gruppe der Demenzerkrankten, die Frage nach einem interessengerechten Ausgleich zwischen persönlicher

Selbstbestimmung und staatlicher Fürsorge. Angesichts der Tatsache, dass die Pflege gegenüber der sozialen Betreuung häufig im Hintergrund steht, war der Schutz vor Vernachlässigung zentral.

Trotz dieser Ausgangslage hat sich der Gesetzgeber dazu entschlossen, das neue Gesetz auch auf die Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, also der Eingliederungshilfe anzuwenden. Diese Entscheidung führte bereits im Vorfeld zu heftigen Diskussionen. Bei ihrer Umsetzung führt sie zum Teil zu großen Verwirrungen. Der Grund: Das Betreute Wohnen ist in der Eingliederungshilfe sowohl in ambulanter als auch stationärer Form eine durch öffentliche Mittel finanzierte Leistung, während sie im Bereich der Altenhilfe eine privatrechtliche Überlassung von Wohnraum – ggf. einschließlich Notruf etc. – meint, bei der Pflegeleistungen im Bedarf zugekauft werden können. Ambulant betreute Wohngemeinschaften, als Gegensatz zur stationären Heimversorgung im WTPG, sind demgegenüber in der Eingliederungshilfe klar

umrissen, mit pauschal finanzierten Sachleistungen oder Fachleistungsstunden des Sozialhilfeträgers.

Das WTPG kennt demgegenüber zwei Formen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die vollkommen selbstbestimmten, die dem WTPG nicht unterliegen, nach § 14 Absatz 1, Satz 1 aber bei der Heimaufsicht anzuzeigen sind, und die teilweise selbstbestimmten Wohngemeinschaften, die dem WTPG unterliegen. Die Verwirrung wird dadurch genährt, dass im ambulanten Bereich ordnungsrechtlich unterschiedliche Vorschriften für »Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf« (§ 5) und »Menschen mit Behinderungen« (§ 6) bestehen.

Im Folgenden wird nun ausschließlich auf die Konsequenzen des WTPG für die Eingliederungshilfe eingegangen.

Vollständig selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften

Eine vollständig selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaft (VSABW) liegt gemäß § 2, Absatz 3 dann vor, »wenn dort nicht mehr als zwölf Personen gemeinschaftlich wohnen, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung aller Bewohner gewährleistet ist und sie von Dritten, insbesondere einem Leistungsanbieter strukturell unabhängig ist«. Dies entspricht dem verbreiteten und sich ausbreitenden Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) bzw. BeWo, für die Leistungsvereinbarungen gemäß § 53 SGB XII festgelegt sind. Dabei dürfen Wohnraumüberlassung und Betreuungsleistungen nicht miteinander verbunden sein.

Da in diesen Leistungsvereinbarungen stets Unterstützungsleistungen durch einen Anbieter vorgesehen sind, wird in § 2 (§ 6) die Unabhängigkeit von einem Leistungsanbieter für Menschen mit Behinderungen wieder eingeschränkt. Demnach ist die vollständige Selbstverantwortung auch dann gewährleistet, wenn »die Bewohner zur Unterstützung der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung neben der Überlassung von Wohnraum und Grundleistungen lediglich dazu verpflichtet werden, in untergeordnetem Umfang Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen«. Dieser Zusatz wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auf Einspruch der Einrichtungsträger der Gemeindepsychiatrie hinzugefügt. Trotz der Einfügung besteht nach wie vor Unsicherheit aufgrund der in der Begründung des Gesetzes erfolgten Quantifizierung des

untergeordneten Umfangs der persönlichen Betreuung auf sechs Stunden wöchentlich. Auch wenn diese Zeitmarge in einigen Fällen des ABW plus überschritten wird, wäre rechtlich zu überprüfen, ob der damit untergeordnete Umfang auch dann gilt, wenn die Betreuung die in Satz 2 genannte »umfassende Versorgung« nicht erfüllt.

Für die Anbieter des ABW ist das Gesetz daher nur noch insofern relevant als die VSABW gemäß § 14 lediglich bei der Heimaufsicht angezeigt werden müssen; eine lästige, aber verkraftbare Pflicht, zumal das im Psychisch-Kranken-Bereich verbreitete Einzelwohnen nicht unter die Anzeigepflicht fällt. Wenn das WTPG im Anschluss an § 2 weiter von Ambulant Betreuten Wohngemeinschaften spricht, sind damit stets die teilweise selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften gemeint.

Teilweise selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften

Die teilweise selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften (TABeWo) wurden durch das WTPG neu geschaffen. Laut Gesetzesbegründung soll sie insbesondere in der Behindertenhilfe den Prozess der Inklusion fördern, d.h. den Übergang in eine vollständig selbstverantwortete Wohnform erleichtern. Im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen handelt es sich um stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe, die traditionell als Außenwohngruppen oder dezentrale Wohngruppen geführt werden und in der Vergangenheit im Heimgesetz unter den Begriff der vollstationären Einrichtungen subsumiert wurden. Heimaufsicht und Einrichtungsträger tun sich mit diesem »Zwitzerwesen« bisher schwer. Das mag an einem gegenseitigen »Grundmisstrauen« liegen, das zwischen Trägern der freien Wohlfahrtspflege und einer staatlichen Ordnungsbehörde üblicherweise herrscht.

Die Gesetzeslage hingegen ist klar, wenn der gordische Knoten der sprachlichen Verwirrung zwischen diesen beiden unterschiedlichen ambulant betreuten Wohngemeinschaften einmal zerschlagen ist. TABeWo für Menschen mit Behinderung liegt nach § 4 (3) bzw. § 6 vor,

- wenn nicht mehr als acht Personen gemeinschaftlich wohnen, d.h. einen abgeschlossenen Haushalt bilden;
- wenn der Anbieter weder eine Vollversorgung erbringt noch für den Bedarfsfall vorhält;
- wenn Personen aufgenommen werden, die in der Lage sind, ihre Lebens- und Haushaltsführung gegebenenfalls unter

Anleitung überwiegend selbst zu gestalten oder solche Personen, deren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf keine permanente persönliche Anwesenheit einer Betreuungskraft erfordert;

- wenn sie Teil einer stationären Einrichtung sind (Außenwohngruppe), aber organisatorisch und wirtschaftlich an eine zentrale Verwaltung angebunden sind;
- wenn es ein Bewohnergremium der die Wohngemeinschaft betreffenden Angelegenheiten gibt und die getroffenen Entscheidungen schriftlich niedergelegt werden. In kleinen Gruppen sind dies sinnvollerweise alle Bewohner.

Diese Vorschriften werden von den meisten Außenwohngruppen erfüllt. Hinzu kommen nach § 13 folgende Anforderungen:

- dass die Qualität des Wohnens angemessen ist, d.h. 25 qm Fläche je Bewohner ohne Kellerräume sowie jeweils ein Waschtisch, eine Dusche und ein WC für vier Bewohner;
- dass in der Regel eine Präsenz von zwölf Stunden erforderlich ist. In Wohngemeinschaften, die konzeptionell auf Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind, kann von dieser Anforderung jedoch abgewichen werden.

Die im letzten Punkt erwähnte Ausnahmeregelung ist die entscheidende Voraussetzung, dass gemeindepsychiatrische Wohneinrichtungen die Form des TABeWo nutzen können. In der sogenannten dezentralen stationären Betreuung ist entscheidend, dass die Gruppen möglichst klein sind und die Unterstützung entsprechend des individuellen Hilfebedarfs erbracht wird. Dadurch wird die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner gefördert und damit der Übergang in Richtung vollkommen selbstverantwortetes betreutes Wohnen.

Unter den gegebenen gesetzlichen Voraussetzungen bietet das WTPG für chronisch psychisch kranke Menschen die Möglichkeit eines Lebens in »normalen« gemeindeintegrierten Wohnungen, in denen sie ihr Leben weitgehend selbst gestalten können. Die strenge Überwachung von Hygienestandards entfällt ebenso wie die Überprüfung der Dienstpläne auf durchgängige Präsenz. Die Anwendung des personenzentrierten Ansatzes wird dadurch erstmals auch für den Bereich stationärer Eingliederungshilfeleistungen anwendbar. ■

Michael Konrad ist Leiter des Wohn- und Pflegeheims am Zentrum für Psychiatrie in Weissenau, Ravensburg.

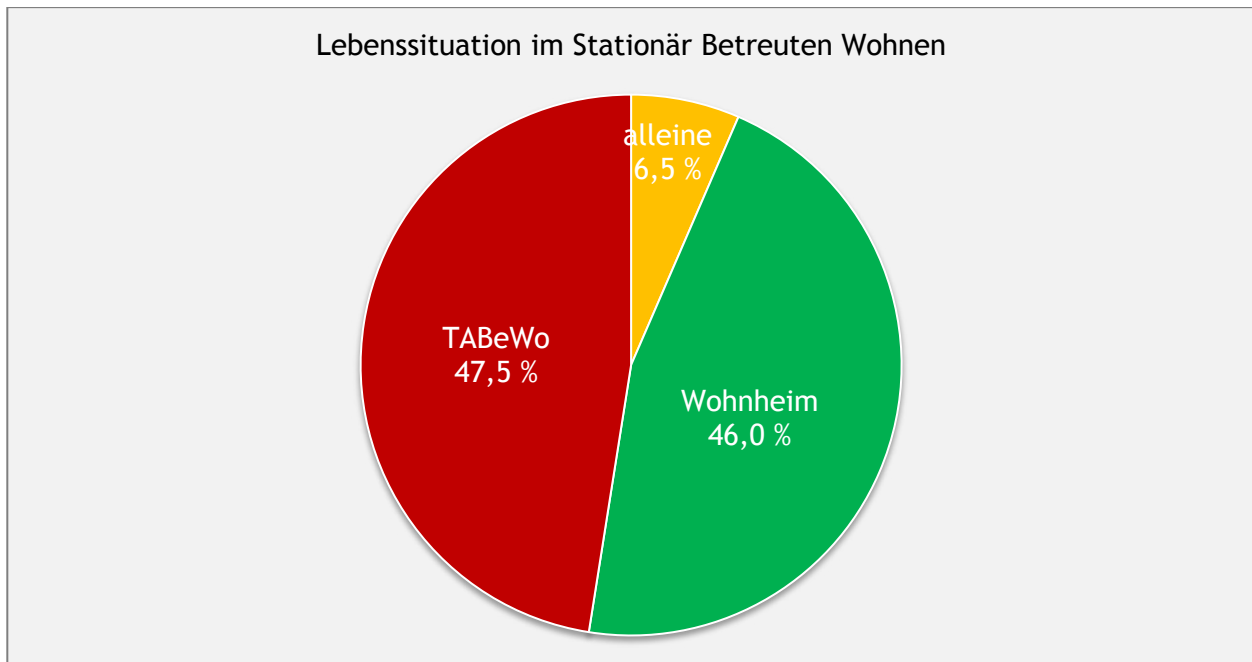


Schaubild 16

Schaubild 16 zeigt, dass im Landkreis Ravensburg mittlerweile etwas weniger als die Hälfte der KlientInnen des Stationär Betreuten Wohnens in „klassischen“ Wohnheimen leben, für die heimrechtlich die Kriterien der vollstationären Heimversorgung gelten. In Zukunft wird es besser möglich sein, die Wohnversorgung bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und die Existenz verschiedener ordnungsrechtlicher Regelungen in die Planungen einzubeziehen. Die Flexibilisierung im betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe erleichtert die Übergänge in Angebote mit mehr oder weniger Unterstützung.

Für die Umsetzung der neuen Wohnformen nach WTPG wurde die Fachstelle ambulant unterstützende Wohnformen (FaWo) eingerichtet. Die Fachstelle hat im November 2014 ihre Arbeit aufgenommen. Sie ist ein neues Angebot des Sozialministeriums Baden-Württemberg und dockt an das Netzwerk und die Fachexpertise des KVJS an. Sie richtet sich zum einen an Fachleute, etwa von örtlichen Beratungsstellen, Einrichtungs- und Bauträgern aber auch an zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige. Sie erhalten Informationen und Beratung, wie sie ambulant betreute Wohnangebote aufbauen und betreiben können. Der Aufgabenschwerpunkt der FaWo ist aktuell der Bereich der selbstverantworteten und der anbietergestützten ambulant unterstützten Wohngemeinschaften nach dem WTPG. Eine Aufgabenstellung der Fachstelle stellt die Organisation und Durchführung von Fachveranstaltungen und Fachtagungen etwa als Plattform für Informationsweitergabe und den Austausch aller Akteure dar.

Offensichtlich ist, dass im Bereich Wohnen stärker beschützte Angebote fehlen. Damit sind nicht nur und in erster Linie geschlossene Wohnheime gemeint, sondern stationäre Angebote mit einer ständigen Präsenz während des Tages bzw. einer Nachtbereitschaft im Haus. Darüber hinaus wäre für das Ambulant Betreute Wohnen an eine Rufbereitschaft während der Nacht im Sinne eines Krisentelefon zu denken. Seit Ende des Jahres 2014 befasst sich eine Arbeitsgruppe, die aus leitenden MitarbeiterInnen der Klinik und Einrichtungen der psychosozialen Versorgung zusammengesetzt ist, mit diesem Thema. Ziel ist die Umgestaltung der Wohnversorgung im Sinne einer besseren Ausdifferenzierung der Angebote.

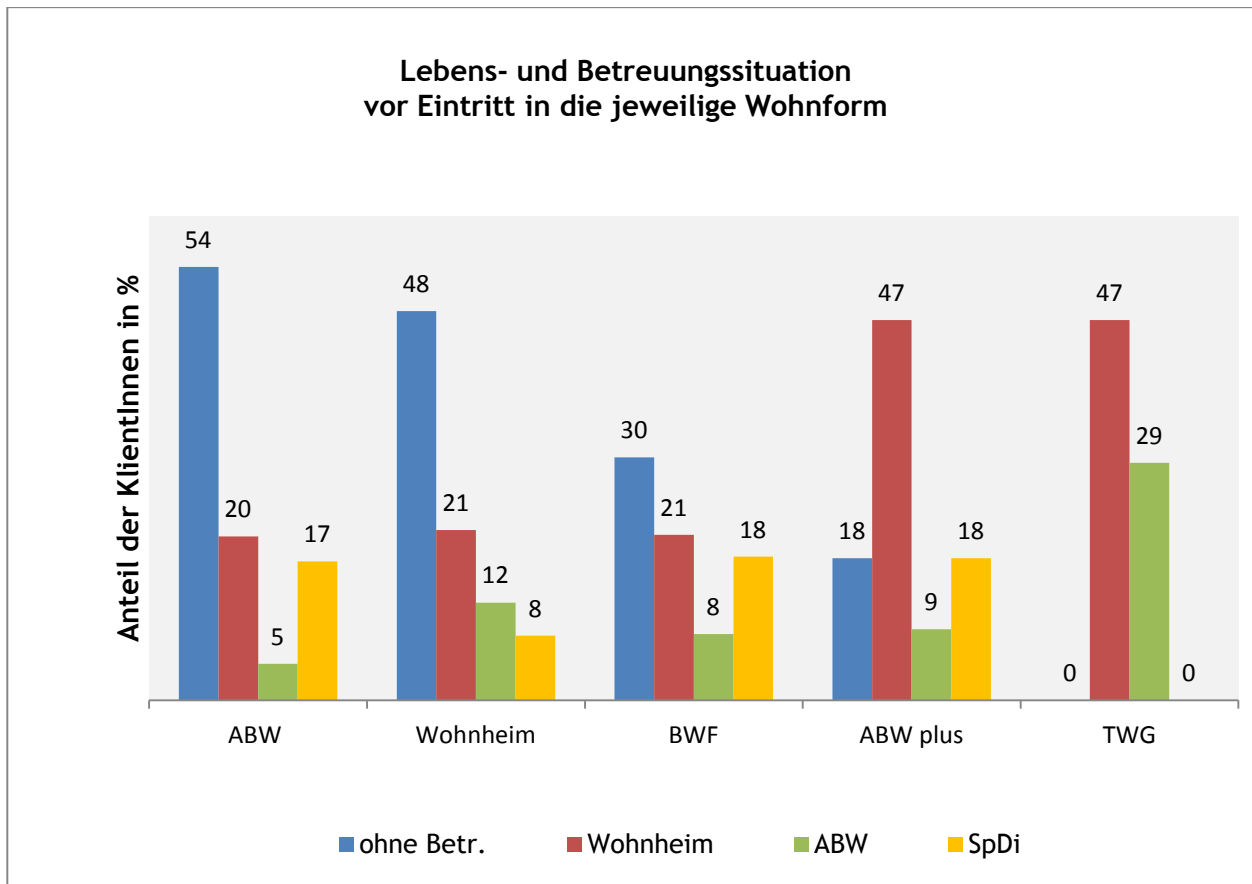


Schaubild 17

Schaubild 17 zeigt die wichtigsten Übergänge. Die meisten Personen ohne vorherige psychosoziale Betreuung wurden im „klassischen“ ABW aufgenommen, nahezu derselbe Prozentsatz im Stationär Betreuten Wohnen (hier noch als Wohnheim bezeichnet). In das ABW plus kam der größte Anteil der KlientInnen aus dem Stationär Betreuten Wohnen. Dies ist dadurch zu erklären, dass in der bis Ende 2013 andauernden Modellphase das Klientel bevorzugt aus dem stationären Bereich in ABW plus wechseln konnte. Es bleibt abzuwarten, ob ABW plus in Zukunft zunehmend dem Stationär Betreuten Wohnen vorgezogen wird. Dass von psychisch kranken Menschen, die vom SpDi betreut werden, ambulante Angebote bevorzugt werden, zeigt sich deutlich. Der Anteil der Übergänge von den SpDi in Stationär Betreutes Wohnen (Wohnheime) ist nicht einmal halb so hoch. Der Wechsel zwischen Ambulant und Stationär betreutem Wohnen ist den Zahlen hingegen deutlich abzulesen, wobei die Anzahl der KlientInnen, die von stationär nach ambulant wechseln, höher ist. Im Gegensatz zu früher ist das Heim nicht mehr die „Endstation“, sondern ein qualifiziertes Angebot zur Förderung der Selbstständigkeit. Die seit Mitte 2012 bestehende Therapeutische Wohngruppe (TWG), in die KlientInnen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten aufgenommen werden, bringt den Angeboten des Ambulant und Stationär Betreuten Wohnens eine qualitative Entlastung. Seit mehreren Jahren ist im Landkreis Ravensburg festzustellen, dass chronisch psychisch kranke Menschen auch im betreuten Wohnen die ambulante Betreuung in einer selbst gemieteten Wohnung bevorzugen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass im Ambulanten und im Stationär Betreuten Wohnen die verschiedenen Diagnosegruppen mit unterschiedlichen Anteilen vertreten sind (s. Schaubild 18).

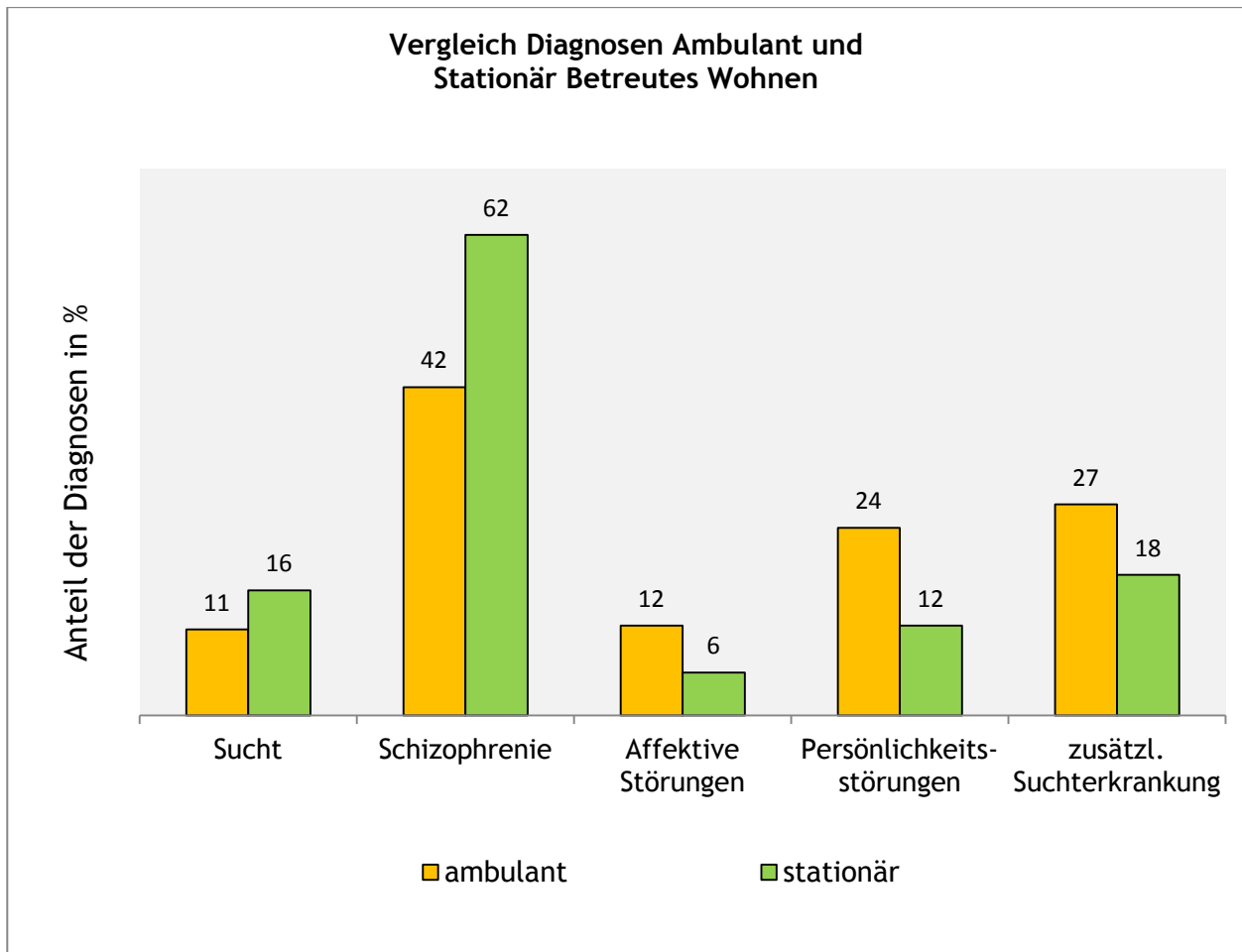


Schaubild 18

Während der Anteil der KlientInnen mit Persönlichkeitsstörungen im ABW doppelt so hoch ist wie im stationär betreuten Wohnen, ist der Anteil der an Schizophrenie Erkrankten dort um 20 % höher als im ABW. Während also der Anteil der schizophrenen KlientInnen des GPV in stationärer **Behandlung** im Landkreis Ravensburg relativ niedrig ist, ist er in der stationären **Wohnbetreuung** relativ hoch. Der Unterschied bei der zusätzlichen Suchterkrankung relativiert sich, wenn der Anteil der KlientInnen, bei denen die Suchterkrankung im Vordergrund steht, die zusätzliche psychische Erkrankung hinzugefügt wird. Dann steigt der Anteil im SBW auf 29 % und im ABW auf 32 %. D.h., die Suchtproblematik ist nicht wesentlich dafür verantwortlich, ob stationäre oder ambulante Leistungen im betreuten Wohnen in Anspruch genommen werden.

Für einen Teil der chronisch Suchtkranken stellt sich allerdings die Frage nach neuen Angebotsstrukturen. Für einen Teil ist es nicht realistisch, eine dauerhafte Abstinenz anzustreben. Wie die Vertreter der sozialpsychiatrischen Suchtversorgung zunehmend postulieren, werden die KlientInnen mit der Einschränkung auf Abstinenz in den Einrichtungen nicht entlastet, sondern zusätzlich unter Stress gesetzt. Anzustreben sind nach deren Auffassung vielmehr begleitete Konsumreduktionsprogramme, die mit den Leistungen der Eingliederungshilfe ohne Einschränkung zu realisieren sind. Schwierig wird es mit den Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn die KlientInnen auch an dem Ziel der Konsumreduktion zur Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nicht mitwirken. In diesem Fall sind die Leistungen zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten nach § 67 SGB XII anzuwenden. Um die Abgrenzung der Hilfen nach §

53 und § 67 zu klären ist die Einbeziehung der Suchtberatungsstelle erforderlich. In einigen Regionen wie z.B. in der Stadt Stuttgart wird die gleichzeitige Anwendung der beiden Leistungsformen - insbesondere bei der Hilfe für drogenabhängige Menschen - erfolgreich praktiziert.

Schaubild 19 zeigt, dass die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung von der Diagnose abhängig ist. Bei Demenzerkrankungen ist dies unmittelbar nachvollziehbar, bei dem zweithäufigsten Anteil rechtlicher Betreuungen - nämlich Personen mit Suchterkrankungen - gibt der hohe Anteil Aufschluss über Schwere und Chronizität der Suchterkrankung.

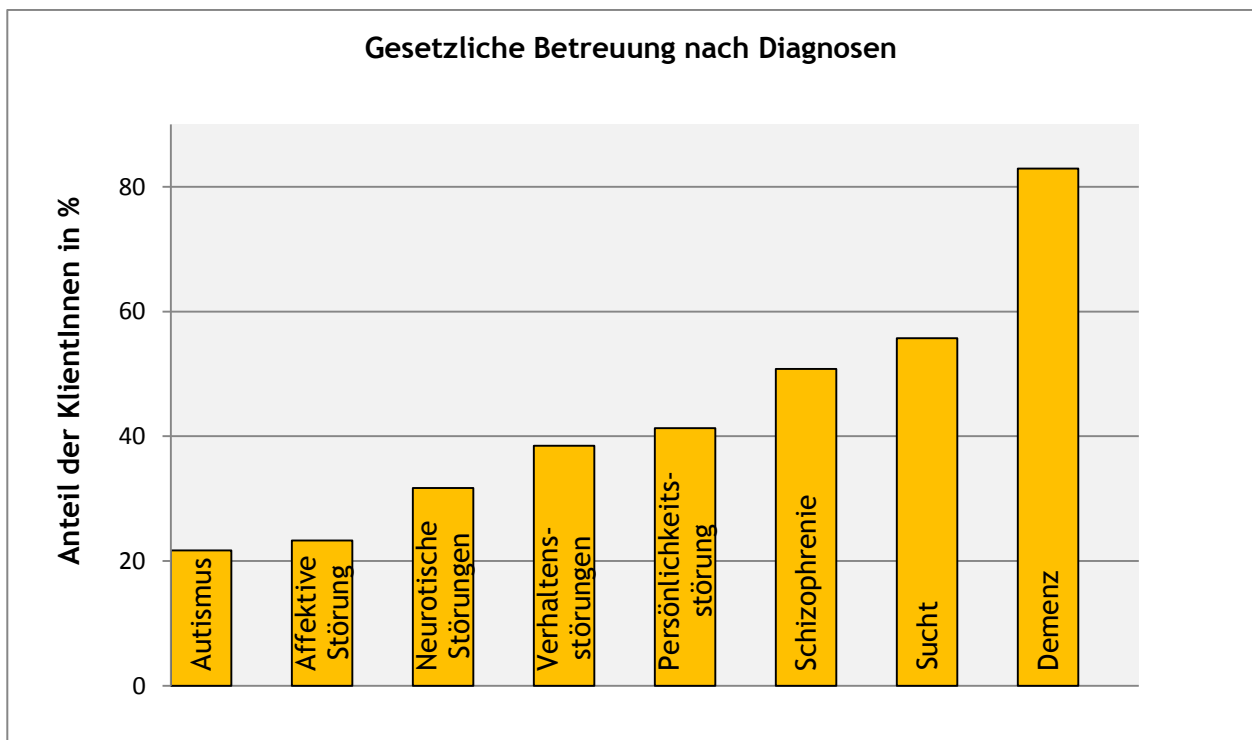


Schaubild 19

Es zeigt auch, dass der Anteil der KlientInnen mit rechtlicher Betreuung bei der Diagnose Schizophrenie niedriger ist als bei Personen mit Suchterkrankung aber nahezu um 10 % höher als bei der Diagnose Persönlichkeitsstörung. Der Anteil der Klientel, die rechtlich zu einer vollständigen Selbstverantwortung in der Lage sind, ist demnach bei Personen mit Persönlichkeitsstörung höher und steigt bei den Diagnosen affektive Störungen, neurotische Störungen und psychische Störungen mit Beginn im Kinder- und Jugendalter weiter an. Dies ist insofern relevant, weil diese Diagnosegruppen bei den neu in das System des GPV eintretenden Menschen die Mehrheit ausmachen.

Wohnsituation im Ambulant Betreuten Wohnen

Die größere Selbstverantwortung spiegelt sich auch in der Wohnform wider. Mehr als die Hälfte der Klientel im ABW (ohne ABW plus) lebt alleine in einer eigenen oder angemieteten Wohnung. Diese Lebensform entspricht der Vorstellung der Normalität. Hierzu gehört auch das Zusammenleben mit Lebenspartnern und Kindern. Das Leben in einer Wohngemeinschaft wird von einem Teil der KlientInnen bevorzugt, von dem anderen Teil als notwendiges Übel akzeptiert. Wohngemeinschaften sind ein relativ ungezwungener Kontext, in dem Auseinanderset-

zen mit anderen Menschen, Kommunikation, Mitteilen eigener Bedürfnisse, Übernahme von Verantwortung, etc. gelernt und geübt werden können.

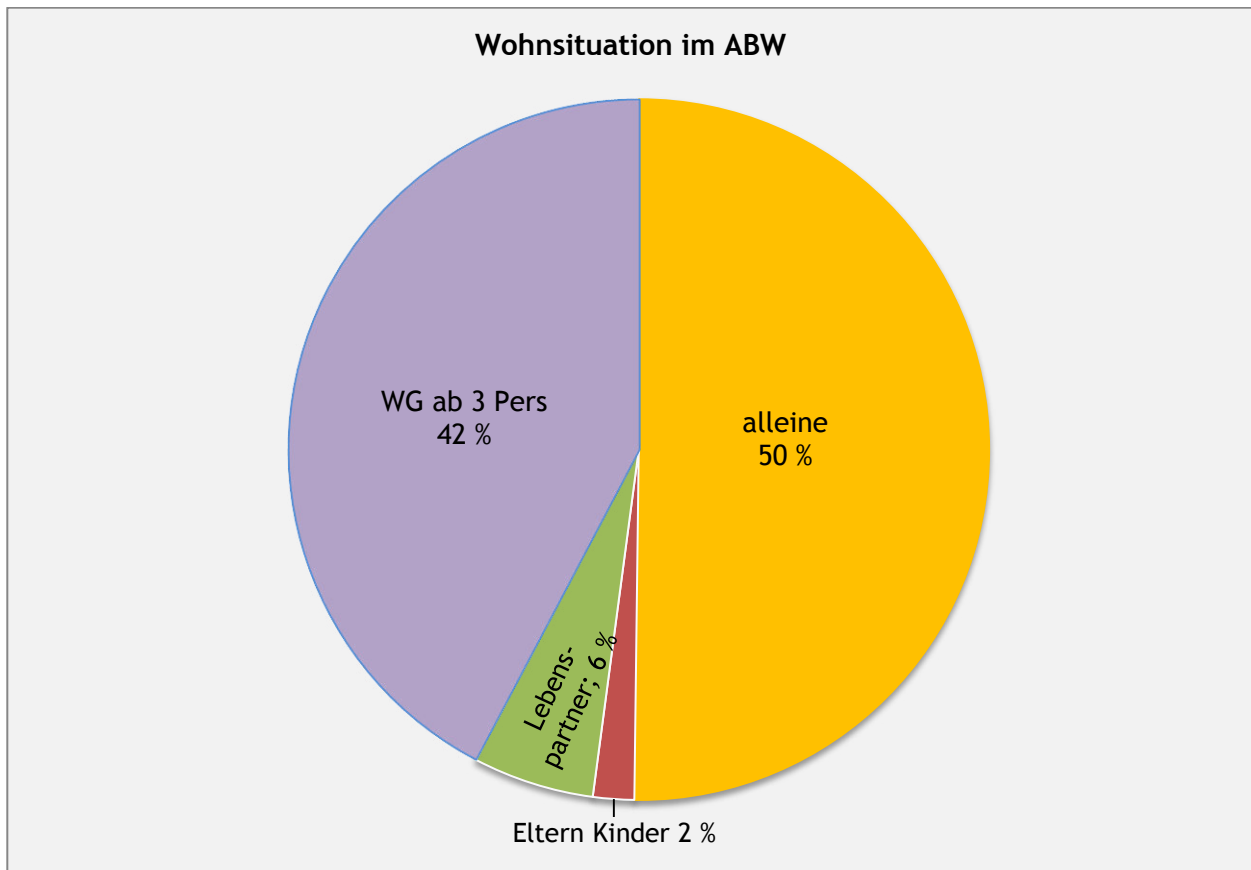


Schaubild 20

Der Anteil der KlientInnen in Wohngemeinschaften im ABW ist wieder etwas gestiegen. Weniger als die Hälfte der Klientel im ABW wird in ihnen betreut. Genau die Hälfte der KlientInnen wird in Einzelwohnungen betreut. Dies zeigt die hohe Attraktivität dieser Lebensform für Menschen mit seelischer Behinderung. Die Attraktivität ergibt sich daraus, dass sie neben dem Zusammenleben mit Partner und Kindern nach wie vor die gesellschaftlich am meisten verbreitete Lebensform darstellt. Da nur ein kleiner Teil der chronisch psychisch kranken Menschen eine eigene Familie hat, gilt das Wohnen alleine als erste Präferenz.

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 Hilfeplannungen, die von der koordinierenden Bezugsperson mit den KlientInnen erstellt wurden. Ziel ist die passgenaue Bestimmung des Unterstützungsangebots, das sich aus dem individuellen Hilfebedarf der KlientInnen 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 i.d.R. 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. Wün-

schenswert ist, dass der Klient oder die Klientin sich an der Diskussion der HPK beteiligt, nahezu die Hälfte der Personen macht hiervon Gebrauch. 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.

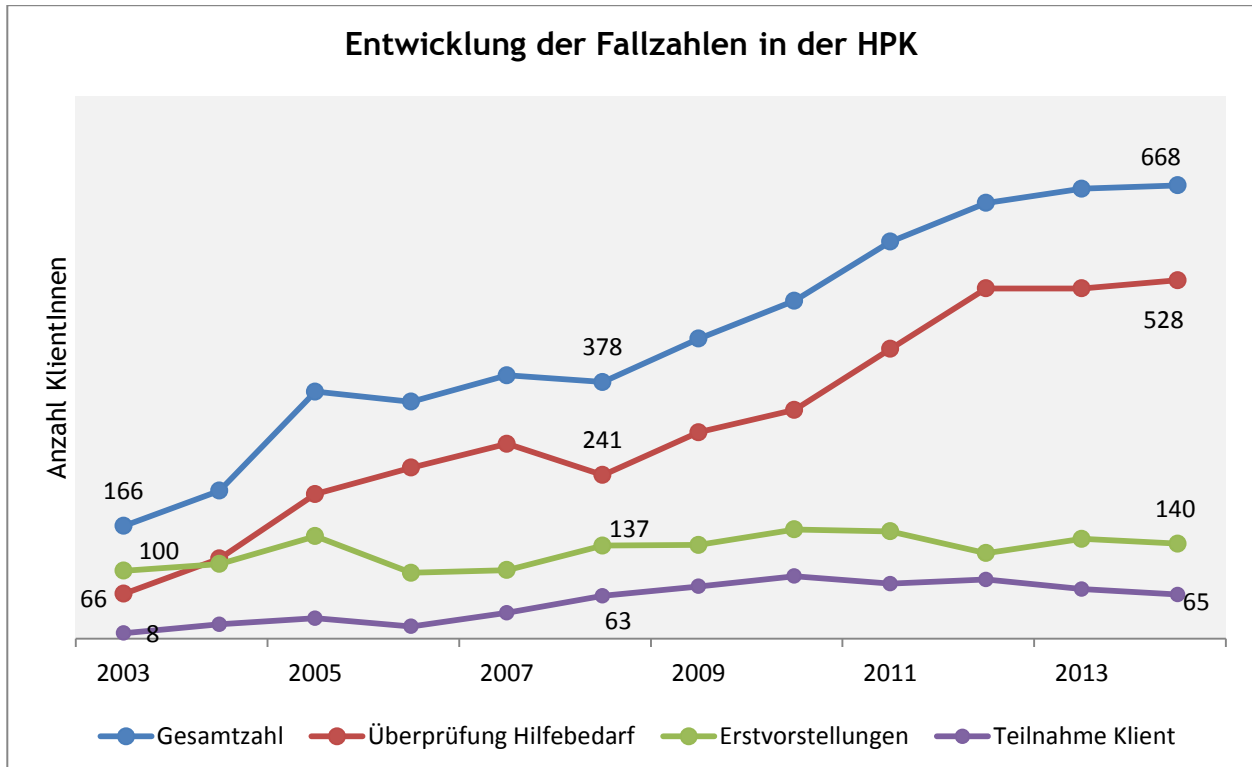


Schaubild 21

Die Vorstellung des Hilfebedarfs erfolgt bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe über den Integrierten Hilfeplan (InHiP), einer den Bedürfnissen des GPV Ravensburg angepassten Weiterentwicklung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP). Nach einer kontinuierlichen Steigerung der Fallzahlen in der HPK scheint sich nun eine Verflachung der Steigung einzustellen. Ein nicht zu unterschätzender Effekt der HPK und der weitgehenden 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 sechs freie Plätze in den Einrichtungen gab. Dieser Effekt ist ein Ergebnis der Selbstverpflichtung der Träger im GPV auf die regionale Versorgung, die im GPV-Kooperationsvertrag festgeschrieben ist. Für die hilfesuchenden Personen besteht damit im Gegensatz zur Vergangenheit die Möglichkeit einer Auswahl der Plätze im Stationär Betreuten Wohnen.

Gruppe der KlientInnen unter 30 Jahren

In der vorliegenden Statistik erfolgte erstmals eine separate Auswertung der KlientInnen unter 30 Jahren (U 30). Da die Einrichtungen und Dienste im GPV Personen frühestens ab 18 Jahren aufnehmen, kann davon ausgegangen werden, dass diese Altersgruppe nach Einrichtung des GPV über die HPK aufgenommen worden ist. Selbstverständlich sind in diesem Zeitraum auch andere Altersgruppen in die Einrichtungen und Dienste des GPV aufgenommen worden. Die Analyse der Daten der Altersgruppe U 30 vermittelt jedoch eine Vorstellung darüber, wie sich die Zusammensetzung der Klientel in Zukunft verändern wird.

Insgesamt erhielten 178 KlientInnen im Jahr 2014 Leistungen in den Einrichtungen und Diensten des GPV. Der etwas größere Anteil Männer von 54 % entspricht dem Anteil der Gesamtheit der KlientInnen im GPV. Bei den einzelnen Diagnosegruppen differenzieren sich die Unterschiede jedoch deutlicher aus, können aber noch nicht als statistisch gesichert, sondern lediglich als Tendenz gewertet werden.

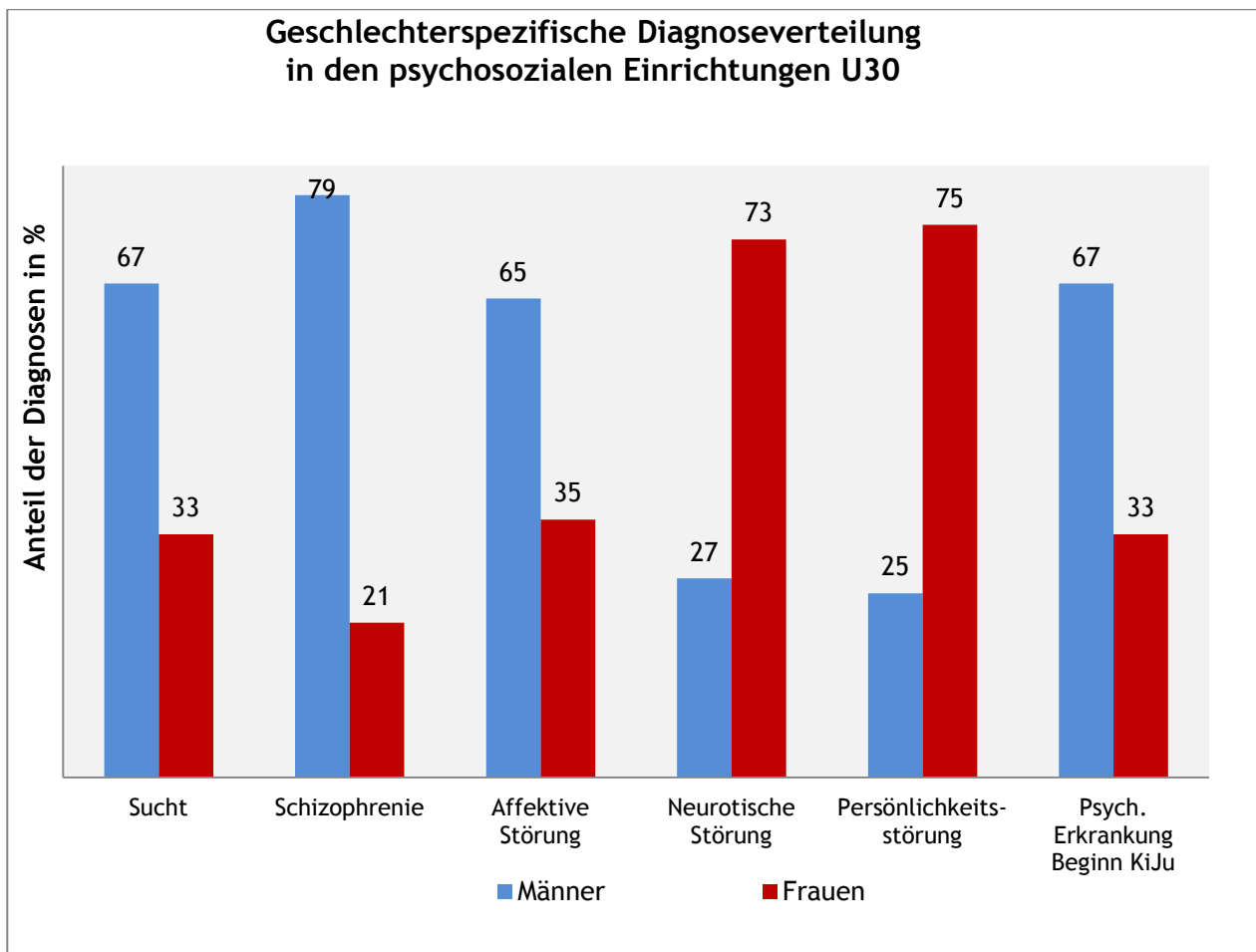


Schaubild 22

Während der Anteil der männlichen Klienten bei den schizophrenen Erkrankungen bei 79 % liegt (gesamt 57 %) beträgt der Anteil der weiblichen Klientinnen bei Persönlichkeitsstörungen 75 % (gesamt 59 %). Bei den Persönlichkeitsstörungen ist davon auszugehen, dass es sich bei der Gruppe der jungen Personen in erster Linie um Borderline Persönlichkeitsstörungen handelt. Auch bei den neurotischen Störungen ist der Anteil der Frauen mit 73 % deutlich höher

(gesamt 57 %), während sich bei den affektiven Störungen das Mehrheitsverhältnis sogar umkehrt. Während bei der Gesamtheit der KlientInnen der Anteil der Frauen mit 53 % leicht höher ist, kann bei den Personen unter 30 Jahren mit nahezu zwei Drittel ein deutlicher Überhang der Männer festgestellt werden. Da es sich bei den KlientInnen mit Suchterkrankung nur um 6 Personen handelt, ist der Aussagewert gleich null.

Unabhängig vom Geschlecht vollzieht sich bei den KlientInnen unter 30 im Diagnosespektrum ein deutlicher Wandel.

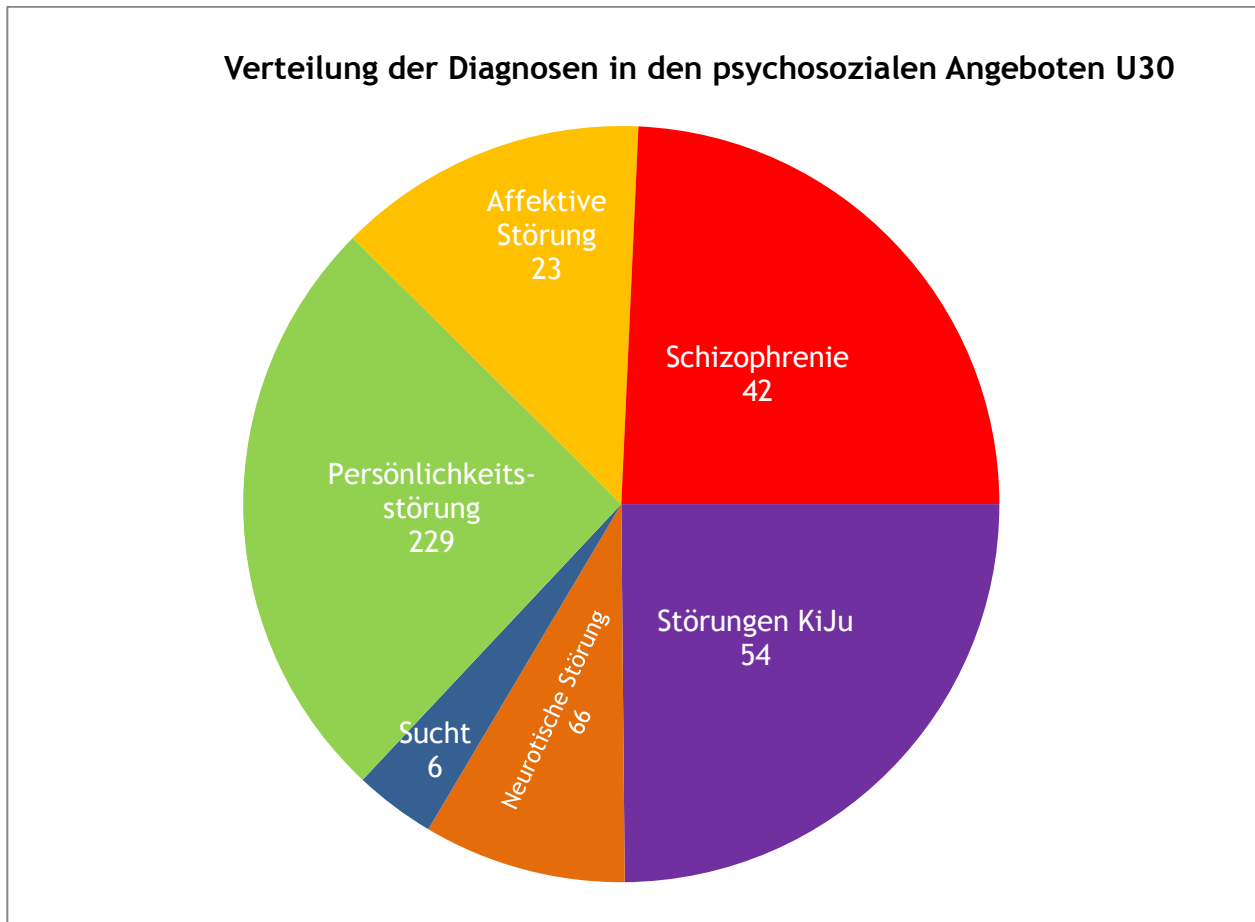


Schaubild 23

Während in der Gesamtheit das Tortenstück der schizophrenen Erkrankungen nahezu die Hälfte der Torte ausmacht (Schaubild 2) und die restliche Hälfte sich auf sechs mehr oder weniger große Tortenstücke verteilt, verschiebt sich das Diagnosespektrum wenn man affektive und neurotische Störungen zusammennimmt auf nahezu vier gleich große Tortenstücke. Persönlichkeitsstörungen und psychische Störungen mit Beginn im Kinder- und Jugendalter nehmen einen leicht größeren Anteil wie schizophrene Erkrankungen ein, der Anteil der affektiven und neurotischen Störungen ist jeweils ungefähr halb so groß. Während der Anteil der Personen mit Persönlichkeitsstörungen nahezu doppelt so hoch ist wie bei der Gesamtheit, ist er bei den psychischen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter um das Siebenfache erhöht. Der Anteil der KlientInnen mit neurotischen Störungen ist ebenfalls doppelt so hoch, während der Anteil der KlientInnen mit affektiven Störungen um 5 % niedriger liegt.

Ob diese Änderungen auf eine veränderte Prävalenz oder verändertes Diagnoseverhalten der FachärztInnen zurückzuführen sind, spielt für die psychosoziale Versorgung im GPV keine ent-

scheidende Rolle. Die massive Änderung der Klientel in den Einrichtungen und Diensten im GPV wirft allerdings die Frage nach notwendigen Änderungen in den Betreuungskonzepten auf. Diese wurden in den letzten beiden Jahrzehnten in erster Linie mit Blick auf KlientInnen mit schizophrenen Erkrankungen gemacht und zielten in erster Linie darauf ab, eine Überforderung der auf Reize sehr empfindlichen psychisch kranken Menschen mit schizophrenen Erkrankungen zu vermeiden. Auch wurden flankierende psychotherapeutische Maßnahmen in der Vergangenheit häufig nicht als hilfreich, oft sogar als kontraindiziert betrachtet. Diese Haltung muss ebenso überdacht werden wie der Einsatz von soziotherapeutischen Maßnahmen für Patientengruppen, die in der Vergangenheit aus der Indikation ausgeschlossen waren

Suchterkrankungen als Hauptdiagnose kommen bei den unter 30-Jährigen nicht vor. Letzteres zeigt, dass insbesondere Leistungen der Eingliederungshilfe von Menschen mit Suchterkrankung offensichtlich erst in höherem Alter in Anspruch genommen werden. Es kann die Frage aufgeworfen werden, ob früher einsetzende ambulante Angebote der Eingliederungshilfe schwere Verläufe mit letztlich hohen Kosten verhindern könnten.

Schaubild 24 zeigt, dass die U 30 KlientInnen vor allem in ambulanten Angeboten oder medizinischer Rehabilitation zu finden sind. Letztere wird im RPK Baienfurt in einem Wohnhaus mit zwei Haushalten in Form einer Wohngemeinschaft mit angegliederter Ergotherapie erbracht.

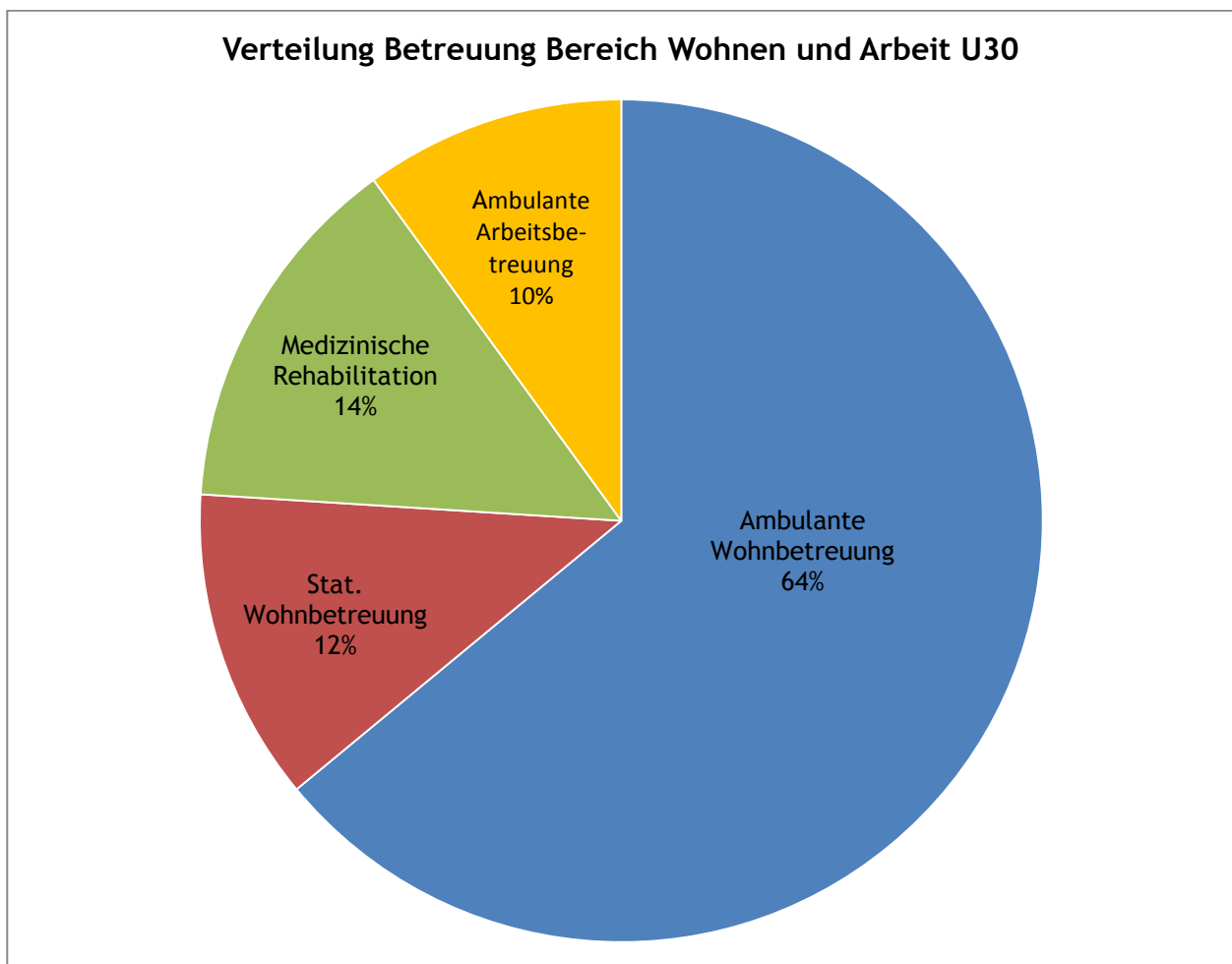


Schaubild 24

Die ambulante Betreuung im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) und Betreuten Wohnen in Familien (BWF) macht nahezu zwei Drittel der Unterstützungsangebote für die Personengruppe U 30 aus. Grundsätzlich bevorzugen KlientInnen im Alter unter 30 Jahren ambulante Leistungsangebote. Im SpDi, ABW, ABW plus und BWF werden 64 % der 178 Personen unter 30 Jahren betreut. Im Stationär betreuten Wohnen (Wohnheime und TWG) 12 %. Ambulante Unterstützung im Arbeitsleben (IFD und Unterstützte Beschäftigung) erhalten 10 %. 14 % der jungen KlientInnen sind in der RPK Baienfurt.

Schaubild 25 zeigt, dass ein großer Teil der Klientel bereits mit dem ABW oder BWF in das System einsteigt und ein weiterer kleiner Teil aus dem stationär betreuten Wohnen in die ambulante Wohnbetreuung übergeht.

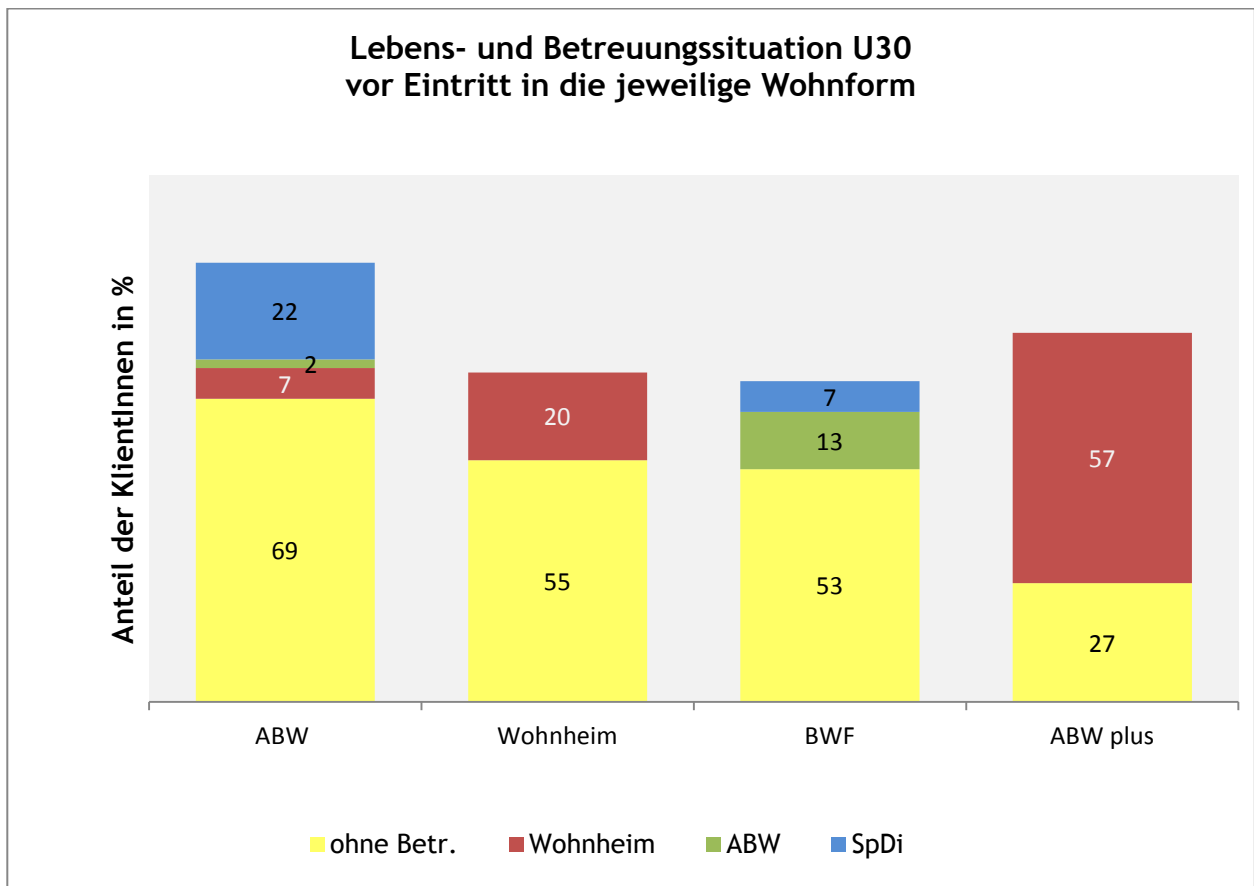


Schaubild 25

Dieses Schaubild gibt lediglich die quantitativ bedeutenden Wechsel wieder und umfasst daher jeweils weniger als 100 %. Demnach kommen 7 % der 48 KlientInnen im ABW und über die Hälfte der 7 KlientInnen im ABW plus aus dem stationär betreuten Wohnen, während keine Person aus dem ABW in stationär betreutes Wohnen gewechselt hat.

Auch bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Wohnformen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen:

Vergleich Diagnosen in verschiedenen Wohnformen U30

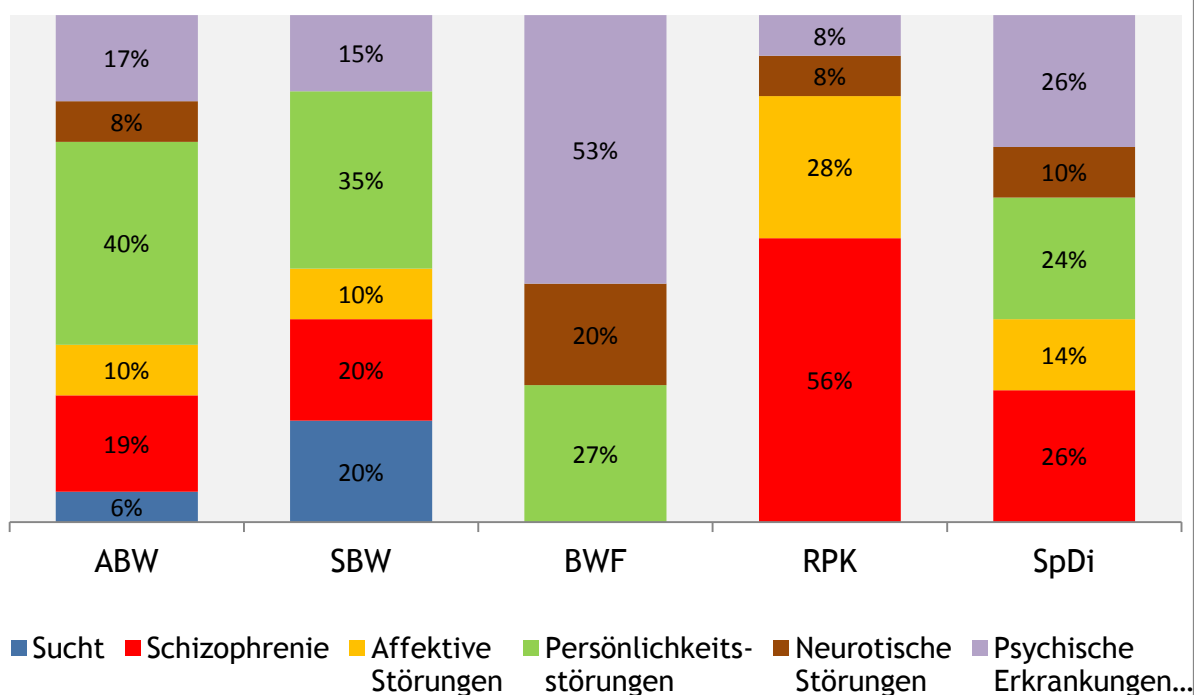


Schaubild 26

Da es sich auch hier nur um kleine Fallzahlen handelt, gibt das Schaubild wiederum lediglich einen Trend wieder. Da über die individuelle Hilfeplanung die KlientInnen zwischenzeitlich stark an der Auswahl der Unterstützungsleistungen beteiligt sind, kann durchaus von Präferenzen gesprochen werden. Während die RPK von KlientInnen mit schizophrenen Erkrankungen sehr stark und von KlientInnen mit affektivem Störungen deutlich bevorzugt werden, bevorzugen KlientInnen mit psychischen Störungen, die im Kindes- und Jugendalter beginnen, in sehr hohem Maß BWF. SBW wird vor allem von Personen mit Persönlichkeitsstörungen genutzt.

Die Personengruppe mit Persönlichkeitsstörungen verteilt sich relativ gleichmäßig auf die einzelnen Wohnformen, wobei sie offensichtlich das ABW präferiert. Interessant ist, dass sich keine KlientInnen unter 30 mit schizophrenen Erkrankungen im BWF finden und auch ihr Anteil im SBW im Vergleich zu der Gesamtheit der KlientInnen sehr gering ist. In gewisser Weise ist dies ein Hinweis darauf, dass mit einer medizinischen Rehabilitation im RPK diese Gruppe sich mit wenig professioneller Unterstützung in das Gemeindeleben integrieren kann.

Eindeutig sieht die Sachlage im Hinblick auf die Unterstützung bei der Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt aus. KlientInnen mit psychischen Störungen, die im Kindes- und Jugendalter begonnen haben, dominieren bei U 30 die Leistungen des Integrationsfachdienstes (IFD) mit einem Anteil von 86 %. Diese Klientengruppe scheint relativ gut auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar.

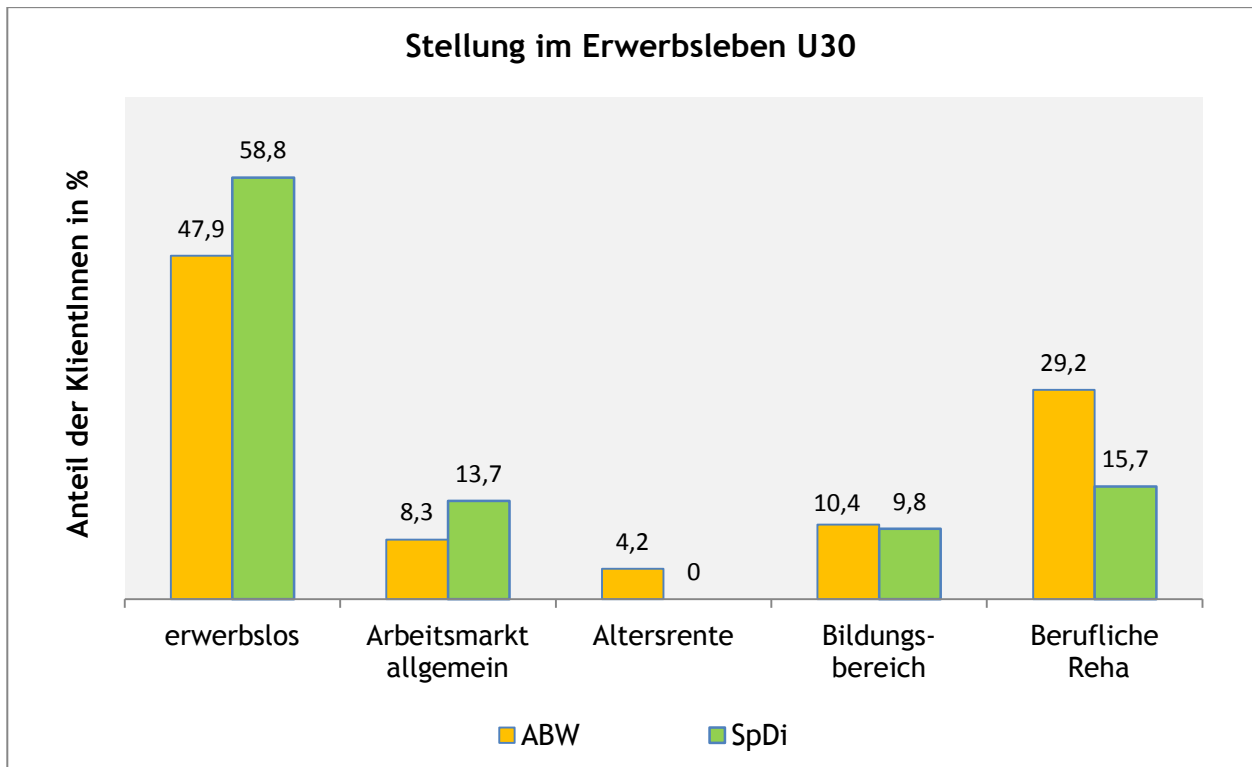


Schaubild 27

Für die Gesamtheit der KlientInnen unter 30 sieht die Lage auf dem Arbeitsmarkt eher düster aus. Über die Hälfte der Klientel von ABW und SpDi ist erwerbslos, ein weiteres Fünftel befindet sich in beruflicher Rehabilitation. Die Perspektive einer beruflichen Eingliederung ist angesichts der psychischen Erkrankung und der für chronisch psychisch Kranke schwierigen Vermittlungssituation durch die Jobcenter sehr ungünstig. Es ist zu befürchten, dass ein großer Teil ausschließlich in einer WfbM eine sozialversicherungspflichtige Arbeit findet. Selbst der Zugang dorthin ist durch besondere Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu bahnen

Vermeidung von stationären Aufenthalten nach Diagnosen Vergleich U30 mit Gesamtzahl der KlientInnen

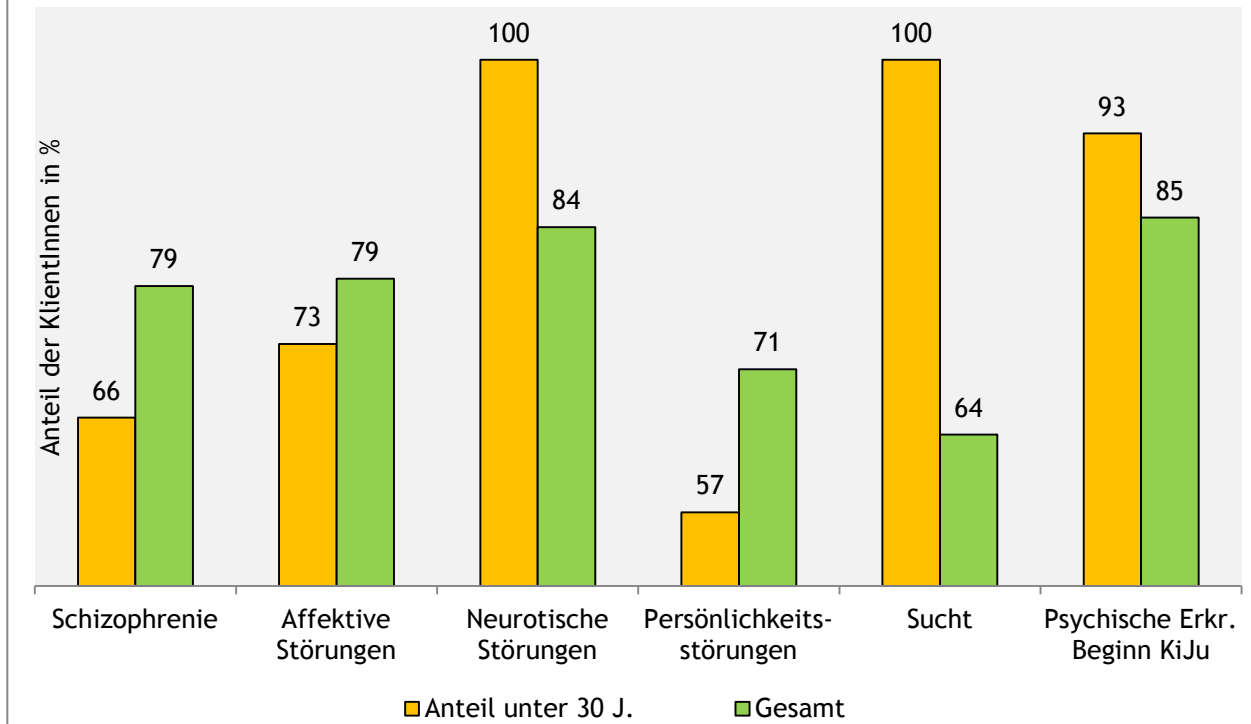


Schaubild 28

Ein Effekt der unzureichenden Tagesstruktur zeigt sich möglicherweise bei der stationären Krisenintervention. Die zahlenmäßig größten Gruppen haben den höchsten Anteil der stationären Krisenaufnahmen. Nahezu die Hälfte der Personen U 30 mit Persönlichkeitsstörungen wurde 2014 mindestens einmal zur stationären Krisenintervention aufgenommen.

Ambulante Behandlung und Krisenintervention in den psychosozialen Angeboten

KlientInnen des pauschal finanzierten SpDi erhalten Leistungen des Dienstes ohne Antrag und können beliebige Kombinationen mit anderen ambulanten oder pauschal finanzierten Leistungen eingehen. Dies gilt auch für KlientInnen im Ambulant Betreuten Wohnen und im Betreuten Wohnen in Familien. Ambulante ärztliche Behandlung können alle KlientInnen der psychosozialen Versorgung durch niedergelassene FachärztInnen oder die PIA in Anspruch nehmen.

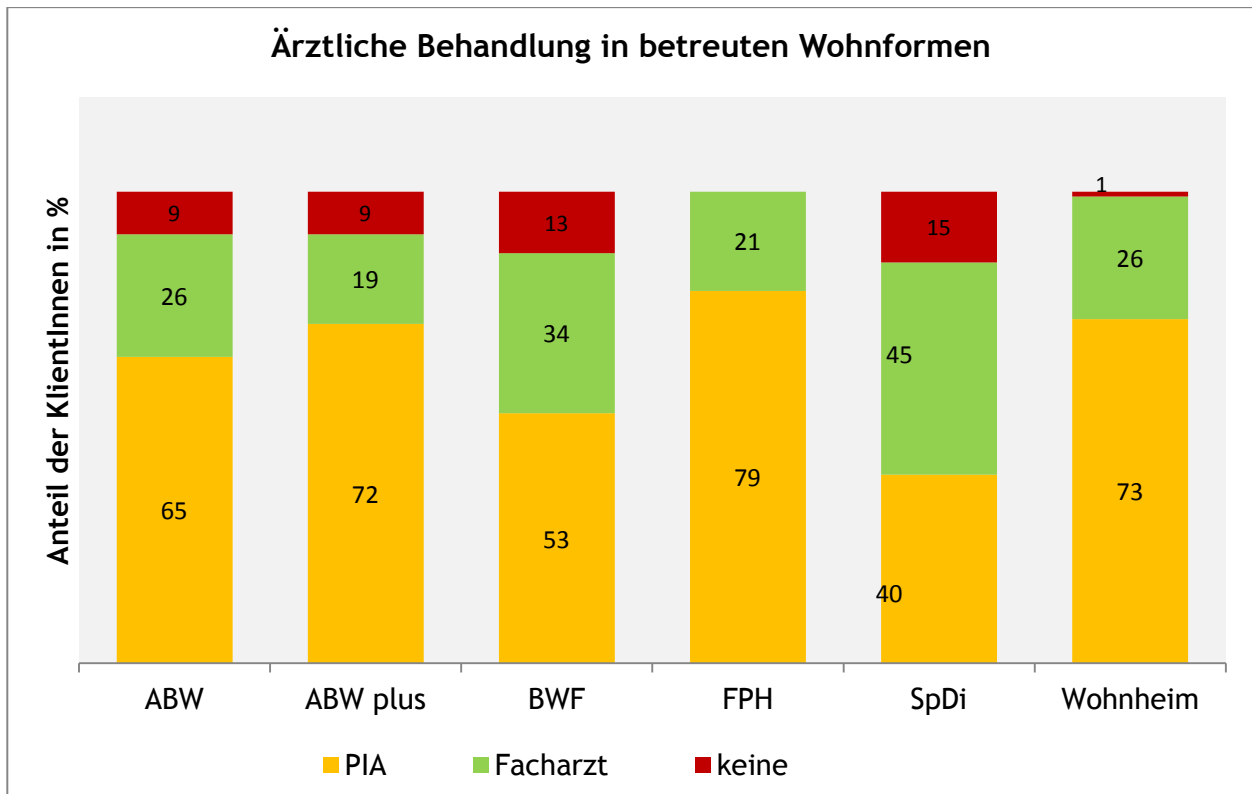


Schaubild 29

Schaubild 29 zeigt, dass der größte Teil der KlientInnen in komplementären Angeboten ambulant fachärztlich behandelt wird. Lediglich im SpDi und im BWF werden über 10 % der KlientInnen nicht fachärztlich behandelt; es ist davon auszugehen, dass ein Teil die Behandlung nicht benötigt, ein anderer Teil - insbesondere im SpDi - eine fachärztliche Behandlung ablehnt. Hinsichtlich der Verteilung auf niedergelassene Fachärzte und auf die PIA zeigt sich ein differenziertes Muster. Lediglich bei der Klientel des SpDi wird ein leicht höherer Anteil von niedergelassenen FachärztInnen behandelt. Im ambulant und stationär betreuten Wohnen liegt der Anteil, der in der PIA behandelten KlientInnen bei zwei Dritteln, in den Fachpflegeheimen gar bei nahezu 80 %.

Die Unterstützungsleistungen in den Angeboten der psychosozialen Versorgung zielen in erster Linie auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ab. Psychische Krisen durch das Verstärken der Krankheitssymptome sind bei dem schwer beeinträchtigten Klientel nicht zu vermeiden. Die Vermeidung einer Krankenhausbehandlung in Krisensituationen ist bei ambulanten Angeboten neben der fachärztlichen Behandlung durch die Leistungen der ambulanten Psychotherapie und vor allem der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege (HKPsych) möglich. Mit der HKPsych können psychisch kranke Menschen mit bestimmten Diagnosen vier Monate lang intensiv begleitet werden, um die in der akuten Krise auftauchenden Fähigkeitsstörungen positiv zu beeinflussen. Trotz eines bestehenden psychiatrischen Pflegedienstes (PPA) in Ravensburg wurden die Leistungen der HKPsych in der Vergangenheit kaum in Anspruch genommen. Motiviert durch Vorgaben des PsychKHG, nach dem alle Maßnahmen zur Vermeidung einer Behandlung in der psychiatrischen Klinik genutzt werden sollen, hat sich das ZfP Südwürttemberg als Träger des PPA 2015 entschlossen, den PPA an die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) anzugliedern. Hier kann bei Bedarf unmittelbar eine Verordnung erstellt und mit der häuslichen Pflege begonnen werden. Das ZfP Südwürttemberg verfügt bereits über Erfahrungen mit home treatment im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV).

Die Leistungen der ambulanten Psychotherapie nach § 37a SGB V umfassen „die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Ein Anspruch besteht für 120 Stunden innerhalb von drei Jahren“. Schwer psychisch erkrankten Menschen soll damit der Zugang zu ambulanten ärztlich verordneten Leistungen erschlossen werden, so dass unnötige Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Kosten vermieden werden. Leistungen der Psychotherapie werden von MitarbeiterInnen des SpDi für dessen KlientInnen angeboten. Andere Leistungsberechtigte kommen bislang nicht in den Genuss dieser Leistung. Nachdem im Januar 2015 die Richtlinien geändert wurden und der Zugang für Patientengruppen in begründeten Einzelfällen geöffnet wurde, sollte die Psychotherapie auch für KlientInnen des ABW und BWF zugänglich sein. Die PIA ist zwischenzeitlich verordnungsberechtigt. Mit der Kombination von PIA, HKPsych und Psychotherapie können individuell ambulante Behandlungsarrangements entwickelt werden, mit denen Klinikeinweisungen tatsächlich vermieden werden können.

Stationäre Krisenintervention bei KlientInnen des GPV

2014 mussten 312 Klientinnen aus den Angeboten der Wohnbetreuung ein oder mehrmals aufgenommen werden. Dies sind 23 % der KlientInnen, also ein knappes Viertel. Bei über drei Viertel der KlientInnen konnte die Klinikaufnahme vermieden werden. Die Verteilung der stationären Krisenintervention kann Hinweise auf die Passung für einzelne Leistungsangebote geben. Bei der Interpretation der Daten muss allerdings berücksichtigt werden, dass die verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedlich häufig stationäre Krisenintervention benötigen. Schaubild 30 zeigt die Verteilung der 1040 KlientInnen, bei denen in den vergangenen beiden Jahren kein Klinikaufenthalt erforderlich war.

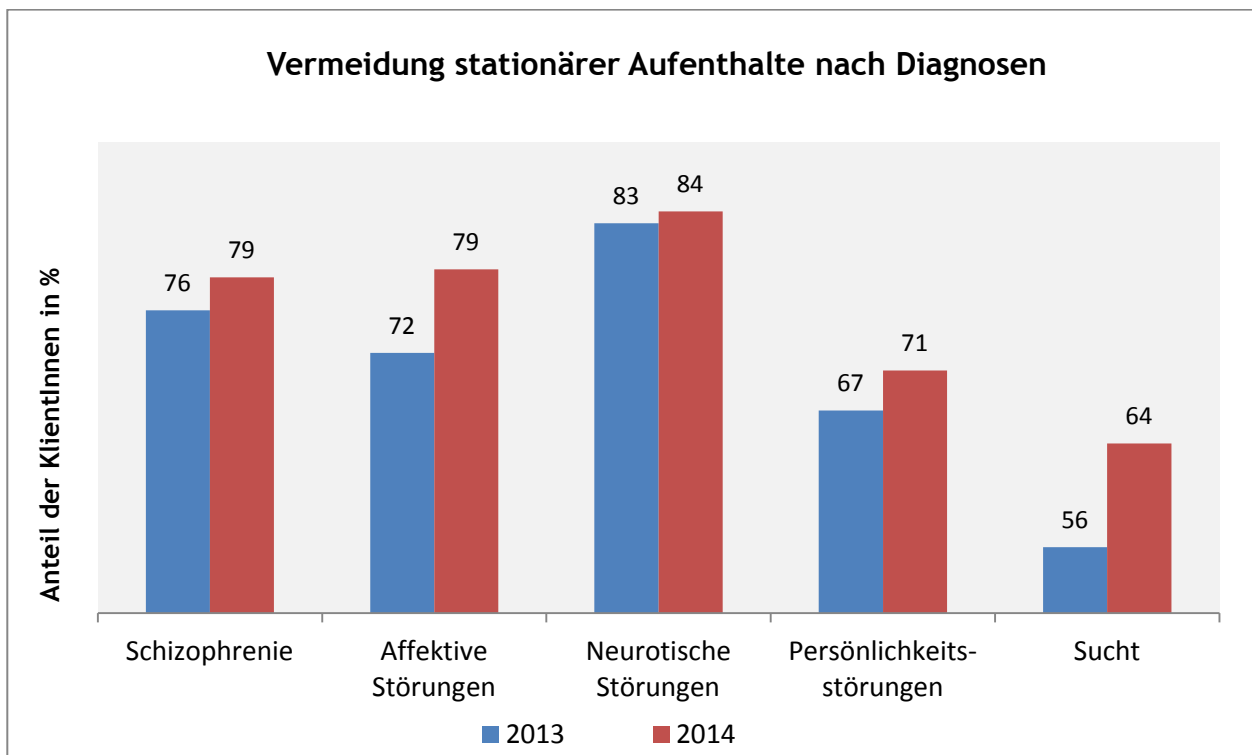


Schaubild 30

Klinikaufenthalte konnten 2014 bei einem wesentlich höheren Anteil der KlientInnen der psychosozialen Versorgung vermieden werden als im vorherigen Jahr und zwar in allen Diagnosegruppen. Bei schizophrenen, affektiven und neurotischen Erkrankungen bewegt sich der Anteil der Klientinnen, die in die Klinik aufgenommen werden mussten, um ein Fünftel. Bei Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen ist der Anteil wesentlich höher, nämlich um ein Drittel. Allerdings ist der Anteil der KlientInnen mit Suchterkrankungen, die nicht in der Klinik aufgenommen werden mussten am stärksten gestiegen. Hier scheint sich die Passung von KlientInnen zu Angeboten deutlich verbessert zu haben. Ob sich die Qualität der Betreuung im ambulanten und stationär betreuten Wohnen der Anode verbessert hat, kann aus den Zahlen nicht abgelesen werden. Bei den affektiven Störungen ist eine vermehrte Inanspruchnahme tagesklinischer Behandlung ein möglicher Grund für den deutlichen Anstieg der Klinikvermeidung.

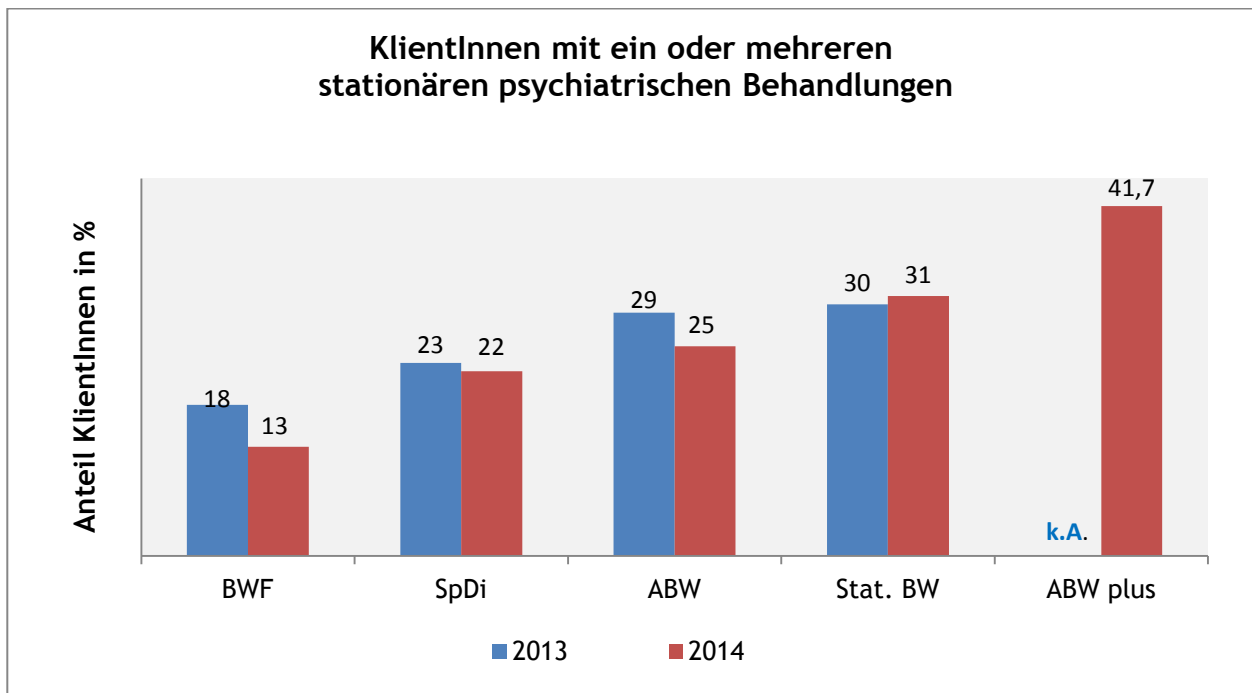


Schaubild 31

Die Wahrscheinlichkeit für eine Klinikaufnahme in den Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung ist zwischen 2011 und 2013 deutlich gesunken, insbesondere im Stationär Betreuten Wohnen (SBW) von 44 % auf 30 %.

Wie Schaubild 31 zeigt, hat sich der Anteil der Klinikaufnahmen in den meisten Einrichtungsformen weiterhin reduziert, selbst im Stationär Betreuten Wohnen ist der Anteil nahezu gleich geblieben. Ein sehr hoher Anteil ist jedoch im ABW plus zu verzeichnen, das erstmals separat erfasst wird, in dem allerdings noch eine geringe Zahl von KlientInnen betreut wird.

Nun könnte ein Rückfall in frühere Zeiten vermutet werden: weniger Aufnahmen, längere Aufenthalte. Dem ist nicht so. Schaubild 32 zeigt, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den meisten komplementär Versorgten deutlich zurückgegangen, im SBW nur leicht angestiegen und auch hier wieder eine abweichend hohe Behandlungsdauer im ABW plus zu verzeichnen ist.

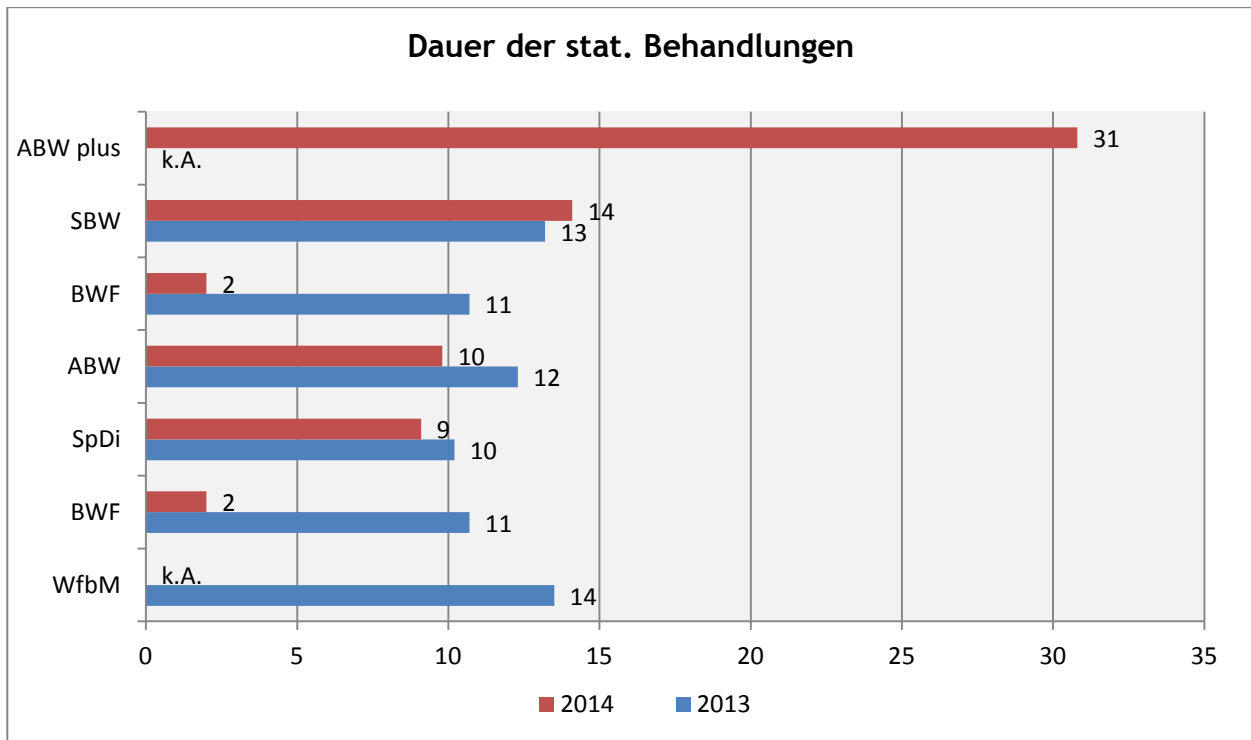


Schaubild 32

Worauf die Reduzierung des Aufnahme- und der Behandlungsdauer zurückzuführen ist, lässt sich aus dem Zahlenmaterial nicht ableiten. 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 abgestimmt werden.

Bei der Erfassung von Mittelwerten können keine Aussagen über die Verteilung der sogenannten heavy user gemacht werden. Daher wurde eine zusätzliche Auswertung über einzelne Zeitkohorten durchgeführt.

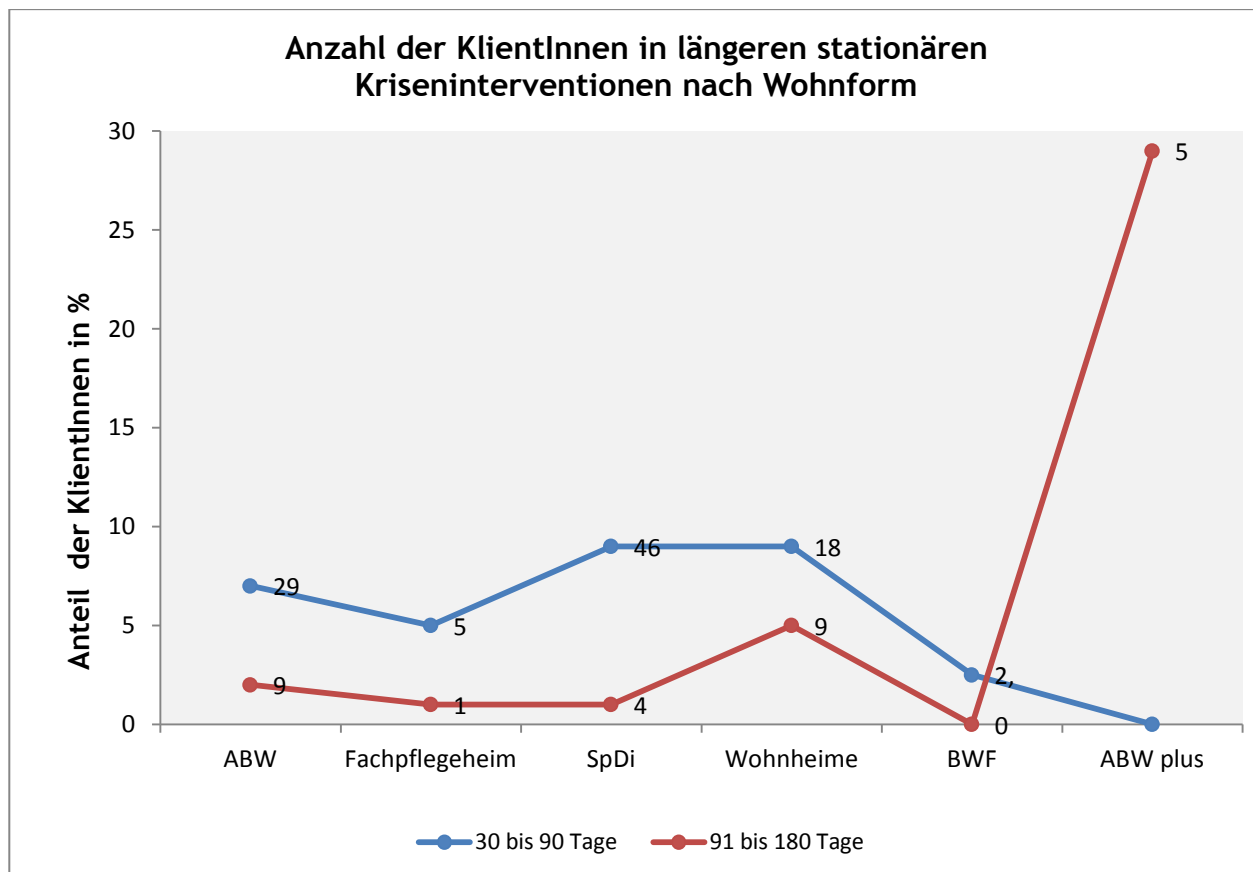


Schaubild 33

Vergleicht man die KlientInnen der einzelnen Angebote nach längeren stationären Behandlungszeiten zeigt sich zunächst, dass relativ viele KlientInnen des SpDi bis zu drei Monaten in der Klinik verbleiben. Es ist davon auszugehen, dass für diese Klientengruppe während des Klinikaufenthalts eine intensivere Betreuungsform gesucht wird. Klinikaufenthalte von insgesamt länger als einem halben Jahr liegen im Promillebereich. Bis zu einem halben Jahr verbrachten 27 KlientInnen in der Klinik, hauptsächlich aus dem Ambulant Betreuten Wohnen, dem Stationär betreuten Wohnen und dem ABW plus. Diese KlientInnen können unter der Kategorie „potentielle Wechsler“ zusammengefasst werden, d.h. die Passung zwischen individuellem Hilfebedarf und Wohnangebot ist noch nicht erreicht und kann ggf. durch Diskussion in der HPK gefunden werden.

KlientInnen, die insgesamt länger als ein halbes Jahr in der Klinik behandelt werden mussten, sind sehr selten, insgesamt 6. Es ist davon auszugehen, dass diese letztlich auf der TWG aufgenommen wurden. Zwischen 90 und 180 Tagen verbrachten immerhin 28 KlientInnen - z.T. mit mehreren Aufenthalten - in der Klinik. Die Anteile je Betreuungsform sind sehr unterschiedlich, der höchste Anteil erhielt Leistungen im Rahmen von ABW plus. Zumindest bei diesen KlientInnen sowie jenen aus den Wohnheimen (insgesamt 14) kann davon ausgegangen werden, dass sie ein stärker beschütztes Setting benötigen. Eine Arbeitsgruppe im GPV hat Ende des Jahres 2014 mit der Weiterentwicklung der Wohnversorgung im Landkreis Ravensburg begonnen.

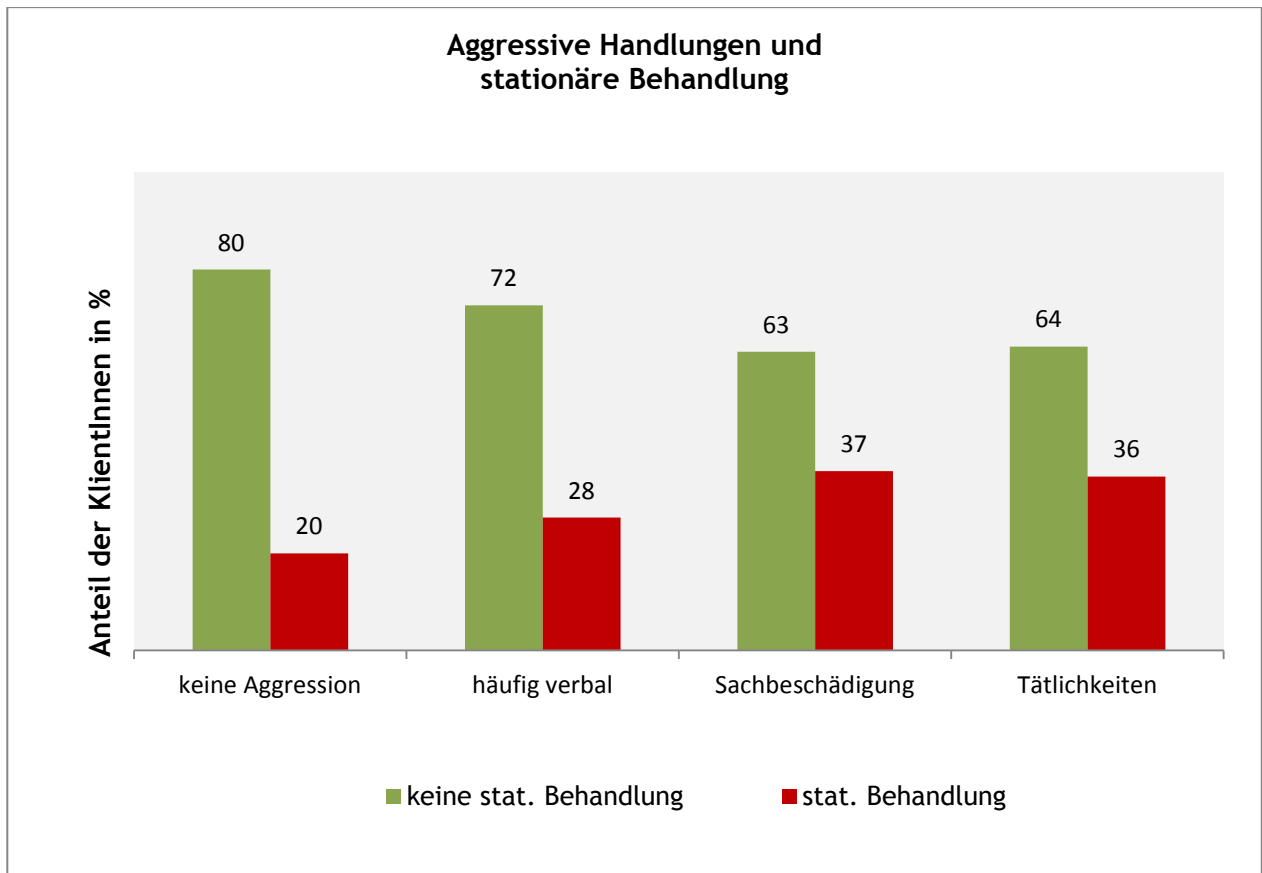


Schaubild 34

Schaubild 34 zeigt, dass zwischen aggressiven Handlungen und der Häufigkeit von stationären Aufnahmen nur ein leichter Zusammenhang besteht. Insgesamt ist die Zahl der tätlich werdenden KlientInnen gering, nämlich 55 von 1375 KlientInnen. Bei nahezu zwei Drittel der tätlich aggressiven KlientInnen (N=35) führen die Tätlichkeiten nicht zu einer stationären Aufnahme. Offensichtlich wird das aggressive Verhalten in den Angeboten des Betreuten Wohnens als Teil der psychischen Erkrankung akzeptiert und entsprechend darauf reagiert. Das Vorkommen aggressiver Handlungen ist je nach Unterstützungsangebot sehr unterschiedlich.

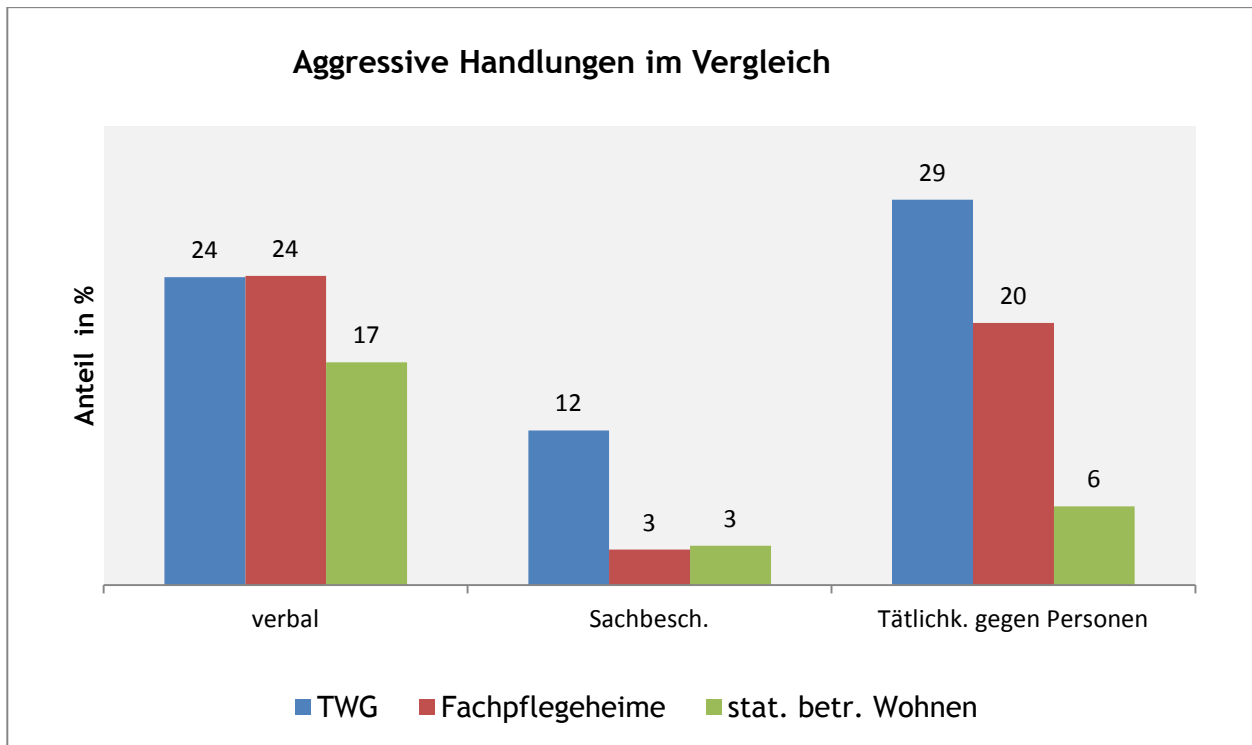


Schaubild 35

Wie Schaubild 35 zeigt, sind Tötlichkeiten gegen Personen in den Angeboten des stationär betreuten Wohnens relativ selten (im ABW und ABW plus noch seltener). Offensichtlich werden KlientInnen, die tätlich gegen Personen werden, zwischenzeitlich von der TWG betreut, wo der Anteil der KlientInnen mit Tötlichkeiten am höchsten ist. Im Vergleich zum stationär betreuten Wohnen ist der Anteil der KlientInnen mit aggressiven Handlungen in den Fachpflegeheimen sehr hoch. Dies mag zum einen daran liegen, dass das Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie am Riesenhof für die Versorgung schwieriger KlientInnen ohne Pflegebedürftigkeit genutzt wird, zum anderen daran, dass aggressive KlientInnen aus den Altenpflegeheimen von den Fachpflegeheimen aufgenommen werden.

Sozialrechtlich haben die Fachpflegeheime von ZfP und BruderhausDiakonie einen unterschiedlichen Status. Während die BruderhausDiakonie ein binnendifferenziertes Pflegeheim der Eingliederungshilfe betreibt, das KlientInnen 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 KlientInnen des ZfP-Fachpflegeheims kommen aus dem Bodenseekreis, d.h. dass in Weissenau zum Teil die Versorgung der im Alter psychisch krank gewordenen KlientInnen mit herausforderndem Verhalten übernommen wird.

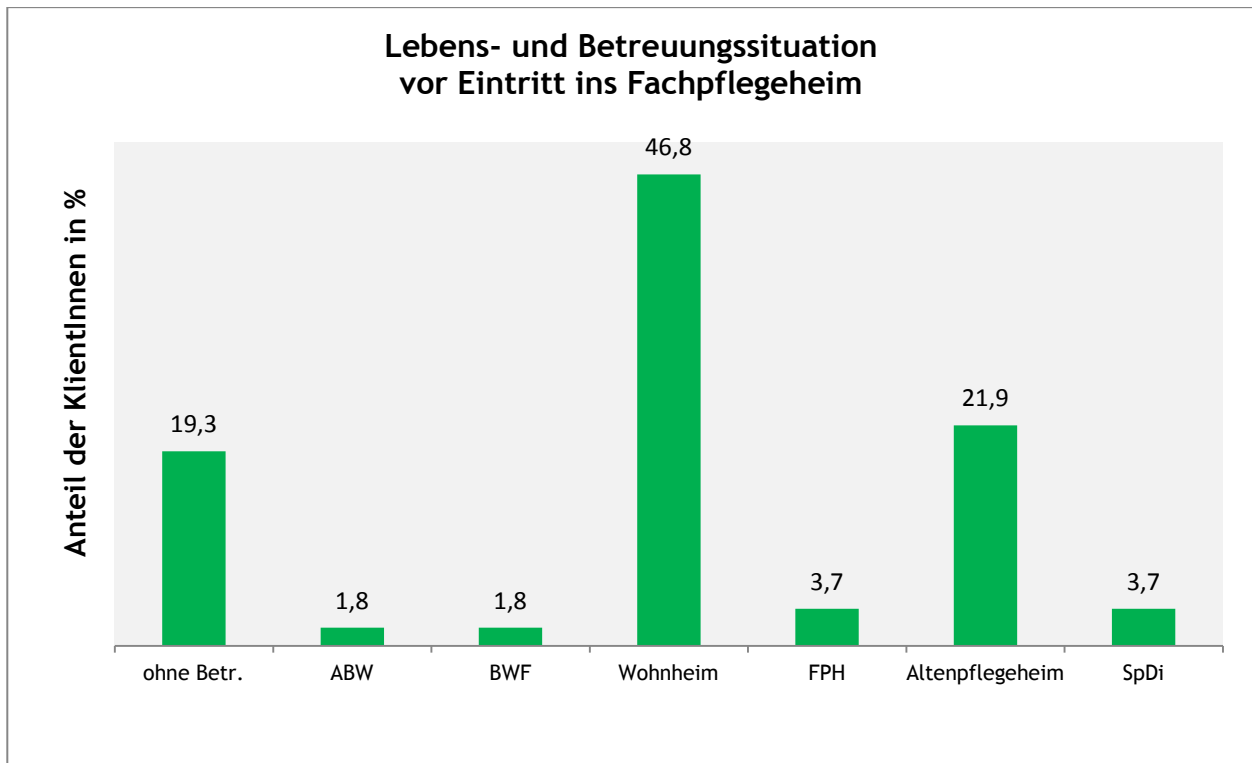


Schaubild 36

Schaubild 36 zeigt, dass die Fachpflegeheime eine spezifische Funktion im GPV wahrnehmen. Sie nehmen alt und pflegebedürftig gewordene chronisch psychisch kranke Menschen aus Wohnheimen und im Alter psychisch krank gewordene Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen von zu Hause und aus Altenpflegeheimen auf. Für die Altenpflegeheime ist das Fachpflegeheim des ZfP eine wichtige Entlastung für pflegebedürftige Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen, die Wohnheime werden von pflegebedürftigen psychisch kranken Menschen entlastet.

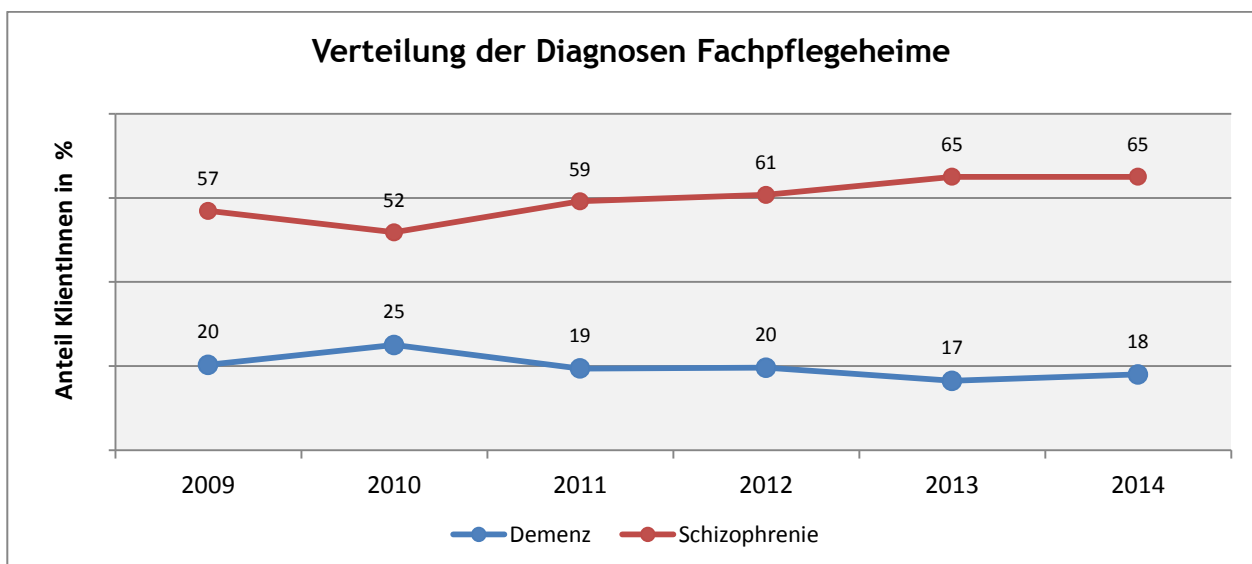


Schaubild 37

Schaubild 37 zeigt, dass der Anteil der KlientInnen mit schizophrener Erkrankung in den letzten Jahren größer, der Anteil der Demenzzkranken kleiner geworden ist. Nach Einschätzung der gerontopsychiatrischen Abteilung des ZfP ist dies darauf zurückzuführen, dass das Fachpflege-

heim des ZfP häufig voll belegt ist und diese KlientInnen nicht zeitnah aufnehmen kann. Derzeit sei die Situation noch händelbar, mittelfristig müsse jedoch mit einem Zuwachs der Klientel mit herausfordernden Verhaltensweisen gerechnet werden.

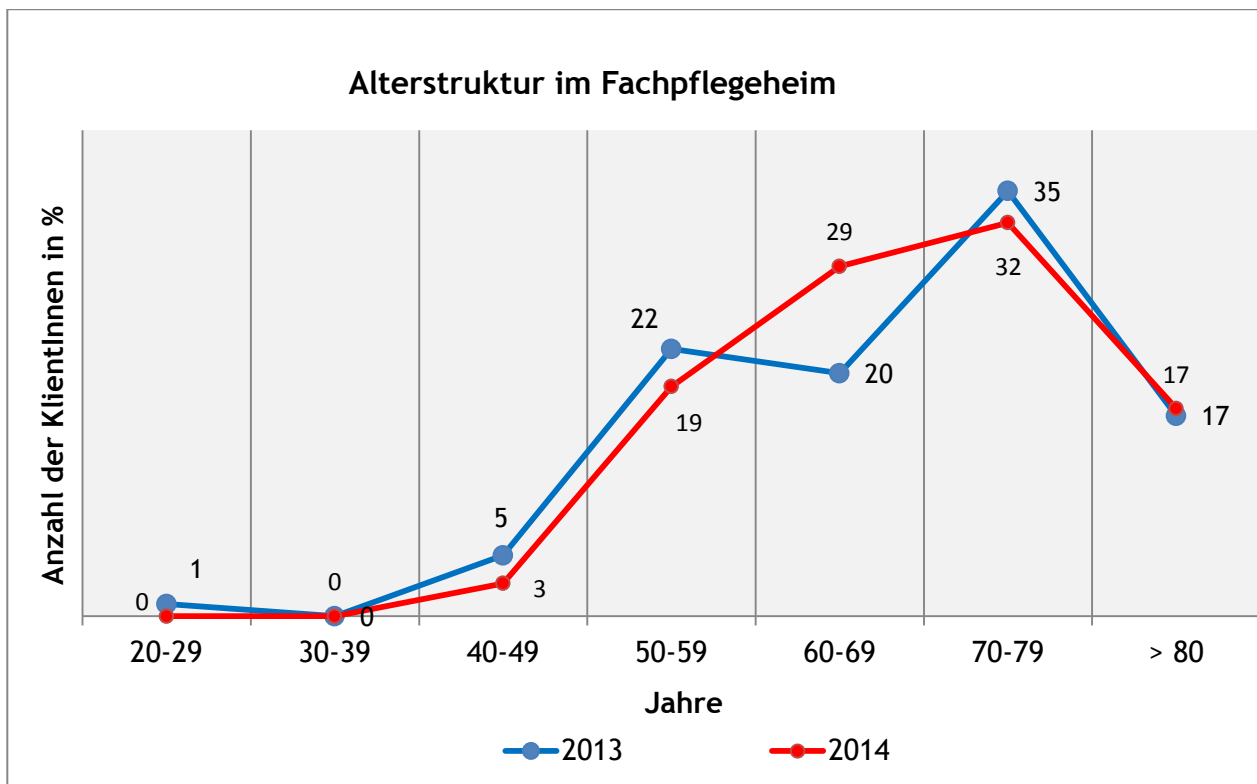


Schaubild 38

Die Altersverteilung zeigt, dass die Fachpflegeheime keine Heime mit dem Schwerpunkt der **Altenpflege** sind. Knapp die Hälfte der Klientel ist älter als 70 - ein Alter, in dem Menschen, die nicht chronisch psychisch krank sind, in der Regel noch voll im Leben stehen. Insbesondere im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie mit einem Altersdurchschnitt von 64,8 Jahren findet sich ein großer Anteil jüngerer Menschen. Der Altersdurchschnitt im Fachpflegeheim des ZfP liegt mit 69,9 Jahren um mehr als 5 Jahre höher.

Mit Blick auf die Verteilung der Pflegestufen zeigt sich, dass im Fachpflegeheim der Bruderhaus Diakonie der Aspekt Pflege nur bei einem Teil der KlientInnen eine wichtige Rolle spielt.

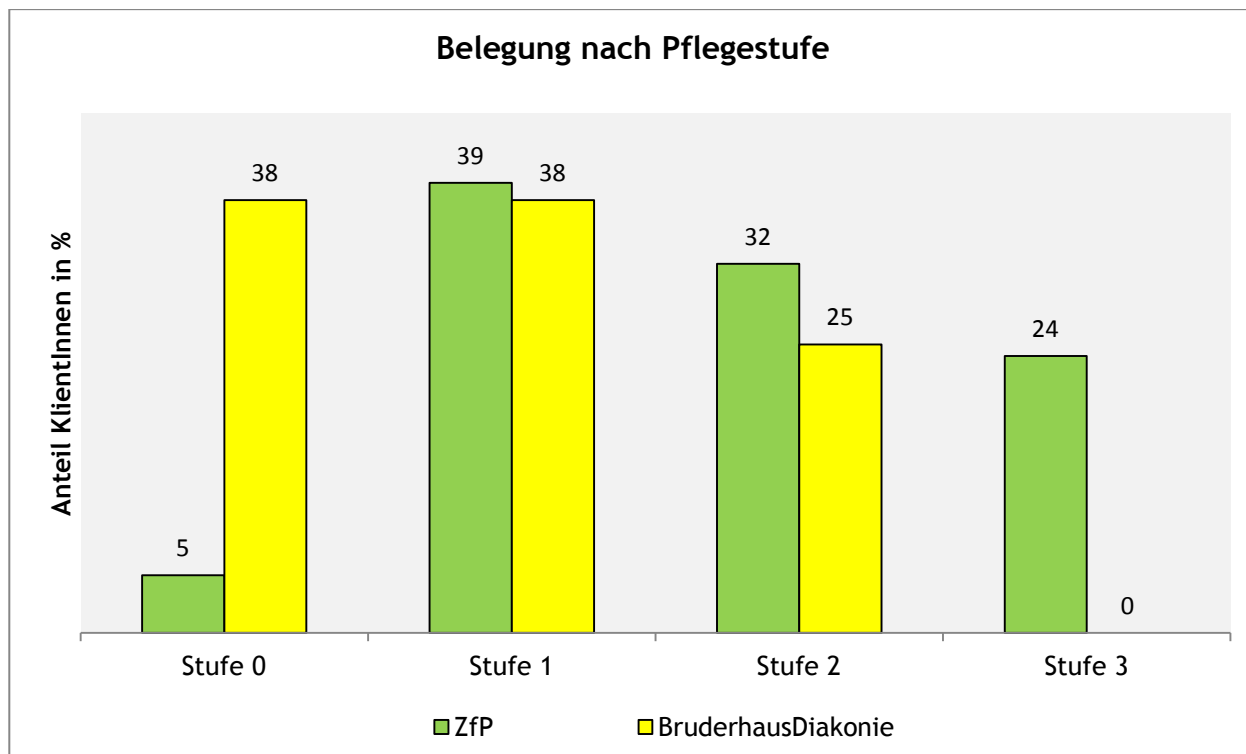


Schaubild 39

Während der Anteil der Klientel in Pflegestufe 3 im Fachpflegeheim des ZfP stabil um ein Fünftel schwankt kommt er im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie seit 2012 nicht mehr vor. Die Pflegestufenverteilung im Fachpflegeheim des ZfP ist vergleichbar mit der Verteilung in Altenpflegeheimen. Bei der BruderhausDiakonie hat sich der Anteil der KlientInnen in Pflegestufe 2 von 2013 nach 2014 von 20 % auf 25 % erhöht, gleichzeitig aber auch der Anteil in Pflegestufe 0 von 29 % auf 37,5 %. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Pflege in Pflegestufe 1 bei Personen ohne Demenz regelhaft ambulant erbracht werden kann, wären 75 % der BewohnerInnen im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie fehlbelegt. Es liegt die Vermutung nahe, dass sich diese KlientInnen nicht wegen der Pflegebedürftigkeit, sondern wegen der hohen Betreuungsintensität - insbesondere während der Nachtzeiten - im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie befinden. Bei der weiteren Planung des betreuten Wohnangebots muss dies berücksichtigt werden, zumal ein Bedarf für stärker beschützte Wohnangebote besteht

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 Aufnahme-prozedur, auch anonym möglich. Finanzierung: pauschal durch Freiwilligenleistung des Landkreises.

- Zuverdienst-Angebot:
Niederschwelliges Arbeitsangebot für Personen, die nicht im stationär betreuten Wohnen sind, zur Förderung der Aufnahme einer Erwerbsarbeit über den Anreiz des Zuverdienstes und seit 2015 auch nach Erreichen des gesetzlichen Rentenalters.
- Tagesstrukturierende Maßnahmen der Eingliederungshilfe:
Als Ergänzung zu stationär betreutem Wohnen über separate Antragsstellung beim Träger der Eingliederungshilfe.
 - 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

Die Angebote der Tagesstätte werden in der Regel von KlientInnen des SpDi und dem ABW in Anspruch genommen, das Angebot zur Pausengestaltung und Mittagessen auch von Beschäftigten der WfbM und des Zuverdienstes. Dort sollen 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. Für die KlientInnen ist wichtig, dass sie das Angebot nutzen können, wie es ihren jeweiligen Bedürfnissen entspricht. Dementsprechend ist die zeitliche Nutzung vollkommen unterschiedlich.

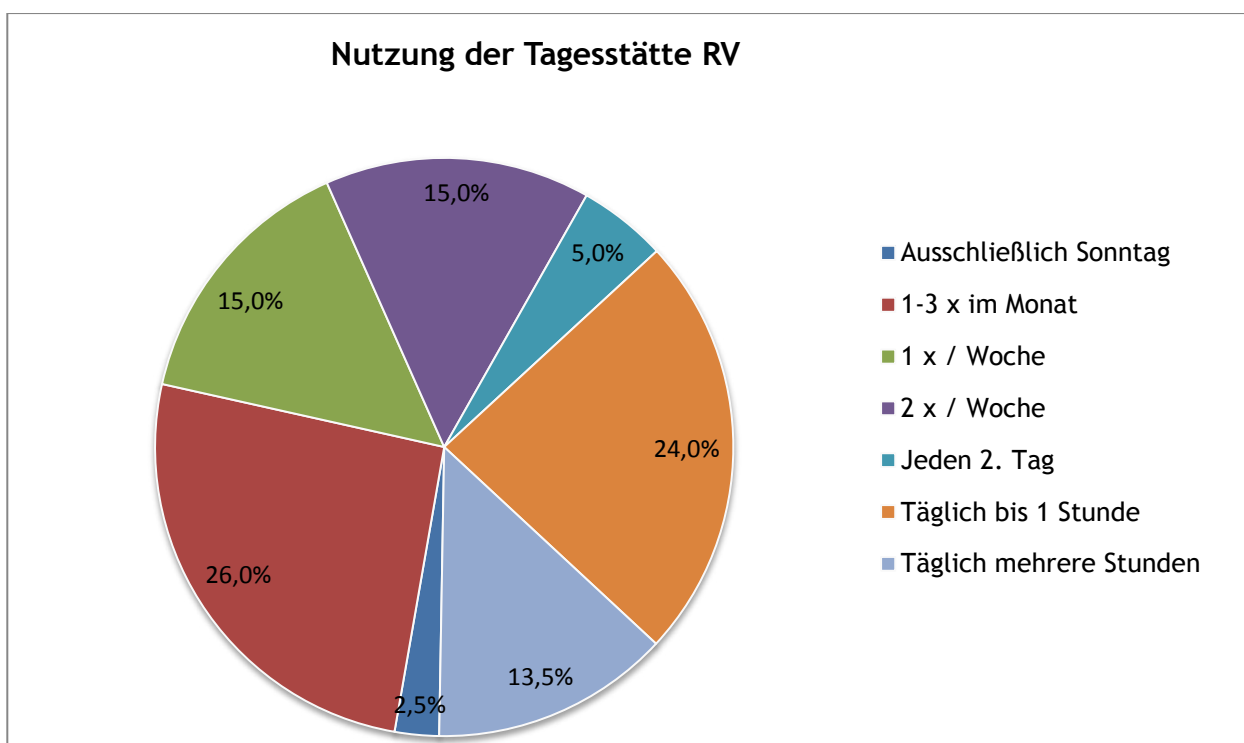


Schaubild 40

Schaubild 40 zeigt, dass das Nutzerverhalten der 74 KlientInnen in der Tagesstätte im GPZ Ravensburg sehr heterogen ist und in drei Nutzergruppen aufgeteilt werden kann: KlientInnen, die die Tagesstätte täglich nutzen (knapp 40 % KlientInnen), KlientInnen, die sie ein- bis

mehrmals in der Woche nutzen (ein Drittel) und KlientInnen, die sie ein- bis mehrmals im Monat nutzen. Die Zahl der Nutzer ist in Ravensburg gegenüber dem Vorjahr um 8 KlientInnen angestiegen, die Nutzung in Wangen ist nicht auswertbar, da bei zwei Dritteln Angaben über das Nutzerverhalten fehlen.

Zuverdienst-Angebot

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:

	2013	2014
Weissenauer Werkstätten	24	30
Arkade/BD Wangen	11	22
Stephanuswerk Isny	5	9
Sprungbrett WfbM Kißlegg	1	k.A:

Tagesstrukturierende Maßnahmen

Für die tagesstrukturierenden Maßnahmen muss ein komplexer Hilfebedarf in Form stationärer Hilfen im Bereich Wohnen vorliegen, bei dem davon auszugehen ist, dass die KlientInnen nicht in der Lage sind, ihren Tagesablauf selbständig zu strukturieren, sondern professionelle Angebote zur Tagesstrukturierung benötigen. Bislang hatte lediglich die BruderhausDiakonie eine Leistungsvereinbarung nach LT I.4.5b, das Angebot kam jedoch im Berichtsjahr nur bei drei KlientInnen zur Anwendung. Die restlichen KlientInnen im stationär betreuten Wohnen der BruderhausDiakonie und der anderen Träger des stationär betreuten Wohnens erhielten die tagesstrukturierenden Maßnahmen nach LT I.4.6 entweder im GPZ oder in ihren Einrichtungen. Eine Förderung zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung war in diesem Rahmen in der Regel nicht möglich.

Angesichts der zunehmenden Zahl (junger) psychisch kranker Menschen in der Leistung des stationär betreuten Wohnens 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 LT I.4.5b im GPZ Ravensburg von einem eigenen Team in eigenen Räumlichkeiten und im GPZ Wangen in der WfbM erbracht werden. Zum 01.04.2015 wurde die Leistungsvereinbarung mit einem leistungsgerechten Entgelt abgeschlossen. Die Empfehlung zu LT I.4.5b oder I.4.6 erfolgt künftig parallel zur Empfehlung des stationären Wohnangebots in der Hilfeplankonferenz.

Arbeit und Beschäftigung

Weniger als 10 % der 1702 KlientInnen, die im GPV Hilfen erhalten, sind auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt. Der Anteil der Personen, die psychosoziale Leistungen in den Einrichtungen und Diensten des GPV erhalten und erwerbslos oder berentet sind, wurde in den letzten Jahren immer größer. Ebenso der Anteil derjenigen, die in einer der Werkstätten für seelisch behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt sind und dadurch wenigstens ein sozialversicherungs-pflichtiges Arbeitsverhältnis haben. 2014 ist die Zahl der Beschäftigten in den Werkstätten des ZfP, der BruderhausDiakonie, der Sprungbrett Werkstätten gGmbH Kißlegg und dem Stephanuswerk Isny erstmals zurückgegangen - und zwar ziemlich dramatisch. Waren 2013 noch 647 Personen mit seelischer Behinderung in den Werkstätten beschäftigt, waren es 2014 nur noch 555. Also 92 weniger als im Vorjahr. Nachdem sich die Zahl im vergangenen Jahr auch schon um 33 gegenüber 2012 reduziert hatte, hat sich die Zahl der Beschäftigten innerhalb von zwei Jahren um 125 Personen reduziert.

Der Rückgang ist nahezu ausschließlich auf den Berufsbildungsbereich zurückzuführen. Im Arbeitsbereich ist der Rückgang minimal: von 445 im Jahr 2012, über 443 im Jahr 2013 auf 437 im Jahr 2014. Die WfbM bleibt daher für psychisch kranke Menschen mit langer Chronifizierung die vorrangige Möglichkeit der Teilhabe am Arbeitsleben. Die natürliche Fluktuation durch Berentung wird (noch) durch Aufnahmen aus dem Berufsbildungsbereich aufgefangen. Es ist davon auszugehen, dass nach wie vor ein sehr geringer Teil der Beschäftigten im Arbeitsbereich der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechselt. Obwohl Übergangsformen existieren ist die Angst vor einem Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und damit vor einem erneuten Scheitern sehr groß.

Der Rückgang der Klientenzahlen ist damit ausschließlich dem Berufsbildungsbereich zuzurechnen. 2014 wurden 117 Personen in den Berufsbildungsbereichen der WfbM ausgebildet. Da die Zahl der psychisch kranken Menschen 2014 nicht rückläufig war, ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil des Personenkreises auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt untergekommen ist. Diese Entwicklung ist erfreulich und der Rückgang muss eindeutig auf die verbesserten Chancen für nicht oder wenig chronifizierte psychisch kranke Menschen auf dem Arbeitsmarkt im Allgemeinen und dem Arbeitsmarkt in der Region Oberschwaben im Besonderen zurückgeführt werden. Für die KlientInnen ist diese Entwicklung erfreulich, für die Träger bedeutete sie z.T. markante Einschnitte. Wie ist diese Aussage nun in Einklang zu bringen mit der Aussage, dass nur ein geringer Teil der KlientInnen, die Leistungen von SpDi und ABW erhalten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind? Letztlich nur mit der Erklärung, dass psychisch kranke Menschen die in SpDi und ABW angebotenen psychosozialen Hilfen nicht benötigen, wenn sie ein festes Arbeitsverhältnis haben. Es ist davon auszugehen, dass es sich schwerpunktmäßig um die Personen handelt, die sich über die therapeutische Kette von stationärer über teilstationärer zu ambulanter Behandlung soweit stabilisiert haben, dass sie ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis aufnehmen oder dahin zurückkehren konnten. Mögliche Schlussfolgerung: Arbeit kann zwar psychisch krank machen, verhindert aber die Notwendigkeit langfristiger psychosozialer Unterstützung.

Für den Personenkreis, der Angebote der psychosozialen Unterstützung im GPV erhält, wird die Situation durch den „entspannteren Arbeitsmarkt“ nicht leichter. Denn es werden in Oberschwaben zwar Arbeitskräfte gesucht, aber die Anforderungen an die Qualifikation werden zunehmend höher. Tätigkeiten ohne qualifizierte Ausbildung stehen praktisch nicht mehr zur Verfügung. Im Hinblick auf Berufsbildung sehen sich chronisch psychisch kranke Menschen ei-

ner zweiten Hürde gegenüber. Unabhängig von ihrer beruflichen Vorbildung müssen sie das Eingangsverfahren/den Berufsbildungsbereich einer WfbM durchlaufen. Die Entscheidung zur Aufnahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM erfolgt im Fachausschuss, in diesem sind die Kostenträger, Agentur für Arbeit, Eingliederungshilfe und Werkstattleitung vertreten. Zur Aufnahme in die WfbM müssen die KlientInnen 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 die KlientInnen die formellen Voraussetzungen zur Aufnahme in die WfbM in absehbarer Zeit erfüllen kann.

Der Anteil der Beschäftigten der WfbM aus betreuten Wohnformen wird im Laufe der letzten Jahre immer geringer. Aus der Gruppe der KlientInnen mit schizophrenen Psychosen, die im Stationär Betreuten Wohnen am stärksten vertreten ist, schafft ein gewichtiger Teil den Einstieg in den Berufsbildungsbereich nicht. Es ist zu befürchten, dass die KlientInnen 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 Ravensburg einer gezielten Förderung im Rahmen der tagesstrukturierenden Angebote der Eingliederungshilfe. Junge Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen wollen meist nicht in die WfbM. Für diesen Personenkreis müssen unbedingt neue Angebote gefunden werden, um das Risiko einer lebenslangen Erwerbslosigkeit zu verhindern.

Projektstelle KiP - Kinder psychisch kranker Eltern

Versorgung psychisch kranker Kinder- und Jugendlicher

Seit Mai 2008 wird im Landkreis Ravensburg auf Initiative der Kreissozialverwaltung das Projekt Kinder psychisch kranker Eltern (KiP) umgesetzt.

Hierzu ist beim Landratsamt Ravensburg eine Projektstelle besetzt.

Ziel des Projektes ist es, Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken oder belasteten Eltern zu entlasten und zu unterstützen und somit einem erhöhten eigenem Erkrankungsrisiko sowie anderen kostenintensiven Folgeschädigungen und Behandlungen vorzubeugen.

Kern des Projekts sind drei Module, die miteinander verwoben sind:

Modul 1: Ehrenamtliche Paten/Patenfamilien für Kinder psychisch kranker Eltern

Modul 2: Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche

Modul 3: Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch individuelle Maßnahmen

Das Modul 1 - Ehrenamtliche Paten/Patenschaften - wird vom Arkade e.V. in enger Kooperation mit der Projektstelle KiP durchgeführt. Hierfür arbeiten eine Mitarbeiterin bei der Arkade e.V. mit einem Stellenumfang von 60 % und eine zusätzliche Fachkraft als geringfügig Beschäftigte. Aufgabe der Mitarbeiterinnen ist, Paten zu akquirieren sowie die einzelnen Patenschaften zu vermitteln und fachlich zu begleiten.

Seit August 2011 wird das Patenmodul über das Förderprogramm Kinder, Jugendliche und Familien des Landkreis Ravensburg für zunächst 5 Jahre gefördert. Finanziert werden maximal 30 Patenschaften.

Zum 31.12.14 bestanden 28 Patenschaften für 33 Kinder. Im Laufe des Jahres wurden 13 Patenschaften neu vermittelt, 16 wurden beendet.

Im Modul 2 - Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche - erleben die Kinder und Jugendlichen, dass es auch andere betroffene Familien gibt. Allein dies wirkt oft schon entlastend. Dadurch, dass einige Familien schon seit ein paar Jahren die Angebote in Anspruch nehmen, kennen sich die Kinder/Jugendliche z.T. schon untereinander. Die Ferienangebote werden von der Projektmitarbeiterin durchgeführt. Dies erleichtert die Kontaktaufnahme zu den Kindern/Jugendlichen und ermöglicht manchmal einen leichteren Zugang für folgende Gespräche.

Im Jahr 2014 wurden vier Angebote in den Ferien durchgeführt, ein Gesangsworkshop und ein Stockkampfworkshop in den Osterferien, in den Sommerferien ein Ausflug zum Haustierhof Reutemühle und in den Herbstferien „ein Tag auf Conny´s Farm“ (tiergestützte Erlebnispädagogik). An den Ferienangeboten nahmen insgesamt 32 Kinder/Jugendliche im Alter von 7 bis 16 Jahren teil.

Im Modul 3 - Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch individuelle Maßnahmen - liegt der Schwerpunkt bei der Beratung der Familien. Neben der altersgerechten Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters, der Sensibilisierung der Eltern für die Situation ihrer Kinder und der Weitervermittlung der Familien an andere Hilfssysteme wurde verstärkt der Ansatz verfolgt, die Eltern zu befähigen, ihre Kinder in ihrer

Entwicklung zu unterstützen und dabei auch auf eigene Ressourcen zurückzugreifen. Hierzu wird u.a. die videogestützte Beratungsmethode „Marte Meo“ angeboten. Zudem wurde eine Selbsthilfegruppe für psychisch erkrankte Eltern initiiert, die sich im monatlichen Turnus in Wangen trifft.

Im Jahr 2014 fanden 76 Beratungskontakte in 28 Familien statt. Über Spendengelder können betroffene Kinder und Jugendlichen individuell in ihren Interessen und Stärken gefördert werden. Im Jahr 2014 wurden für 16 Kinder und Jugendliche die Kosten für Vereinsbeiträge, Musikunterricht, Ferienbetreuung oder ähnliche Angebote übernommen.

Durch die konstant hohe Nachfrage an den Angeboten des Projektes zeigt sich, dass weiterhin Bedarf an Unterstützung für Familien besteht, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Durch die Kooperation von Landratsamt und freiem Träger ist das Projekt sowohl im psychiatrischen Hilffsystem als auch in der Jugendhilfe bekannt. Die Erfahrung zeigt, dass Eltern, nachdem die ersten Ängste abgebaut sind, oftmals sehr dankbar für die Unterstützung und offen für Hinweise und Hilfestellungen sind. Insbesondere die Patenschaften werden oft als Gewinn für die Familie erlebt und die Kinder und Jugendlichen erfahren dadurch eine deutliche Stärkung. (Beate Braiger)

Kontakt:

Projektstelle KiP beim Landratsamt Ravensburg, Beate Braiger,
Tel: 0751/85-3116. beate.braiger@landkreis-ravensburg.de

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern, Arkade e.V., Sylvia List,
Tel: 0751/36655-91, sylvia.list@arkade-bwf.de



Tagungsbericht

Alle inklusiv –

**der gemeindepyschiatrische Verbund
zwischen Anspruch und Wirklichkeit.**

Jubiläumskongress vom 5. – 7. November 2014
in Ravensburg

Teilhabe und Unterstützung garantieren Lebensqualität

RAVENSBURG (zfp) - Vor zehn Jahren ist im Landkreis Ravensburg der Gemeindepyschiatrische Verbund (GPV) gegründet worden. Grund genug für die Verantwortlichen, mit einer bundesweit beachteten Tagung im Ravensburger Schwörsaal Bilanz zu ziehen.

Ein gut ausgebautes ambulantes Versorgungsnetz für psychisch Kranke ist die beste Voraussetzung dafür, eine hohe Lebensqualität für diese Klientel zu garantieren. Die Aussagen der Weissenauer Professorin Dr. Renate Schepker und des Ravensburger Oberbürgermeisters Dr. Daniel Rapp unterstrich GPV-Sprecher Dr. Michael Konrad. Renate Schepker hatte betont, dass das ZfP Südwürttemberg 2,7 Mal mehr ambulante Versorgung als stationäre Behandlung anbietet und damit deutlich über dem Landesdurchschnitt von 1,4 liege. Rapp hatte aufgezeigt, dass Ravensburg in puncto Integration und Inklusion von Zuwandernden weit vorangeschritten sei. Wer die kulturelle und religiöse Vielfalt aus 110 Nationen zu vereinbaren in der Lage sei, könne diese Vielfalt als Stärke auch auf Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf übertragen.

Die Stadt wie auch der Landkreis Ravensburg verstehen sich als verlässliche Partner im GPV. Die erste Landesbeamtin Eva-Maria Meschenmoser wies darauf hin, dass der Kreis das breit aufgestellte Angebot schätze und sich auch seiner Verantwortung bewusst sei: „Wir sind noch lange nicht an dem Punkt angelangt, sich sorglos zurückzulehnen.“

GPV-Sprecher Konrad wies darauf hin, dass im Gemeindepyschiatrischen Verbund bereits umgesetzt werde, was die Vereinten Nationen in ihrer Behindertenrechtskonvention fordern: dass Behinderte ihren Aufenthaltsort selbst wählen und nicht gezwungen werden dürfen, in Einrichtungen zu leben. Dabei hätten sie Anspruch auf professionelle wie auch ehrenamtliche Unterstützung. Eine Haltung, die auch der Ludwigsburger Professor Dr. Michael Kastl beschrieb. Er setzt im Zusammenhang mit der Inklusion Behinderter auf Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen. Dabei müsse diesen Personen aber zugestanden werden, das Maß an Nähe und Distanz selber regulieren zu können. Dass sie selber aktiver werden müssen, gab Rainer Höflacher vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener zu. Es sei Aufgabe der Betroffenen, Vertreter zu finden, die in den Gremien ihre Interessen vertreten und die Stimme erheben. Gleichwohl warnte Höflacher davor, diese Vertreterinnen und Vertreter zu instrumentalisieren oder mit Alibifunktionen auszustatten.

Dass die Teilhabe der Psychiatrie-Erfahrenen wie auch der Angehörigen im GPV wie auch im neuen Landespsychiatriegesetz fest verankert ist, würdigten Referierende wie die rund 200 Gäste der Tagung gleichermaßen. Dieses Gesetz trage die Handschrift des GPV, verkündete dann auch Manfred Lucha, Abgeordneter des Landtags und vormals Sprecher des GPV im Bodenseekreis. Der Politiker hat viel Herzblut in das dieser Tage verabschiedete Gesetz investiert. Er legte dar, dass der GPV auch künftig wichtige Aufgaben erfüllen müsse und nun auch den nötigen Spielraum bekommen habe.

Drei Tage diskutierten die rund 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung die unterschiedlichsten Aspekte. Professor Dr. Gerhard Längle vom ZfP Südwürttemberg legte sein Augenmerk speziell auf die Klientel chronisch Suchtkranker. In der Darstellung der Gemeinsamkeiten schlug er die Brücke zum GPV. Kooperation sei dabei, egal im welchen Bereich, immer das wichtigste Mittel für eine gelingende Versorgung. Über das ethische Dilemma von Zwangsmaßnahmen sprach der Weissenauer Professor Dr. Tilman Steinert. Hier wurde deutlich: Die Regelung zum Umgang mit Fremdgefährdung hat noch „viele dunkle Flecken“. (Heike Engelhardt)

Hinweis der Redaktion: Die Vorträge der einzelnen Referenten stehen zum Nachlesen bereit unter <http://www.gpvkongress-ravensburg.de/tagungsdokumentation/>



Dr. Daniel Rapp, OB Stadt Ravensburg; Birgit Görres, Geschäftsführerin Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.; Dr. . Michael Konrad-Sprecher der Trägergemeinschaft, Eva-Maria Meschenmoser , 1. Landesbeamtin Ravensburg

Projekt Malwettbewerb Inklusives Kunstprojekt

Artikel 19 c) der UN-Behindertenrechtskonvention sieht vor, dass Menschen mit Behinderungen „gemeindenaher Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit ... zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen“. Die Erfahrung zeigt, dass Einrichtungen in der Gemeinde für Menschen mit Behinderung nicht einfach zur Verfügung stehen. Sie müssen erschlossen werden.

Die Kontaktaufnahme mit dem neu eröffneten Kunstmuseum hat gezeigt, dass die Einbeziehung von Menschen mit psychischer Erkrankung von der Museumsdirektorin als Vervollkommnung ihres Konzepts des „Museums für alle“ betrachtet wird. In der Zusammenarbeit wurde ein „inklusive Malwettbewerb“ im Kunstmuseum geplant und durchgeführt.

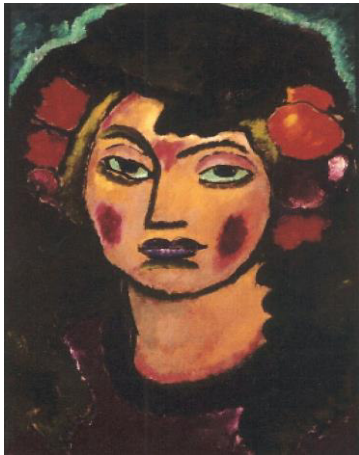
Die Malwettbewerbe setzten den Prozess der „Aufnahme“ in die gesellschaftliche Institution Kunstmuseum in Gang. Die Psychiatrie-Erfahrenen wurden als Kunst-Schaffende und nicht als Patienten wahrgenommen. Durch die verschiedenen Etappen wurden sie als aktive Nutzer einer bedeutenden Ravensburger Institution eingeführt. In den Begegnungen während der Malwettbewerbe wurde erreicht, dass tatsächlich Barrieren in den Köpfen abgebaut wurden und die psychisch kranken Teilnehmer sich als Teilhabende und nicht als Geduldete aufgrund ihrer Behinderung erlebt haben. In einem Erfahrungsaustausch der Teilnehmer im Anschluss an den Wettbewerb wurden erste Zeichen der Gründung einer inklusiven Laienkünstlergruppe erkennbar. Die Gruppe wurde durch zwei Workshops in der Ferienzeit gestärkt, die in den Räumlichkeiten der Schule für Gestaltung stattfanden. Dort wird in Zukunft das Atelier der nach wie vor offenen Gruppe sein.

Die Bewertung einer psychisch kranken Teilnehmerin: „Für mich war das ein ganz wichtiger Schritt ... aus seinen vier Wänden auch mal raus zu kommen ... man lebt ja in dieser Psychiatriewelt und hat dieses Umfeld, und alles andere, hat sich bei mir zumindest, sehr reduziert, ... Und das war halt mal wieder das pralle Leben“.

Aus dem Malwettbewerb sollen die Gedanken einer Preisträgerin, Frau Monika Sauter, zur Veranschaulichung wiedergegeben werden:

Als ich die Nachricht erhielt, dass das Kunstmuseum einen Malwettbewerb veranstaltet, an dem ich teilnehmen kann, stellten sich bei mir zwiespältige Gefühle ein. Ich fragte mich, ist es überhaupt möglich in der kurzen Zeit ein Portrait zu malen. Und was ist, wenn ich kleckse? Bei Acrylfarben hat man kaum die Möglichkeit, einen Fehler zu korrigieren.

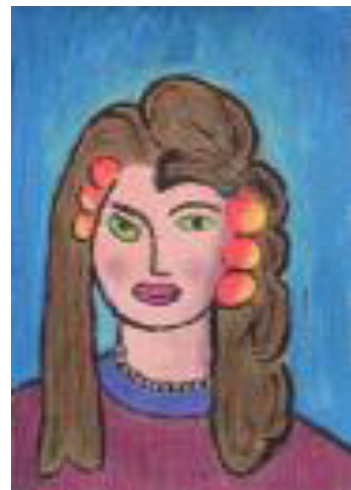
Nach dem Motto „dabei sein ist alles“ habe ich dann am Wettbewerb teilgenommen. Meine Absicht war es, eine Metamorphose des spanischen Mädels zu malen. Ich stellte mir die Frage, wie würde das spanische Mädchen heute aussehen.



Wenn man das Original betrachtet, dann fallen folgende Dinge auf:

Das Bild vermittelt etwas von Schwere, Tiefe. Sie wirkt etwas traurig, melancholisch und hat weiche Gesichtszüge. Ein krasser Gegensatz dazu sind die giftgrünen Augen. Das Gesicht ist rund und wirkt aus diesem Grund kindlich. Das linke Auge scheint verletzt zu sein. Das Bild ist flächig gemalt. Es ist beeindruckend, wie der Künstler die Farben zum Leuchten bringt. Durch die schwarzen Linien erhält das Gesicht Kontur.

Wenn man das Bild betrachtet, das ich im Kunstmuseum gemalt habe, so stelle ich fest, dass sich an den Augen nicht viel geändert hat. Sie wirken immer noch giftig. Das Gesicht ist nicht mehr so rund. Es ist etwas ovaler geworden. Sie sieht erwachsener aus. Die Lippen und Gesichtszüge sind nach wie vor weich und rund. Doch im Gegensatz zum Original stellt sich das Empfinden von Leichtigkeit, von Schwerelosigkeit ein. Aber nicht ganz. Die Farbgebung symbolisiert auch noch die bekannte Schwere. Die Technik in der das Bild gemalt wurde entlehnt sich dem Original. Das Gesicht ist flächig, mit schwarzen Konturen.



Mit meinem Werk geht es mir wie mit vielen meiner Werke. Ich finde sie verbesserungswürdig. Für mich ist das Werk eine Mischung aus Paul Klee, Andy Warhol und spanischem Mädchen. Ich freue mich darüber, dass aufgrund der Aktion ein Künstlerfrühstück stattfindet.



Die Gruppe der Kunstschaffenden

Ausblick 2015

Auswirkungen des neuen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) Baden-Württemberg für den GPV Ravensburg

Zum 1. Januar 2015 trat in Baden-Württemberg das neue Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) in Kraft. Die Umsetzung wird den Gemeindepsychiatrischen Verbund in Ravensburg 2015 begleiten und beschäftigen. Daher sollen an dieser Stelle ein paar erste Eindrücke und Einschätzungen zum Gesetz dargestellt werden.

In den Verbänden der Einrichtungen und Betroffenen wird das neue PsychKHG unterschiedlich beurteilt. Die einen sehen es als unbestimmtes Regelwerk, in dem Ziele und Vorhaben nicht konkret benannt sind. Die anderen betrachten es als Erstentwurf, der bei weiterer Bearbeitung in ein zukunftsweisendes Strategiekonzept weiterentwickelt werden könnte. Regionen, in denen die Angebotsstruktur weit entwickelt ist und in denen Vernetzungsstrukturen fortgeschritten sind, haben es sicher leichter, die letztgenannte Perspektive einzunehmen. Im Landkreis Ravensburg sind bereits sehr gut eingespielte, vernetzte Strukturen der Fall- und Versorgungssteuerung vorhanden. Der Anteil der ambulanten Leistungen liegt an der Spitzenposition in Baden-Württemberg.

Die aktuellen Vorgaben des PsychKHG können gleichwohl genutzt werden, um die vorhandene, bereits gute Infrastruktur für psychisch kranke Menschen entsprechend dem Gedanken der Inklusion weiter zu entwickeln. Entwicklungschancen liegen insbesondere in der besseren Partizipation der Betroffenen, besseren Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten, der stärkeren Einbeziehung der Leistungen von Krankenkassen, der Agentur für Arbeit und des Jobcenters sowie in einer Verbesserung der Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Für die Organisation des GPV und die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Angebote sind die Teile 1) Allgemeines und 2) Hilfen des PsychKHG relevant, die die §§ 1-12 umfassen. (Die Teile 3) Unterbringung und 4) Maßregelvollzug werden hier außen vor gelassen.)

Schnittstellen

Die schlichte Formulierung des Anwendungsbereichs in § 1, dass das Gesetz „Hilfen für Personen (regelt), die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind“ zieht umfassenden Regelungsbedarf nach sich, am stärksten vermutlich an der Schnittstelle zur Suchthilfe. In § 7 wird geregelt, dass die Vernetzung der Angebote und Dienste in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden erfolgt. Daneben sind historisch aber in den Regionen Regionale Suchthilfenetzwerke entstanden, deren Träger zum Teil auch Mitglied im GPV sind. Hier ist zu klären, wie in Zukunft die beiden Systeme sinnvoll miteinander verzahnt werden können.

Noch stärker getrennt vom GPV erfolgt derzeit die Versorgung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) ohne Intelligenzminderung und von erwachsenen Personen mit ADHS. Bislang wird dieser Personenkreis, soweit er Leistungen der Eingliederungshilfe erhält (Betreutes Wohnen bzw. WfbM), im System der Behindertenhilfe versorgt. Es steht bei diesen Störungen jedoch eindeutig die psychische Erkrankung im Vordergrund. Hier besteht Klärungsbedarf.

Geklärt ist im GPV Ravensburg die Frage der Versorgung von Menschen, die im Alter psychisch krank werden. Der größte Teil der Menschen mit Demenz wird von den ambulanten Pflegediensten und den Altenpflegeheimen im Landkreis versorgt. Pflegebedürftige Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen erhalten Angebote in den Fachpflegeheimen im Landkreis. In der GPV-Vereinbarung ist dies verankert, sollte jedoch sprachlich angepasst werden.

Menschen mit geistiger Behinderung, die psychisch erkranken, sollten abgesehen von der klinischen Versorgung im System der Behindertenhilfe versorgt werden.

Gemeindenahe Hilfen sollen Schutzmaßnahmen und Unterbringungen vermeiden

Dieser in § 3 verankerte Grundsatz zielt in erster Linie auf die Krisenintervention. Er spricht organisatorisch im Wesentlichen die Zusammenarbeit zwischen niederschweligen Anlaufstellen wie dem SpDi oder den Suchtberatungsstellen, Einrichtungen und Diensten nach SGB XII und Behandlungsangeboten nach SGB V einschließlich der psychiatrischen Klinik an. Verursacht wird diese komplexe Schnittstelle durch das gegliederte Sozialsystem. Damit aus der Schnittstelle der gemeindepsychiatrischen Krisenintervention eine Nahtstelle wird, ist die Bündelung der ambulanten Krankenkassen-finanzierten nichtärztlichen Leistungen (ambulante Ergotherapie, Pflege und Soziotherapie) sowie die Einrichtung einer nächtlichen Telefonbereitschaft erforderlich. Dies stellt eine Aufgabe der Trägergemeinschaft im GPV dar.

Prävention

Der hohe Stellenwert der Prävention ist ebenfalls in § 3 festgeschrieben.

In Richtung Primärprävention ist mit dem Projekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ (KIP) bereits eine wichtige Struktur geschaffen.

Entlastung der Angehörigen

Diese in § 5 (Abs. 5) festgelegte Soll-Vorschrift wird bisher insbesondere durch die aufsuchende Unterstützung des SpDi sowie Angehörigengruppen der Klinik sowie die entsprechenden Selbsthilfegruppen geleistet. Ob darüber hinaus weitere Entlastungsangebote notwendig sind und geleistet werden können, wird mit den VertreterInnen der Angehörigen in den Gremien des GPV zu erörtern sein.

Drehscheibenfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Diese wichtige Rolle wird in § 6 den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) zugeschrieben. Die Aufgaben der „Vorsorge, Nachsorge, soziale Krisenintervention und Vermittlung sozialer Hilfen“ können sie jedoch auch bei wieder verbesserter Finanzierung nur leisten, wenn sie sich im Wesentlichen auf eine Drehscheibenfunktion beschränken. Dazu müssen sie in Fallsteuerungskonferenzen wie der HPK beteiligt sein, intensive Kooperation mit Krisendiensten, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten und den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) pflegen sowie von bisherigen Aufgaben entlastet werden. In Richtung ambulanter Betreuungsleistung wurde durch das Projekt ABW light bereits ein Schritt unternommen, im Rahmen der neuen Richtlinien zur Soziotherapie könnte dieses Angebot zur ambulanten Betreuung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) genutzt werden.

Weiterentwicklung der GPV-Strukturen

In § 7 werden die Gemeindepsychiatrischen Verbände erstmals gesetzlich geregelt. Zu einem gewichtigen Teil wurden in der gesetzlichen Regelung die Strukturen übernommen, die in den Modellprojekten in den Regionen Stuttgart, Reutlingen, Ravensburg/Bodenseekreis und Lörrach entwickelt wurden. Gleichwohl können die gesetzlichen Aufgabenbeschreibungen dazu dienen, die Strukturen und Vereinbarungen vor Ort weiterzuentwickeln.

In Satz 1 wird vorgegeben, dass auf Kreisebene „sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zweck der Kooperation“ zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden zusammenschließen. In Satz 2 wird die Funktion des GPV definiert: Die Mitglieder „treffen hierzu eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und in

den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für Personen nach § 1 Nummer 1 eine möglichst bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung zu erreichen“. Der GPV hat im Rahmen der Versorgungsverpflichtung die vorhandenen Angebote so zu organisieren, dass weder Doppelstrukturen noch Versorgungslücken entstehen. Diese Aufgabe kann er nur erfüllen, wenn alle Einrichtungsträger im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit ihre Angebotsstrukturen miteinander abstimmen.

Im Laufe des Jahres 2015 wird über die Umsetzung der Vorgaben des PsychKHG in Bezug auf die bisher vorhandenen Strukturen und Gremien des GPV im Landkreis Ravensburg zu beraten sein, ggfs. werden entsprechende Veränderungen einzuleiten sein.

Strukturen der Information, Beratung und Beschwerden

Diese angesichts der sich differenzierenden Versorgungsstrukturen immer wichtiger werdenden Themen werden in § 9 gesetzlich geregelt. Sie sind bei einem „unabhängigen Gremium“, der auf Stadt- oder Landkreisebene verorteten „Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle“ (IBB) angesiedelt. Die vom Kreis bestellte PatientenfürsprecherIn ist gesetztes Mitglied der IBB. Ansonsten soll sich die IBB aus „mindestens einer Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie einer Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem zusammensetzen. Sie soll eng mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten“.

Im Landkreis Ravensburg existieren die intendierten Strukturen bereits. Eine Patientenfürsprecherin im Allgäu und ein Patientenfürsprecher in Ravensburg sind durch den Kreistag bestellt. Eine sogenannte „unabhängige Beschwerdestelle“, die mit einer Psychiatrie-Erfahrenen, einer Angehörigen, einem Juristen, einem Professionellen und dem Ravensburger Patientenfürsprecher besetzt ist, wurde vor einigen Jahren eingerichtet. Die Beschwerden gehen bisher über den Patientenfürsprecher ein und werden von diesem in das Gremium eingebracht.

Im Laufe des Jahres 2015 werden vonseiten der Landkreisverwaltung und von Trägervertretern die bisherigen Erfahrungen der Arbeit in der „unabhängigen Beschwerdestelle“ mit den Mitgliedern ausgewertet und erforderlichenfalls Veränderungen vereinbart und vorgenommen.

Geklärt werden muss insbesondere die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zu Information und Beratung. Gegebenenfalls ist hierfür die Hinzuziehung weiterer Partner, beispielsweise der Gemeinsamen Servicestelle der Rentenversicherung, sinnvoll.

Eine Herausforderung für die Zukunft besteht in jedem Fall sowohl bei der Besetzung der IBB-Stelle als auch der GPV-Gremien mit Psychiatrie-Erfahrenen: Zum einen gibt es leider bisher im Landkreis Ravensburg keine organisierte Gruppe, die Delegierte entsenden und so auch eine Vertretung, die über die Eigeninteressen der jeweiligen Person hinausgeht und rückgebunden ist, sicherstellen könnte.

Entsprechend der Entwicklung im Bodenseekreis könnte der Aufbau eines Vereins oder einer ähnlichen Organisationsform der Psychiatrie-Erfahrenen unterstützt werden.

Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) im Landkreis Ravensburg

Weitere Informationen und Kontaktdaten finden Sie auf den jeweiligen Internetseiten der Einrichtungen.

http://www.zfp-web.de/wohnen_abhaengig_anode_rv.html

<http://www.arkade-ev.de/>

<http://www.arkade-pauline.de/>

<http://www.bruderhausdiakonie.de/>

<http://www.landkreis-ravensburg.de/,Lde/1197498.html>

<http://sprungbrett-werkstätten.de/>

<http://www.stephanuswerk-isny.de/>

<http://www.zfp-web.de/>



Impressum

Herausgeber:	Träbergemeinschaft GPV Landkreis Ravensburg, Weingartshoferstr. 2, 88214 Ravensburg
V.i.S.d.P.	Dr. Michael Konrad, Sprecher der Träbergemeinschaft
Verfasser:	Dr. Michael Konrad, Prof. Dr. med. Tilman Steinert
Bearbeitung:	Susanne Hunold
Veröffentlichung:	Juni 2015
Fotos:	Ernst Fessler, privat

**G
P
V**

*Landkreis
Ravensburg*



arkade



bruderhaus **DIAKONIE**
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

Landratsamt
Ravensburg

Sprungbrett
Werkstätten gGmbH



zfp
Südwestfalen-Lippe