

Gemeindepsychiatrischer Verbund Landkreis Ravensburg



Jahresbericht
2015

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Hilfekonferenz - Fallsteuerung des GPV	2
Umsetzung des PsychKHG: Erneuerung der GPV-Strukturen.....	4
Der Sozialpsychiatrische Dienst - Kernelement des GPV	5
Weiterentwicklung der unabhängigen Beschwerdestelle zur Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle	7
Schnittstelle des GPV zur Wohnsitzlosenhilfe	8
Betreute Wohnformen - mehr ambulant und stärker differenziert.....	10
Vorrangige Leistungen: ambulante Behandlung und medizinisch-berufliche Rehabilitation	18
Zugänge zum Arbeitsleben	24
Projekt „KiP“- Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern	27

Impressum

Herausgeber:	Trärgemeinschaft GPV Landkreis Ravensburg, Eisenbahnstr. 28, 88212 Ravensburg Weitere Informationen und Auswertungen: www.gpv-ravensburg.de
Redaktion:	Manfred Baum (BruderhausDiakonie), Isabel Hoever (Landkreis Ravensburg), Dr. Michael Konrad (ZfP Südwürttemberg). Unterstützt von Andreas Ullrich (Arkade e.V.) für den Beitrag SpDi, Albrecht Rapp (Arkade-Pauline GmbH) für den Beitrag Arbeit, Beate Braiger für Bericht KiP
V.i.S.d.P.	Dr. Michael Konrad, Sprecher der Trärgemeinschaft
Bearbeitung:	Susanne Hunold
Veröffentlichung:	Mai 2016
Auflage:	500, Weissenauer Druckerei
Titelfoto:	Birgit Seele - „Begegnungen“

Editorial

Im Jahr 2015 wurden mit der GPV Basisdokumentation (BaDo) 1.644 psychisch erkrankte Personen erfasst, die Leistungen in den Einrichtungen und Diensten der **psychosozialen Versorgung** des GPV im Landkreis Ravensburg erhielten. Der Rückgang der erfassten Klienten seit dem Jahr 2013 hat sich somit fortgesetzt.

Der Rückgang 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 zusätzlich zu Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) oder der ambulanten Wohnbetreuung der Eingliederungshilfe erbracht (siehe S.19). Die Zahl der Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe im Betreuten Wohnen oder Hilfen zur Arbeit in Anspruch nehmen hat sich weiterhin erhöht (siehe S.11). Die Zahl der KlientInnen, die Leistungen des SpDi erhalten pendelt sich hingegen seit 2012 auf einen stabilen Wert ein, nachdem sie in der ersten Dekade des Jahrtausends kontinuierlich gestiegen ist. (siehe Schaubild S.5).

Die Gesamtstatistik für das Jahr 2015 verdeutlicht, dass sich im GPV zunehmend zwei Bereiche herausbilden, die unterschiedliche Gruppen psychisch erkrankter Menschen versorgen. Zum einen ist dies der Bereich der psychosozialen Versorgung, der in erster Linie die Leistungen der Eingliederungshilfe und des SpDi umfasst. Zum anderen der Bereich der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung für psychisch erkrankte Menschen, die keine Angebote der psychosozialen Versorgung des GPV nutzen. Diese Klientel ist in der Regel vollständig in das gesellschaftliche Leben eingebunden und wird ambulant von niedergelassenen FachärztInnen oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) versorgt. Bei auftretenden Krisen nimmt diese Klientel Leistungen der häuslichen psychiatrischen Pflege, bzw. der teilstationären oder stationären Behandlung in Anspruch.

In den letzten 15 Jahren haben sich starke Verschiebungen in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen ergeben. Während schizophren diagnostizierte Personen einen hohen Anteil bei der psychosozialen Versorgung ausmachen ist ihr Anteil bei der teilstationären und stationären Behandlung relativ niedrig. Das betrifft auch Personen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen. Demgegenüber wurden ungefähr viermal so viele Personen mit Suchterkrankungen oder neurotischen Störungen stationär behandelt als sie Leistungen der psychosozialen Versorgung in Anspruch genommen haben. Personen mit affektiven Erkrankungen machen hingegen in allen psychiatrischen Versorgungsformen einen hohen Anteil aus. Obwohl nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen die Zahl der psychischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten nicht gestiegen ist, muss doch zur Kenntnis genommen werden, dass Menschen mit depressiven oder bipolaren Störungen verstärkt in der psychiatrischen Versorgung ankommen. Diese veränderten Realitäten müssen bei der Weiterentwicklung des GPV berücksichtigt werden. Mit dem Psychisch Kranken Hilfe Gesetz von Januar 2015 ist der GPV gesetzlich festgeschrieben. Bisher waren die Strukturen des GPV im Landkreis Ravensburg in erster Linie auf die Leistungen der psychosozialen Versorgung ausgerichtet. In den künftigen Gremienstrukturen muss gewährleistet sein, dass auch die Leistungen der psychiatrischen Behandlung sowie der medizinischen und beruflichen Rehabilitation auf den realen Bedarf abgestimmt werden. In den neuen GPV-Vereinbarungen wurde daher darauf geachtet, dass in der von der Landkreisverwaltung getragenen Arbeitsgemeinschaft GPV die entsprechenden Leistungsträger besser einbezogen sind (siehe S.4).

Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV

Das zentrale Instrument der Fallsteuerung und Klientenbeteiligung im GPV ist die Hilfeplankonferenz (HPK). Die monatlich in Ravensburg und Wangen stattfindende HPK berät über Hilfeplanungen, die von den koordinierenden Bezugspersonen 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. 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. Wünschenswert ist, dass der Klient oder die Klientin sich an der Diskussion der HPK beteiligt. Über die Hälfte der Personen macht hiervon bei der Erstvorstellung Gebrauch. Das folgende Schaubild zeigt die Entwicklung der HPK seit ihrem regulären Bestehen.

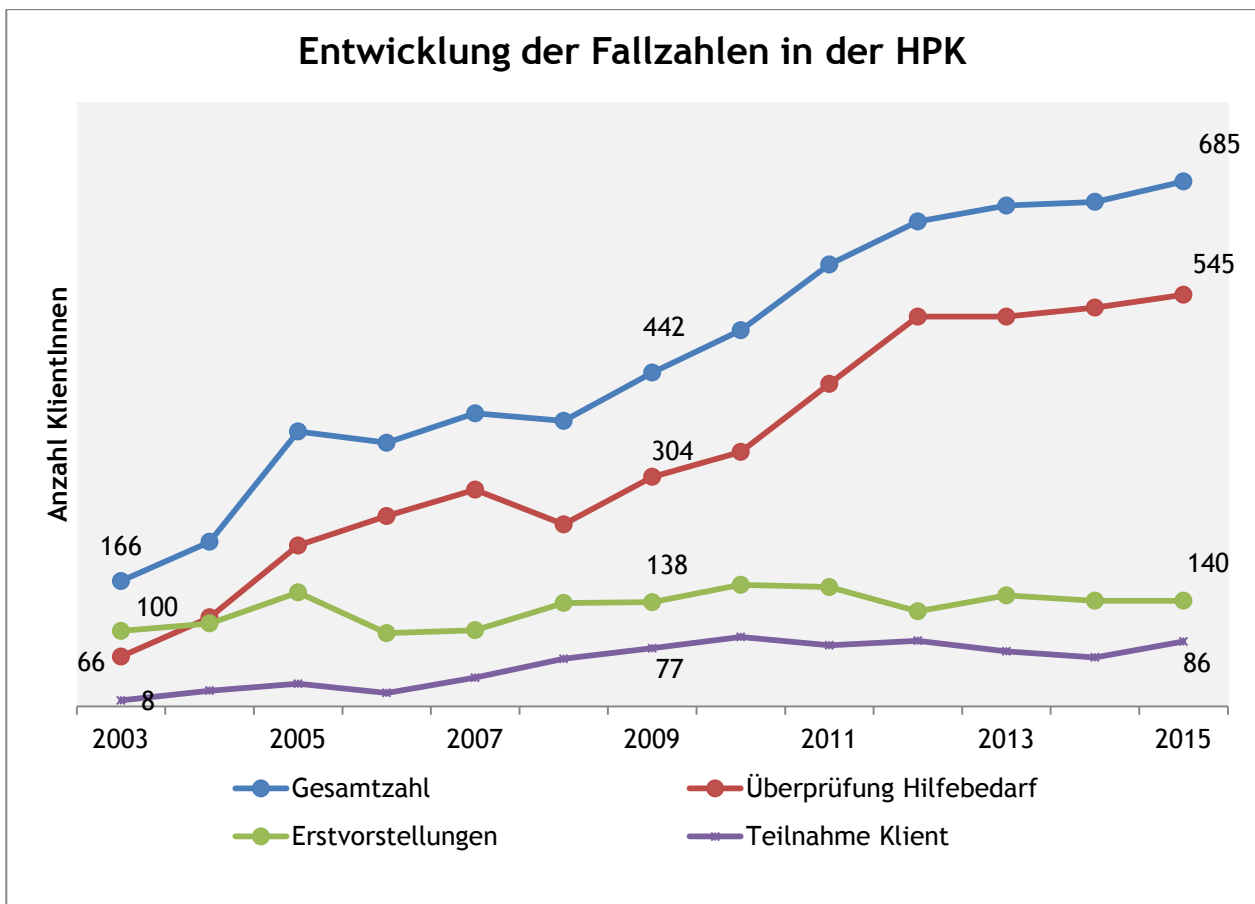


Schaubild 1

Die im Schaubild erwähnten 545 Überprüfungen teilen sich auf in:

- 92 Vorstellungen wegen Änderungen des Hilfebedarfs
- 383 Verlängerungen mit gleichbleibendem Hilfebedarf
- 44 Abmeldungen
- 26 kurze Informationen zu Entwicklungen bei einzelnen Klientinnen

5 Klienten bekamen von der Hilfeplankonferenz im Jahr 2015 eine Empfehlung für ein überregionales Angebot.

- 2-mal auf Wunsch der Klienten
- 1-mal wegen eines Spezialangebots für Essstörungen
- 2-mal wegen fehlender Alternativen im Landkreis

Die Fallzahlsteigerung in den HPK seit 2008 kommt ausschließlich durch die regelmäßige Überprüfung des Hilfebedarfs zustande. Diese 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.

Seit 2015 nimmt ein Vertreter der Psychosozialen Beratungsstelle der Caritas im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten regelmäßig an der Hilfeplankonferenz in Ravensburg teil und erweitert dadurch das Beratungsspektrum im Bereich der Suchterkrankungen und Doppeldiagnosen.

Integrierte Hilfeplanung im GPV im Landkreis Ravensburg (InHip):

Im Jahr 2014 wurde von einer Arbeitsgruppe im Auftrag des GPV ein einheitliches Hilfeplanverfahren entwickelt, der Integrierte Hilfeplan (InHip). In der Arbeitsgruppe waren Trägervertreter, das Fallmanagement des Landratsamtes und der Koordinator der Hilfeplankonferenz vertreten. Ziel war eine Vereinfachung des Verfahrens der Hilfeplanung und die Reduzierung von verschiedenen Formularen mit ähnlicher Zielsetzung und Aussagekraft auf ein Instrument.

Der InHip ersetzt den Gesamtplan für Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 58 SGB XII, den Entwicklungsbericht an den Leistungsträger zum Ablauf einer befristeten Kostenzusage, das Vorstellungsraster zur Vorstellung in der Hilfeplankonferenz und den IBRP für die interne Hilfeplanung bei den Trägern des GPV. Nach der Zustimmung durch die Trägerversammlung des GPV wird der InHip seit Anfang des Jahres 2015 durchgängig eingesetzt.

Rückmeldung von den Einrichtungsträgern: Für die Fachkräfte stellt der InHip eine Erleichterung dar, da es nun nur noch ein Formular für alles gibt. Aus Sicht der Fachkräfte ist der InHip im Vergleich zum IBRP bei weitem nicht mehr so ausführlich. Es werden dadurch aber mehr Anforderungen gestellt, alle Bedarfe in den einzelnen Lebensfeldern im Blick zu haben und diese ausreichend zu würdigen. Unterstützung beim Ausfüllen bietet ein ausführliches Manual zum InHip.

Eine Grundidee des personenzentrierten Ansatzes ist es, die Möglichkeit für Betroffene zu schaffen, sich an der eigenen Hilfeplanung zu beteiligen, bzw. diese mitzubestimmen, sie „zu verhandeln“. Die Hilfeplanung mit dem InHip soll immer gemeinsam mit den Klienten und vor der Hilfeplankonferenz erfolgen. Die Hilfeplankonferenz stellt anhand der vorgetragenen Hilfeplanung dann nur noch den Bedarf fest und spricht die Empfehlung für eine Maßnahme aus. Da es erheblichen „Übersetzungsbedarf“ gibt wird großes Fachwissen benötigt.

Rückmeldung vom Fallmanagement des Leistungsträgers der Eingliederungshilfe: Für das Fallmanagement ist durch das neue Formular InHip das Dokumentationswesen aller Leistungserbringer übersichtlicher geworden. Durch seine logische Systematik stellt der InHip überschaubar die Entwicklungen der einzelnen Person über die gesamte Dauer der Maßnahme dar. Auffallend ist, dass bei der Fallvorstellung in der HPK die Qualität des InHip besonders hoch ist, wenn von den Fallvorstellenden das ergänzende Manual beim Ausfüllen berücksichtigt wird.

Optimierungsbedarfe bei der Umsetzung bestehen aus Sicht des Leistungsträgers in folgenden Punkten:

- im InHip sollen die Entwicklungen und die Veränderungen seit der letzten Hilfeplanung in den verschiedenen Lebensbereichen dargestellt werden.
- es soll reflektiert werden, ob die gemeinsam vereinbarten Ziele tatsächlich erreicht wurden, bzw. wenn es Diskrepanzen in der Zielerreichung gibt, sollen die Gründe dargestellt werden und eine Neuausrichtung der Ziele erfolgen.
- es soll eine Reflexion der Maßnahme erfolgen.
- im InHip sollen nicht nur Maßnahmen beschrieben sondern konkrete Ziele für den nächsten Bewilligungszeitraum genannt werden. Diese sollen nach Grundsatz-, Rahmen- oder Ergebniszielen unterschieden werden.

Allgemeines:

Es gibt ein Multiplikatorenteam im GPV, das jährliche Schulungen zur Hilfeplanung mit dem InHip anbietet. Die Multiplikatoren haben alle selbst eine mehrteilige Schulung der Aktion Psychisch Kranke zur Personenzentrierten Hilfeplanung absolviert.

Umsetzung des PsychKHG: Erneuerung der GPV-Strukturen

Das Inkrafttreten des neuen „Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKHG) zum 1. Januar 2015 war der Startschuss für eine intensive und arbeitsreiche Auseinandersetzung über die zukünftige Gestaltung der GPV-Strukturen im Landkreis Ravensburg. Dieser Prozess zog sich über das gesamte Jahr 2015 und ist auch nach dem ersten Quartal 2016 noch nicht ganz abgeschlossen.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Landkreis Ravensburg besteht ja bereits seit dem Jahr 2004 und entwickelte sich damals nach der Teilnahme am Projekt des Sozialministeriums zur „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“. Somit war hier die Ausgangssituation für die Umsetzung des § 7 des neuen PsychKHG, der erstmals die Einrichtung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden gesetzlich vorschreibt, eine andere als in vielen anderen Landkreisen: Man konnte sich auf die vorhandenen Strukturen und Vereinbarungen stützen. Gleichzeitig war es ein guter Anlass zu prüfen, ob die bisherigen Vereinbarungen den neuen gesetzlichen Vorgaben entsprechen und um Unklarheiten, insbesondere bezüglich der Aufgabenverteilung zwischen den Gremien, auszuräumen.

So wurde erstmals eine Satzung für den Gemeindepsychiatrischen Verbund geschaffen, in der Ziel und Grundsätze des GPV sowie die Beiträge aller Akteure zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen festgehalten sind. Als Ziel ist festgeschrieben, dem in § 1 PsychKHG beschriebenen Personenkreis aus dem Landkreis Ravensburg die von ihm benötigte Unterstützung bedarfsgerecht und wohnortnah bereitzustellen und die volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen.

Die Satzung soll gemeinsam mit der ebenfalls neuen Geschäftsordnung für die Arbeitsgemeinschaft GPV (AG GPV) in der ersten Sitzung der AG GPV im Jahr 2016 beraten und beschlossen werden.

Wichtig wird es nun sein, die weiteren Leistungsträger neben dem Landkreis, die Deutsche Rentenversicherung, die Krankenkassen sowie die Agentur für Arbeit für die Mitwirkung in den Gremien zu gewinnen und in die zukünftigen Beratungen und Entwicklungen einzubinden.

Für die Trägergemeinschaft GPV (TG GPV) wurde eine neue Kooperationsvereinbarung ausgearbeitet, die neben den Ausführungen zur Versorgungsverpflichtung, den Leitlinien und den Aufgaben der Trägergemeinschaft auch die Aufnahme neuer Mitglieder regelt. Die Kooperationsvereinbarung befindet sich aktuell (April 2016) in einer letzten Abstimmungsphase.

Die Aufgabenverteilung zwischen den beiden Gremien AG und TG sieht so aus, dass die AG der TG Anfragen und Aufträge zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur übermittelt. Die TG berichtet der AG über die Arbeit der Träger im GPV und die Versorgungsentwicklung und übermittelt Bedarfe und Vorschläge für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur. Beide

Gremien sind bei der Arbeit im Rahmen ihrer Ziele einander nicht weisungsgebunden oder weisungsbefugt.

In einem nächsten Schritt soll nun auch die Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz überarbeitet und an die aktuellen Entwicklungen und Gegebenheiten angepasst werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst - Kernelement des GPV

Der Sozialpsychiatrische Dienst (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. Nach vielen Jahren der Fallzahlsteigerung gab es im Berichtsjahr 2015 eine Konsolidierung: mit 827 Klienten, mit denen der SpDi im Jahr 2015 in Kontakt stand, pendelte sich die Zahl leicht über dem Wert von 2012 ein. Langfristig gesehen mussten sich die Mitarbeitenden des Dienstes auf eine 300 %igen Fallzahlsteigerung gegenüber dem Vergleichsjahr 1997 bei annähernd gleicher Personalausstattung einstellen.

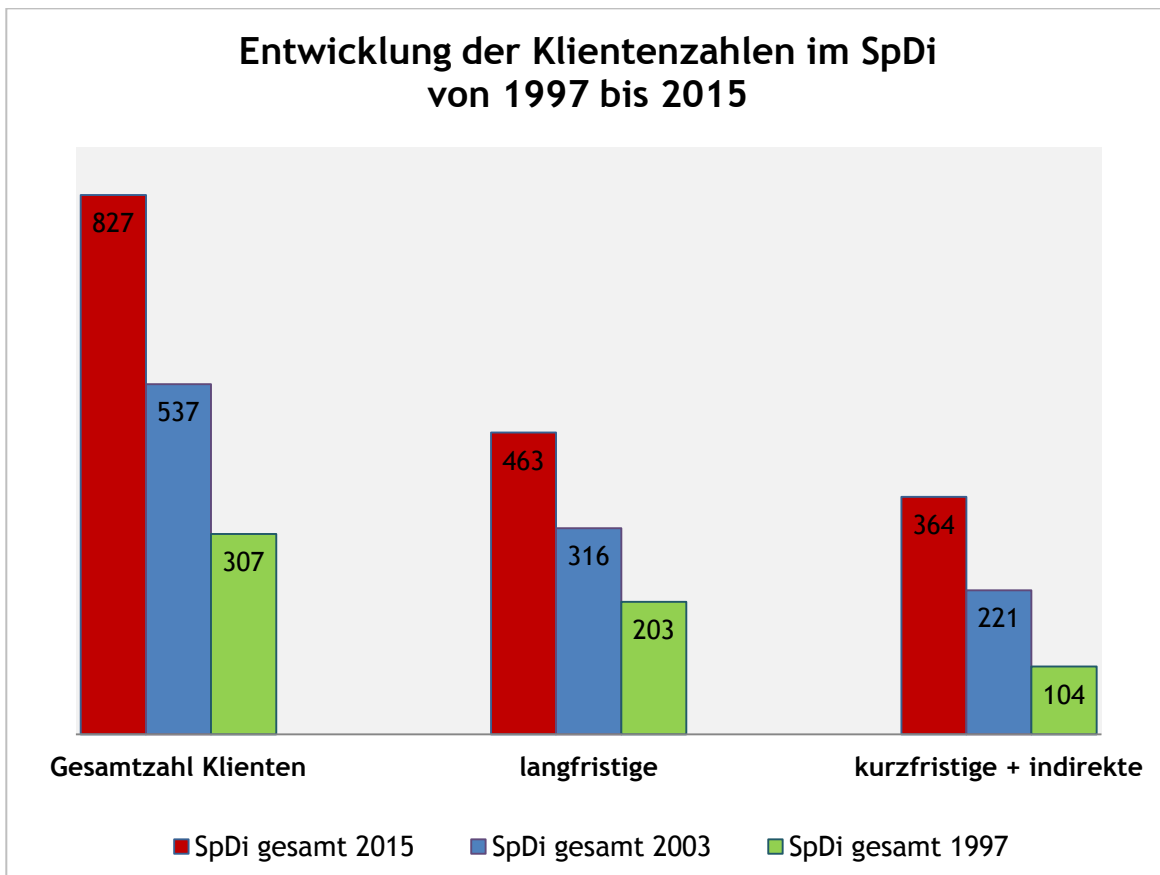


Schaubild 2

Die hohen Fallzahlen bezeugen die gute Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Die im PsychKHG festgeschriebene Portal- und Verteilerfunktion des SpDi kann daher gut erfüllt werden. Die wachsenden Aufgaben im Bereich der individuellen Hilfeplanung mit Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beantragen (s.S.8ff.) absorbieren einen beträchtlichen Teil der Personalkapazitäten, der dann der „stillen, stark zurückgezogenen, chronischen Klientel“, die keine anderen Leistungen in Anspruch nimmt, nicht mehr zur Verfügung steht. Die sehr gute Zusammenarbeit mit den Tagesstätten im GPZ, den psychiatrischen Institutsambulanzen und den Teams der Integrierten Versorgung des ZfP Südwürttemberg ist hilfreich.

Darüber hinaus wirkt der SpDi bei der Errichtung der IBB-Stellen, der Durchführung von Aufklärungsprojekten an Schulen, der Unterstützung der Selbsthilfe und weiteren sozialraumorientierten Aktivitäten mit.

Der SpDi fußt auch nach Einführung des PsychKHG auf zwei grundlegenden Säulen:

1. niederschwellige Beratung von Betroffenen und Angehörigen mit anschließender Weitervermittlung an zusätzliche ergänzende oder ersetzende Leistungsanbieter und
2. die Erbringung von langfristigen Betreuungsleistungen, insbesondere in der Fläche des Landkreises, in der Angebote der Eingliederungshilfe nach wie vor weitgehend fehlen (siehe S.13).

Durch die Tatsache, dass seit mehreren Jahren halbtags ein EX-IN-Mitarbeiter den Dienst bereichert, findet ein langsamer, aber kontinuierlicher Prozess hin zur Trialogisierung der Angebote statt. Die Hoffnung, eine relevante Anzahl von SpDi-Klienten mit entsprechendem Hilfebedarf in das neu projektierte ABW light zu vermitteln, konnte leider noch nicht in befriedigendem Maße erfüllt werden. Zu viele SpDi-Klienten schrecken vor der finanziellen Inanspruchnahme zurück. Die Nicht-Inanspruchnahme von adäquaten Leistungen - ob aus Stigmatisierungs- oder aus Geldgründen - führt bekanntermaßen zu Chronifizierungen und damit zu unnötigen Verteuerungen des Versorgungssystems. Inwieweit die in 2015 erfolgten Richtlinienänderungen der Soziotherapie daran etwas ändern können, bleibt abzuwarten.

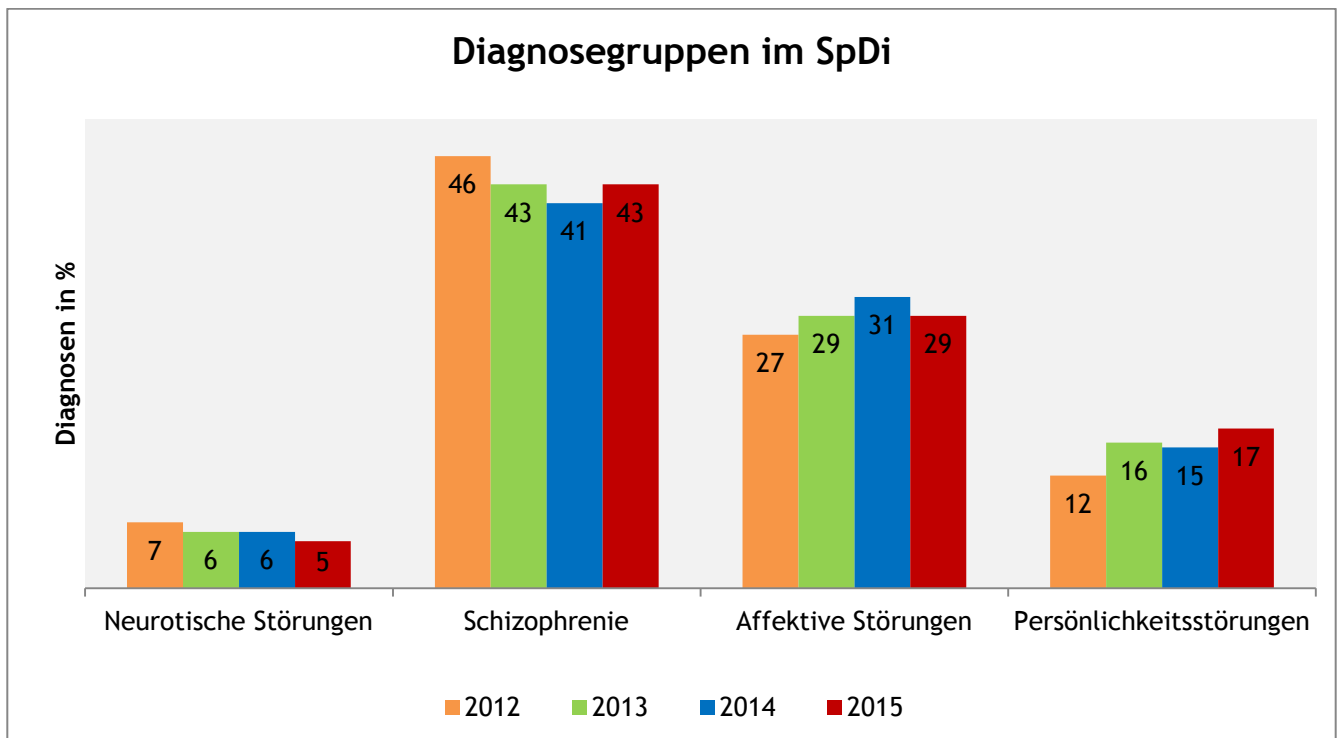


Schaubild 3

Der schleichende Veränderungstrend bei der betreuten Klientel (weniger Psychosebetroffene, mehr Menschen mit Persönlichkeitsstörungen) ist im Berichtsjahr 2015 vorläufig gestoppt, die Diagnoseverteilung blieb annähernd die gleiche wie 2014. Unabhängig von der Diagnoseverteilung kann festgestellt werden, dass seit Einstellung des türkischen Kollegen im Jahr 2014 die Anzahl muslimischer Klienten seither stabil bei etwa 25 liegt. Die Besonderheiten muslimischer Klientel in der sozialpsychiatrischen Betreuung wurden im Projektbericht des SpDi „Toleranz fördern, Kompetenz stärken“ von 2013/14 ausführlich beschrieben.

Weiterentwicklung der unabhängigen Beschwerdestelle zur Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle

Neben ihrer regulären Tätigkeit im Rahmen der seit 2008 bestehenden unabhängigen Beschwerdestelle, trafen sich die Mitglieder im Laufe des Jahres 2015 vier Mal mit der Psychiatriekoordination des Landkreises und dem stellvertretenden Sprecher des GPV, um über eine mögliche Weiterentwicklung zu sprechen.

Das zum 1. Januar 2015 in Kraft getretene PsychKHG fordert nicht nur verbindlich die Einrichtung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden, sondern regelt in § 9 erstmals gesetzlich auch die Bestellung von Patientenfürsprechern und die Einrichtung eines unabhängigen Gremiums auf Ebene der Stadt- und Landkreise, der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle).

Die IBB-Stellen sollen trialogisch besetzt sein, also mindestens mit je einem Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie einer Person mit professionellem Hintergrund. Außerdem sind die Patientenfürsprecher gesetzte Mitglieder der IBB-Stellen. Die Mitglieder sind gleichberechtigt. Die IBB-Stellen sollen laut PsychKHG Anregungen und Beschwerden entgegen nehmen und einer Problemlösung zuführen. Außerdem sollen sie Auskunft erteilen über die in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Die IBB-Stellen sind der Ombudstelle auf Landesebene berichtspflichtig.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in der unabhängigen Beschwerdestelle wurden folgende Veränderungen beschlossen:

- Damit auf Anfragen schneller und flexibler reagiert werden kann, verkürzt die IBB-Stelle den Turnus für mögliche Sitzungen von monatlich auf zwei-wöchentlich. Treffen finden aber nur bei Vorliegen von Beschwerden statt.
- Damit die Arbeit unter den Mitgliedern verteilt werden kann, wird je eine neue Vertretung der Betroffenen und der Angehörigen für die Mitwirkung in der IBB-Stelle gewonnen.
- Damit auch diese Perspektive in der trialogischen Beratung hinzugezogen kann, wird ein Vertreter der Psychiater zur Mitwirkung in der IBB-Stelle gewonnen.
- Für die IBB-Stelle wird eine eigene Erreichbarkeit (Telefon mit AB, Email-Adresse, Post) eingerichtet. Auch über die Patientenfürsprecher ist die IBB-Stelle weiterhin erreichbar.

An der neuen, vom Sozialministerium veranstalteten, mehrteiligen Fortbildung zur Erlangung von Beratungskompetenz nimmt eine Betroffene aus der IBB-Stelle in Ravensburg teil. Weitere Veränderungen in der Arbeit der IBB-Stelle sind nicht ausgeschlossen. Dazu sollen aber zuerst Erfahrungen unter der neuen gesetzlichen Lage gesammelt werden.

In der unabhängigen Beschwerdestelle gingen im Jahr 2015 zwei Beschwerden ein, die auch bearbeitet wurden.

In der ersten Beschwerde hatte sich ein Angehöriger an die unabhängige Beschwerdestelle gewandt. Der Beschwerdeführer war unzufrieden damit, an welchen Ort sein psychisch kranker Angehöriger untergebracht worden war. Mehrere Gespräche wurden geführt, es konnte aber keine Änderung herbeigeführt werden.

In der zweiten Beschwerde ging es darum, dass ein Betroffener darüber klagte, falsch behandelt worden zu sein. Es wurden mit verschiedenen Personen Gespräche geführt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Beschwerden keine Rückschlüsse auf einen Mangel in der Versorgungsstruktur im Landkreis zulassen.

Beteiligung von Betroffenen

Das neue PsychKHG hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt, die Rechtsstellung der psychisch kranken Menschen und ihre Beteiligung sowie die Beteiligung der Angehörigen zu stärken. Im Landkreis Ravensburg gibt es bisher noch keine Initiative Psychiatrie-Erfahrener, wie beispielsweise IPEBo im Bodenseekreis. In den Einrichtungen existieren Werkstatträte oder Heimbeiräte, deren Aufgabe sich aber auf die Interessenvertretung in der Einrichtung beschränkt. Um den Betroffenen die Möglichkeiten und Erfahrungen in der Beteiligung vor Augen zu führen, wurde am 6. Juli 2015 vom GPV ein Informationsabend veranstaltet, auf dem Rainer Höflacher als Vertreter des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württembergs und Herr Villinger als Vertreter des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V. von ihrer Arbeit berichteten. Mit 30 Teilnehmern war die Veranstaltung gut besucht, allerdings waren auch viele „Profis“ anwesend. Für das Jahr 2016 sind weitere Veranstaltungen geplant.

Schnittstelle des GPV zur Wohnsitzlosenhilfe

Da von der HPK hin und wieder für Personen die Beendigung oder Nicht-Weiterbewilligung von Maßnahmen beschlossen wird die die Leistungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes nicht für die Teilhabe m gesellschaftlichen Leben nutzen können, und der Württemberger Hof als Einrichtung der Wohnsitzlosenhilfe in Ravensburg dann als „letzte Anlaufstelle“ genannt wird, war es ein Anliegen der Mitglieder der HPK, sich mit dem dortigen Angebot auseinanderzusetzen. Die Schnittstellenproblematik wird anhand der Gesetzeslage deutlich, die in der Orientierungshilfe der BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger vom 24.11.2009 wie folgt beschrieben wird:

„Vor- und Nachrang der Leistungen:

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist gegenüber der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten vorrangig (§ 67 Satz 2 SGB XII). Ihre Leistungen gehen deshalb der Hilfe nach dem Achten Kapitel SGB XII vor, wenn eine wesentliche Behinderung i. S. von § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII vorliegt.

Dagegen haben die Leistungen der Hilfe nach dem Achten Kapitel Vorrang, wenn es sich nicht um eine wesentliche sondern um eine sonstige Behinderung im Sinne von § 53 Abs.1 Satz 2 SGB XII handelt, weil auf sie ein unbedingter Rechtsanspruch besteht, während diese Leistungen der Eingliederungshilfe lediglich als Ermessensleistungen in Betracht kommen.

Nachfragende Personen auf Leistungen gem. § 67 ff SGB XII mit Mehrfachbeeinträchtigungen können nicht von vorne herein auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe verwiesen werden. Es müssen präzise Bedarfsprüfungen für Leistungen gem. § 67 ff SGB XII und fachlich begründete Entscheidungen - inklusive einer Ziel- und Maßnahmeplanung bei Leistungsanspruch - erfolgen.

Sofern es nicht möglich ist, den Gesamtbedarf durch eine Kombination von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten zu decken, ist auf der Grundlage einer umfassenden Bedarfsfeststellung und Gesamtplanung eine Zuordnung zu einer der beiden Leistungsarten notwendig. Eine enge Zusammenarbeit der regelhaft beteiligten Stellen ist zwingend notwendig.“

Diese Auszüge machen deutlich, dass es an der Schnittstelle zwischen gemeindepsychiatrischer Versorgung und Wohnsitzlosenhilfe immer wieder Klärungsbedarf gibt, da sich einzelne Menschen in beiden Hilfesystemen bewegen, bzw. sich nicht eindeutig zuordnen lassen.

Am 29. Oktober 2015 konnten die Mitglieder der Hilfeplankonferenzen im Landkreis Ravensburg den Württemberger Hof besuchen. Die Räumlichkeiten der Tagesstätte, der Beschäftigungsmöglichkeiten, die Büros und die Wohnangebote konnten besichtigt werden. Anschließend gab es einen kollegialen Austausch mit Diskussion.

Folgende Angebote hält der Württemberger Hof vor:

Tagesstätte:

Ein niederschwelliges Angebot mit Beratungs-, Kontakt und Grundversorgungsmöglichkeiten.

Aufnahmehaus:

Es ist lediglich eine vorübergehende Unterbringung möglich (3 Einzel-, 4 Doppelzimmer, 3 Notaufnahmeplätze, 1 separates Appartement mit 2 Einzelzimmern nur für Frauen).

Betreutes Wohnen:

Es gibt 15 Einzelappartements und 2 Vierzimmer-Wohnungen. Die Maßnahme ist zeitlich begrenzt auf maximal 18 Monate. Es gibt die Möglichkeit, ABW auch in externem Wohnraum anzubieten.

Arbeits- und Beschäftigungsangebote:

Arbeitsmöglichkeit und Tagesstruktur im Haus. Kooperation mit dem Jobcenter. Auszahlungsmöglichkeit von ALG2. Hilfe bei der Vermittlung in Arbeit.

Personelle Besetzung:

7 MitarbeiterInnen mit unterschiedlichem Beschäftigungsumfang. 4 Sozialarbeiter, 2 Arbeitserzieher, 1 Bürokräft.

Schnittstellenthemen in der Zusammenarbeit mit dem GPV:

Es besteht eine überregionale Zuständigkeit bei der Aufnahme Obdachloser in die Notquartiere des Württemberger Hofes. Bei der Weitervermittlung von Menschen mit seelischen Behinderungen ins psychiatrische Hilfesystem gelten die regionalen Kriterien des GPV. Es besteht die Schwierigkeit Klienten weiterzuvermitteln, die entwurzelt sind, nicht aus dem Landkreis Ravensburg kommen, aber gerne dort bleiben möchten.

Klienten mit sehr auffälligem, nicht angepasstem Sozialverhalten können vom Württemberger Hof nicht versorgt werden. Diese werden selbst von der Tagesstätte wieder weggeschickt. In Einzelfällen muss sogar ein Hausverbot erteilt werden. Dies trifft sowohl für Klienten mit ausgeprägter Suchterkrankung sowie für Menschen mit einer psychischen Grunderkrankung und herausfordernden Verhaltensweisen zu.

Im Ambulant Betreuten Wohnen des Württemberger Hofes sind auch Menschen, bei denen eine seelische Behinderung vorliegt. Da das ABW auf maximal 18 Monate befristet ist, beantragen diese Personen zum Teil Leistungen der Eingliederungshilfe wenn weiterhin ein Hilfebedarf besteht.

Schlussfolgerungen:

- In einer gemeinsamen Abstimmung von Landkreis, SpDi und Württemberger Hof wurde eine einzelfallbezogene, bedarfsorientierte Zusammenarbeit vereinbart.
- regelmäßige quartalsmäßige Treffen wurden von den Beteiligten bisher nicht als erforderlich eingeschätzt. Sie können aber jederzeit eingeführt werden, wenn sich die gute Zusammenarbeit im Einzelfall als nicht ausreichend erweist.

Betreute Wohnformen - mehr ambulant und stärker differenziert

Die betreuten Wohnformen und ihre Nutzung haben sich seit der Gründung des GPV im Jahr 2004 stark verändert. Ende des 20. Jahrhunderts gab es noch die Wohnheime am ZfP Weissenau, die aus den Langzeitstationen der Klinik hervorgegangen waren. Anfang der Jahrtausendwende waren die Wohnheime in den Großeinrichtungen noch in der Überzahl, zwei Heime mit je 20 Plätzen in Weissenau und 80 Plätze am Riesenhof der BruderhausDiakonie. In der vernetzten Struktur des GPV wurden die Heime aus den Großausrichtungen ausgelagert und veränderten gleichzeitig ihren Status. Je zwanzig Plätze der BruderhausDiakonie und des ZfP wurden in den Bodenseekreis verlagert und dort in dezentraler Form geführt. Weitere 12 Plätze der BruderhausDiakonie und 19 Plätze des ZfP gingen nach Wangen, letztere in dezentraler Form auf fünf Wohnungen in der Innenstadt verteilt. Das heißt, dass ein beträchtlicher Teil der Wohnheime ihre Form veränderte. Sie waren weiterhin stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe, als Wohnangebot entsprachen sie jedoch einer Form, die im Jahr 2014 mit dem Wohn- Teilhabe und Pflegegesetz (WTPG) in Baden-Württemberg als Teilweise Selbstverantwortetes Ambulant Betreutes Wohnen (TABeWo) eingeführt wurde. Zwischenzeitlich erhalten knapp die Hälfte der Klientinnen und Klienten des Stationär Betreuten Wohnens (SBW) Leistungen in dieser Wohnform. Es kann zu Recht behauptet werden, dass dieser Prozess der Verlagerung in die Gemeinde eine Entinstitutionalisierung war.

Die Entinstitutionalisierung setzte in Verbindung mit der Hilfeplankonferenz einen weiteren Prozess in Gang: die Ambulantisierung der Eingliederungshilfeleistung Betreutes Wohnen. Die Zahl der Klientinnen in den verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens stieg im Landkreis Ravensburg seit 2003 wie im gesamten Bundesgebiet enorm. Erhielten 2003 noch 387 Personen Leistungen in den betreuten Wohnformen, waren es 783 im Jahr 2015. Im Jahr 2009 waren zwar etwas mehr als 100 Personen im Ambulant und Stationär Betreuten Wohnen der Anode gGmbH hinzugekommen, es ergibt sich aber dennoch eine Steigerung um 75%. Bemerkenswert ist, dass die Erhöhung der Klientinnenzahlen ausschließlich im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) zu verzeichnen war. Die Zahlen im Betreuten Wohnen in Familien (BWF) blieben konstant, obwohl die in den 1980er und 1990er Jahren in die Familienpflege enthospitalisierten Langzeitpatienten zwischenzeitlich verstorben sind.

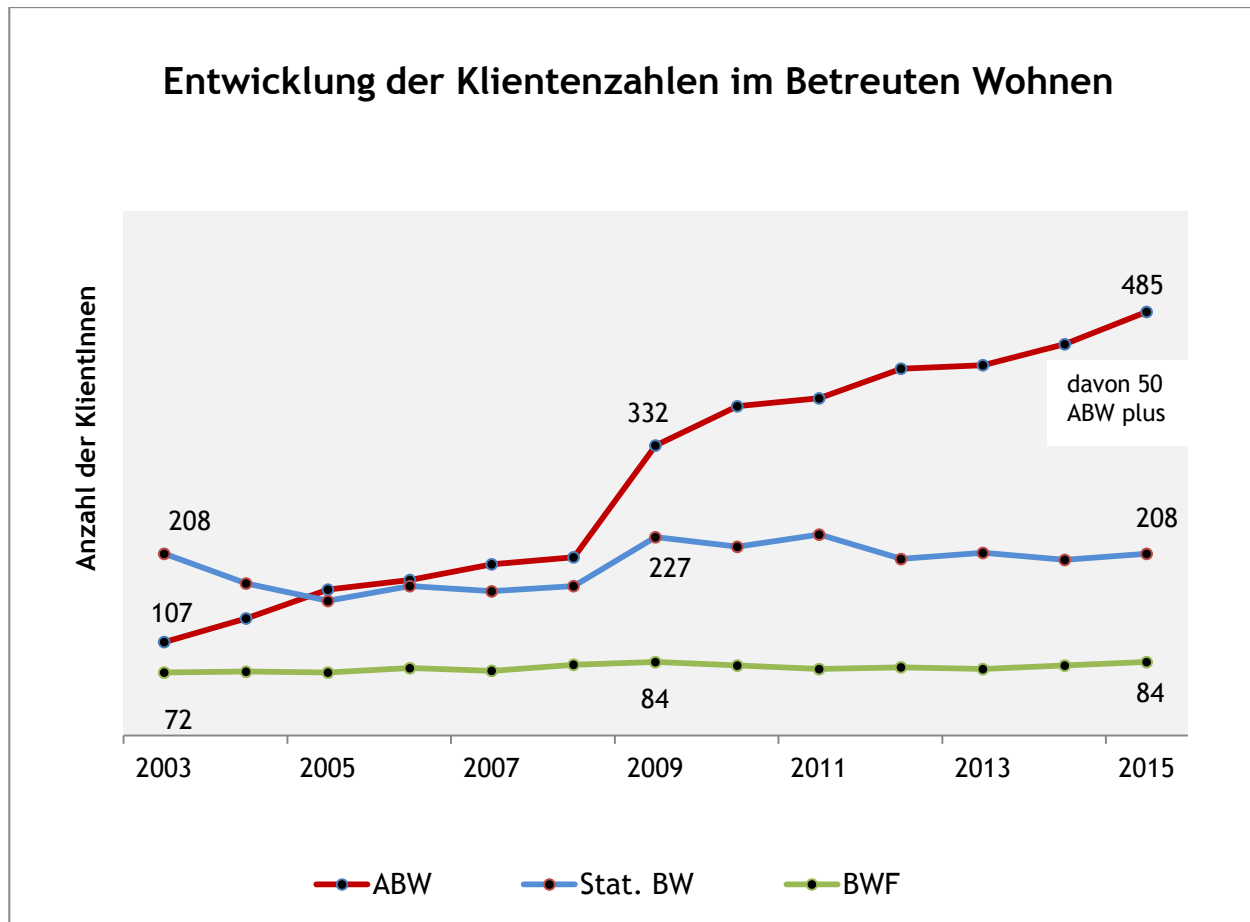


Schaubild 4

Nicht nur die Leistung des Stationär Betreuten Wohnens (SBW) wurde differenziert, sondern auch die Leistung des ABW. Die Eingliederungshilfeleistung des ABW entspricht dem „Vollständig Selbstbestimmten Ambulant Betreuten Wohnen“ im WTPG und bedeutet nichts anderes, als dass die Klientel in der eigenen Wohnung die fachliche Unterstützungsleistung erhält. Mit der Einführung des ABW plus im Landkreis Ravensburg 2015 als Regelleistung der Eingliederungshilfe wurde sichergestellt, dass Menschen mit seelischer Behinderung auch bei intensivem personellen Unterstützungsbedarf in einer vollständig selbstbestimmten Wohnform Unterstützungsleistungen erhalten können. Der Übergang vom Modellprojekt zum Regelangebot hat bewirkt, dass dieses Angebot vermehrt in Anspruch genommen und die Zahl der Klientinnen auf 50 angewachsen ist. ABW plus ist in vier Hilfebedarfsgruppen aufgeteilt. Zusammen mit dem klassischen ABW und dem sich in der Modellphase befindlichen ABW light kann also sechs Intensitäten des Unterstützungsbedarfs in der eigenen Wohnung nachgekommen werden. Nimmt man noch das BWF und die drei Hilfebedarfsgruppen zwei bis vier im TABeWo hinzu, kann im Landkreis Ravensburg zwischenzeitlich von zehn unterschiedlichen gemeindeintegrierten betreuten Wohnformen gesprochen werden.

Diese Differenzierung wird von den Klientinnen genutzt und hilft der HPK, auf wechselnde Bedarfe zu reagieren. Es besteht nicht nur ein Trend zu ambulant betreuten Wohnformen, sondern ein reger Wechsel zwischen den Wohnformen. Knapp über die Hälfte der Klienten im klassischen ABW hatten zuvor keine Betreuung in den psychosozialen Angeboten des GPV, kamen in der Regel also von zuhause nach einer längeren oder der x-ten Klinikbehandlung. Knapp ein Fünftel hatte zuvor eine Begleitung durch den SpDi erhalten, was in den anderen Wohnformen selten der Fall war. In SBW und BWF kamen knapp über 40% von zu Hause, am seltensten mit einem Viertel war das im ABW plus der Fall. In das ABW plus kamen demnach

die meisten KlientInnen aus anderen Wohnformen, vor allem aus dem SBW (38%) und dem klassischen ABW (27%). Insgesamt war der Wechsel zwischen den Wohnformen häufiger als die Aufnahme von zuhause. Auch der Wechsel innerhalb einer Wohnform ist keine Seltenheit, sei es z.B. von SBW des ZfP in das SBW der BruderhausDiakonie oder im BWF von einer Gastfamilie zu einer anderen Gastfamilie.

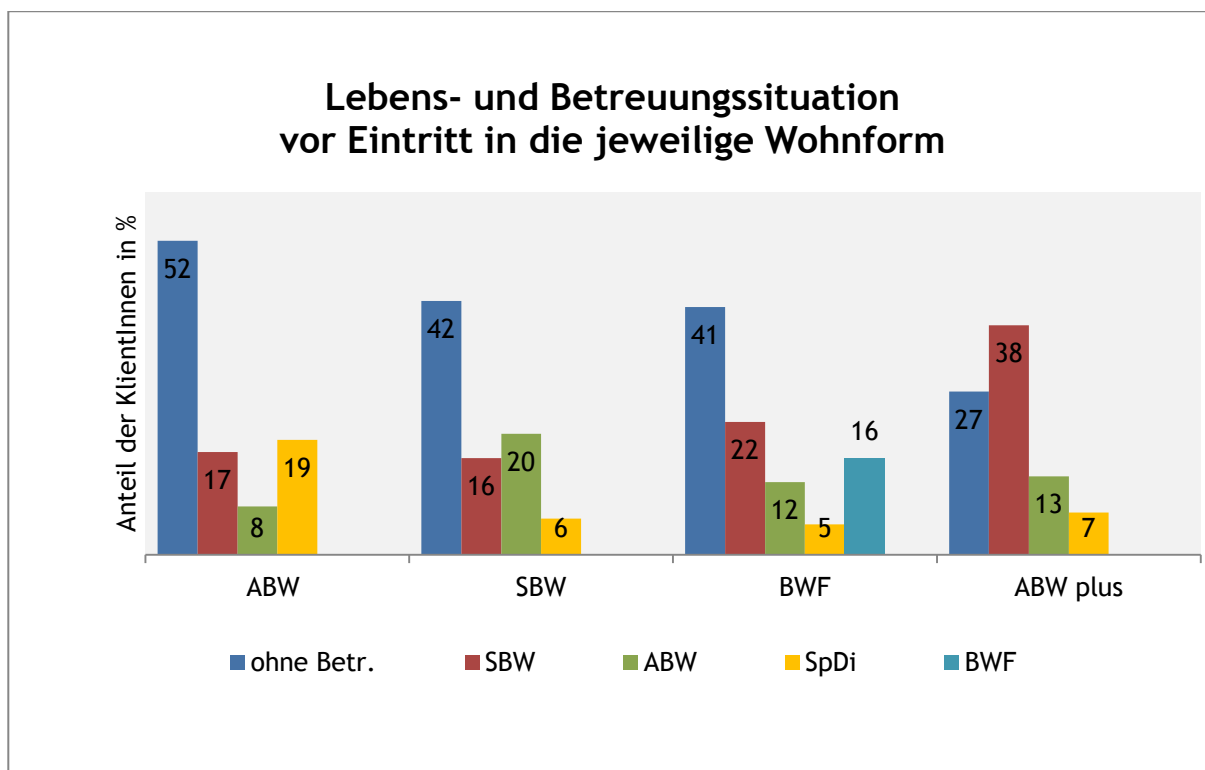


Schaubild 5

Eine Beendigung der Eingliederungshilfeleistung ist selten. 2015 waren es 21 KlientInnen im ABW und acht KlientInnen im SBW. Langfristige Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigen demnach die meisten Personen mit seelischer Behinderung - angesichts einer Erkrankungsdauer von 16,8 Jahren im ABW und 23 Jahren im SBW ist das auch nicht erstaunlich. An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass im Berichtsjahr bei den 485 KlientInnen des ABW keine Beendigung durch Suizid zu verzeichnen war, bei den KlientInnen im SBW zwei.

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. Es gibt jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Während im ABW dreimal so viele Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen Leistungen erhalten als im SBW, ist der Anteil der Personen mit der Diagnose Schizophrenie im SBW etwa 1,5 Mal höher als im ABW. Ob in Zusammenhang mit der Diagnose oder unabhängig davon: Der größere Teil der Klientel im klassischen ABW lebt alleine (51%), weitere 9% in verschiedenen familiären Konstellationen. 40% leben in Gemeinschaft mit einem oder mehreren Personen zusammen. Das Leben in einer Wohngemeinschaft wird von den Einrichtungsträgern als Kontext bevorzugt, in dem die Auseinandersetzung mit anderen Menschen, das Mitteilen eigener Bedürfnisse, die Übernahme von Verantwortung und andere soziale Kompetenzen gelernt und geübt werden können. Ein Teil der Klientinnen scheint die betreute Wohngemeinschaft als Übergangslösung im Rahmen des selbstbestimmten Wohnens zu betrachten.

Als Normalität wird hingegen das Wohnen allein oder mit nicht-behinderten Personen betrachtet, die nur deshalb verhindert wird, weil es nicht ausreichend bezahlbaren Wohnraum gibt.

Ein weiteres Phänomen in Verbindung mit dem Wunsch- und Wahlrecht ist zu beobachten. Im westlichen Teil des Landkreises wird als Wohnort die Stadt Ravensburg bevorzugt, mit Einschränkungen wird Weingarten akzeptiert. Attraktive Wohnorte wie z.B. Bad Waldsee scheinen keine Alternative darzustellen, kleinere Ortschaften in ländlichen Gebieten bleiben in der Regel dem BWF vorbehalten. Im Kreisteil Allgäu ist das anders. Hier gibt es zwar den Schwerpunkt Wangen, 40% der Klientinnen lebt jedoch in den Städten Isny, Leutkirch, Kißlegg und Bad Wurzach und erhält dort Unterstützungsleistungen im Rahmen des ABW oder ABW plus. Für den gesamten Landkreis Ravensburg betrachtet ist jedoch der Großraum Ravensburg (mit Weingarten und Baienfurt) für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung eindeutig am attraktivsten. 77 % der ABW-Klientel lebt hier. Auch das ist ein Stück Normalität. Es zeigt aber auch, dass dem von der Stadtverwaltung im April 2016 initiierte „Bündnis für bezahlbaren Wohnraum“ eine große Bedeutung zukommt.

Die Verlagerung der betreuten Wohnversorgung von den Institutionen in die Gemeinde ist kein Selbstläufer. Bereits vor einigen Jahren wurde festgestellt, dass ein kleiner Teil der Menschen mit seelischer Behinderung auch mit intensiver Unterstützung nicht in der Lage ist, sich dauerhaft in der Gesellschaft zurechtzufinden. Die Unfähigkeit sich zu integrieren äußert sich dann meist in selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen und in Folge der freiwilligen oder unfreiwilligen Einweisung in die psychiatrische Klinik.

2015 mussten 308 Klientinnen aus den Angeboten der Wohnbetreuung einschließlich des SpDi ein- oder mehrmals stationär in der psychiatrischen Klinik in Weissenau oder Wangen aufgenommen werden. Das sind zahlenmäßig vier Klienten weniger und anteilmäßig 2% mehr als im Vorjahr.

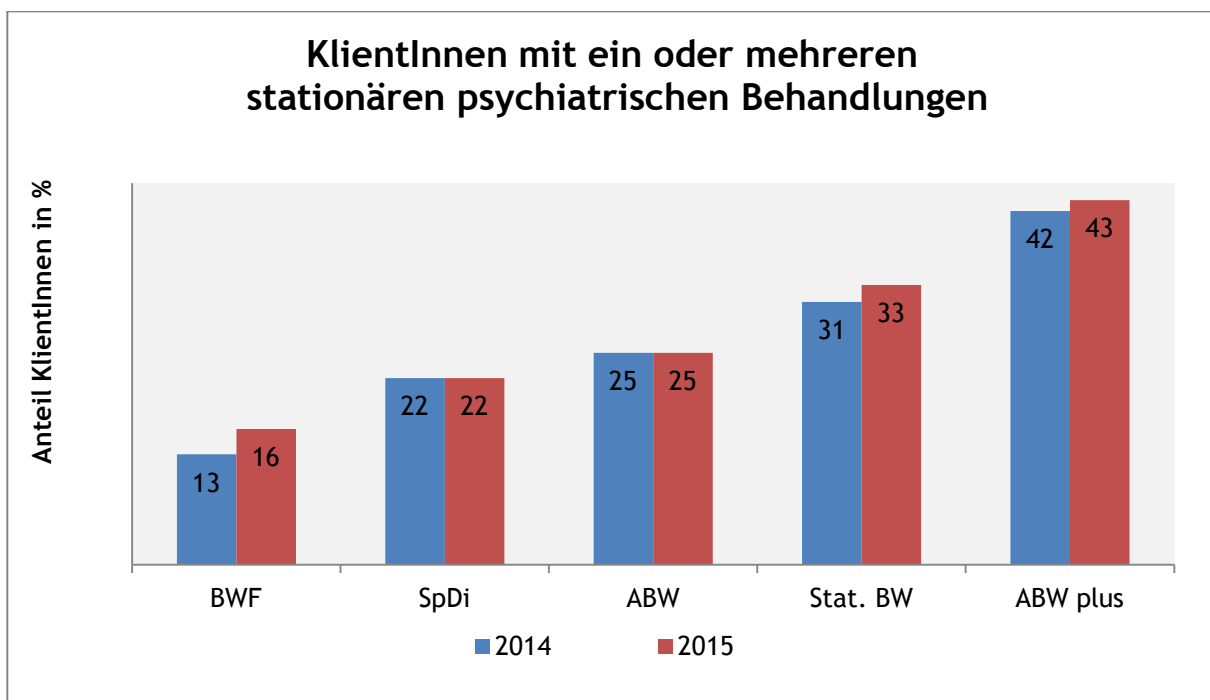


Schaubild 6

Die Wahrscheinlichkeit für eine Klinikaufnahme war in den Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung zwischen 2011 und 2013 deutlich gesunken, insbesondere im SBW von 44 % auf 30 %. 2015 ist der Anteil wieder leicht angestiegen, im SBW allerdings immer noch deutlich entfernt von dem Anteil 2011. In den ambulanten Wohnformen ist der Anteil mit Ausnahme des BWF gleich geblieben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Klienten von ABW, SBW, BWF ist um 1 bis 3 Tage gestiegen, während im ABW plus die durchschnittliche Behandlungsdauer um 11 Tage zurückgegangen ist. Sowohl die Zahl der Klinikaufnahmen als auch die Behandlungsdauer von Klientinnen der betreuten Wohnangebote im Landkreis Ravensburg sind nicht außergewöhnlich. Schließlich handelt es sich um schwer beeinträchtigte psychisch erkrankte Menschen mit sehr langer Erkrankungsdauer. Der Anteil der „heavy user“, also Personen die neben intensiver psychosozialer Unterstützung sehr lange Zeit des Jahres in der Klinik verbringen, nämlich mehr als 90 Tage, hat gegenüber 2014 nicht zugenommen.

Bei dieser Personengruppe ist in der Regel von schwerwiegend herausfordernden Verhaltensweisen auszugehen, die einer speziellen Aufmerksamkeit bedürfen. Für diese Personengruppe wurde vor vier Jahren die TWG mit 10 Plätzen im Kloster Weissenau eingerichtet, in der innerhalb von zwei Jahren die Reintegration in gemeindeintegrierte Wohnformen realisiert werden soll. In der TWG kann therapeutisch mit freiheitsentziehenden Maßnahmen gearbeitet werden, sie ist jedoch keine geschlossene Wohngruppe. Das zeigt sich u.a. daran, dass die Gruppe im Jahr 2015 durchschnittlich an einem von sieben Tagen pro Woche geschlossen wurde.

Für die Aufnahme in die Klinik bestehen heutzutage relativ hohe Hürden. Die ambulante Behandlung ist zwischenzeitlich gut ausgebaut, so dass die Verschlechterung der Symptomatik nicht mehr direkt zu einer Aufnahme führt. Ausschlaggebend dürften bestimmte Verhaltensweisen sein und es liegt nahe, an einen direkten Zusammenhang zwischen aggressiven Handlungen und der Häufigkeit von stationären Aufnahmen zu denken. Dieser ist vorhanden, allerdings gering. Insgesamt ist die Zahl der tätlich werdenden KlientInnen niedrig, nämlich 63 von 1437 KlientInnen (4,3%). Bei nahezu zwei Drittel der tätlich aggressiven KlientInnen (N=40) führen die Tötlichkeiten nicht zu einer stationären Aufnahme. Offensichtlich wird das aggressive Verhalten in den Angeboten des Betreuten Wohnens als Teil der psychischen Erkrankung akzeptiert und mit Deeskalationsstrategien adäquat reagiert. Das Ausmaß des Vorkommens aggressiver Handlungen ist je nach Unterstützungsangebot sehr unterschiedlich.

Tötlichkeiten gegen Personen sind in den Angeboten des Stationär Betreuten Wohnens relativ selten (im ABW und ABW plus noch seltener). Offensichtlich Klienten mit Leistungen der Eingliederungshilfe, die tätlich gegen Personen werden, ein Angebot 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. Wie die separate Auswertung zeigt, ist der hohe Anteil der Tötlichkeiten nahezu ausschließlich im Fachpflegeheim der Weissenau festzustellen, also bei Klientinnen mit ausgeprägter Pflegebedürftigkeit und zusätzlichem herausforderndem Verhalten. Der Anteil der Klienten mit Tötlichkeiten im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie am Riesenhof liegt mit 4% sogar noch unter dem im Stationär Betreuten Wohnen.

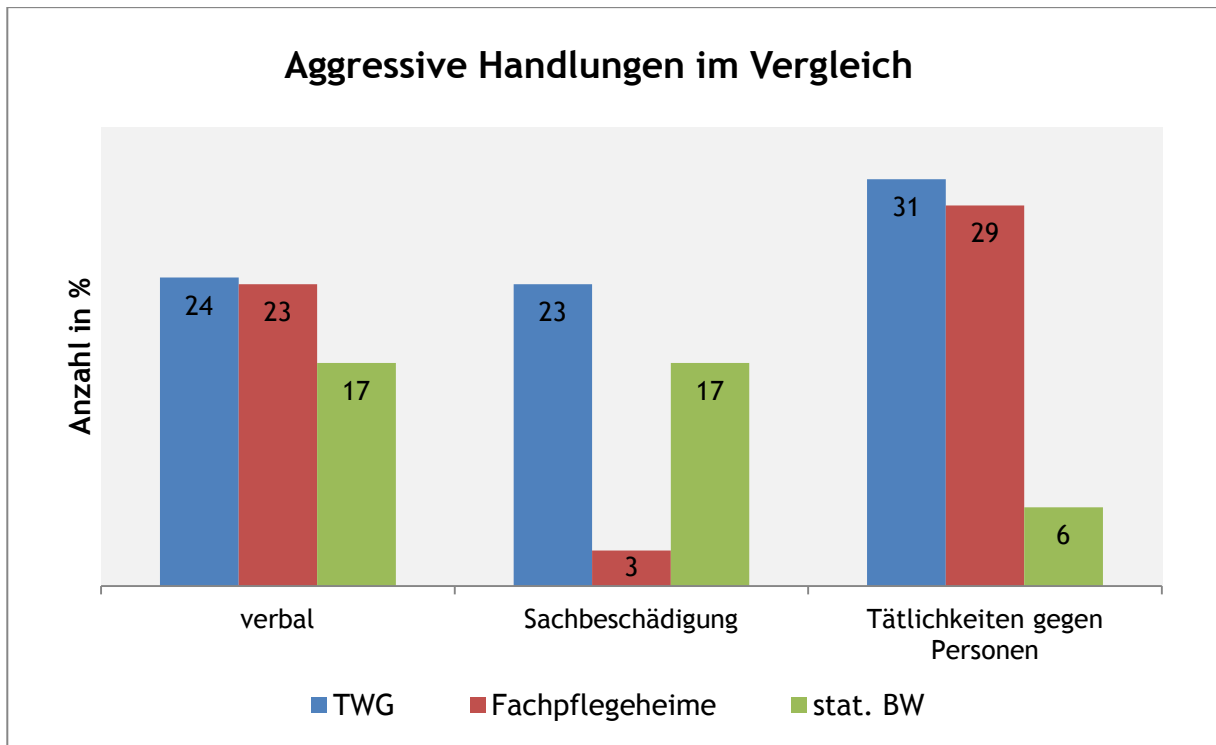


Schaubild 7

Die Altersverteilung zeigt, dass die Fachpflegeheime für psychisch kranke Menschen im Landkreis Ravensburg keine Heime mit dem Schwerpunkt der **Altenpflege** sind. Knapp die Hälfte der Klientel ist älter als 70 - ein Alter, in dem Menschen ohne chronisch psychische Erkrankung in der Regel noch voll im Leben stehen. Insbesondere im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie mit einem Altersdurchschnitt von 63,7 Jahren findet sich ein großer Anteil jüngerer Menschen. Der Altersdurchschnitt im Fachpflegeheim des ZfP liegt mit 69,6 Jahren um sechs Jahre höher. Im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie spielt der Aspekt Pflege außerdem nur bei einem Teil der Klienten eine Rolle. Während der Anteil der Klientinnen in Pflegestufe 3 im Fachpflegeheim des ZfP stabil um ein Fünftel schwankt kommt er im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie seit 2012 nicht mehr vor.

Bei der BruderhausDiakonie hat sich der Anteil der KlientInnen in Pflegestufe 0 von 2014 nach 2015 nochmals deutlich auf 43,5% erhöht, während er in Pflegestufe 1 um den gleichen Anteil auf 30,5% gesunken und in Pflegestufe 2 gleichgeblieben ist. Es ist demnach davon auszugehen, dass die KlientInnen in Stufe 2 schon länger in der Einrichtung leben, während die neu aufgenommenen nicht pflegebedürftig sind. Das Fachpflegeheim auf dem Riesenhof nähert sich hinsichtlich der Klientel immer mehr einem Wohnheim der Eingliederungshilfe an.

Klienten unter 30 Jahren

Für neu in das Versorgungssystem eintretende, jüngere Klientinnen spielt die Ausdifferenzierung der ambulanten Wohnversorgung die entscheidende Rolle. Insgesamt erhielten 187 Klientinnen unter 30 Jahren im Jahr 2015 Leistungen in den psychosozialen Einrichtungen und Diensten des GPV. Diese sind vor allem in ambulanten Angeboten oder medizinischer Rehabilitation in der RPK Baienfurt (siehe S.22) zu finden. Weniger als 10% erhalten Leistungen in stationären Wohnformen. Auch bei den Klienten unter 30 Jahren sind die Aufnahme- und Wechselbewegungen interessant. Sie entsprechen im Muster dem Wahlverhalten der Gesamtklientel, es gibt jedoch spezifische Abweichungen.

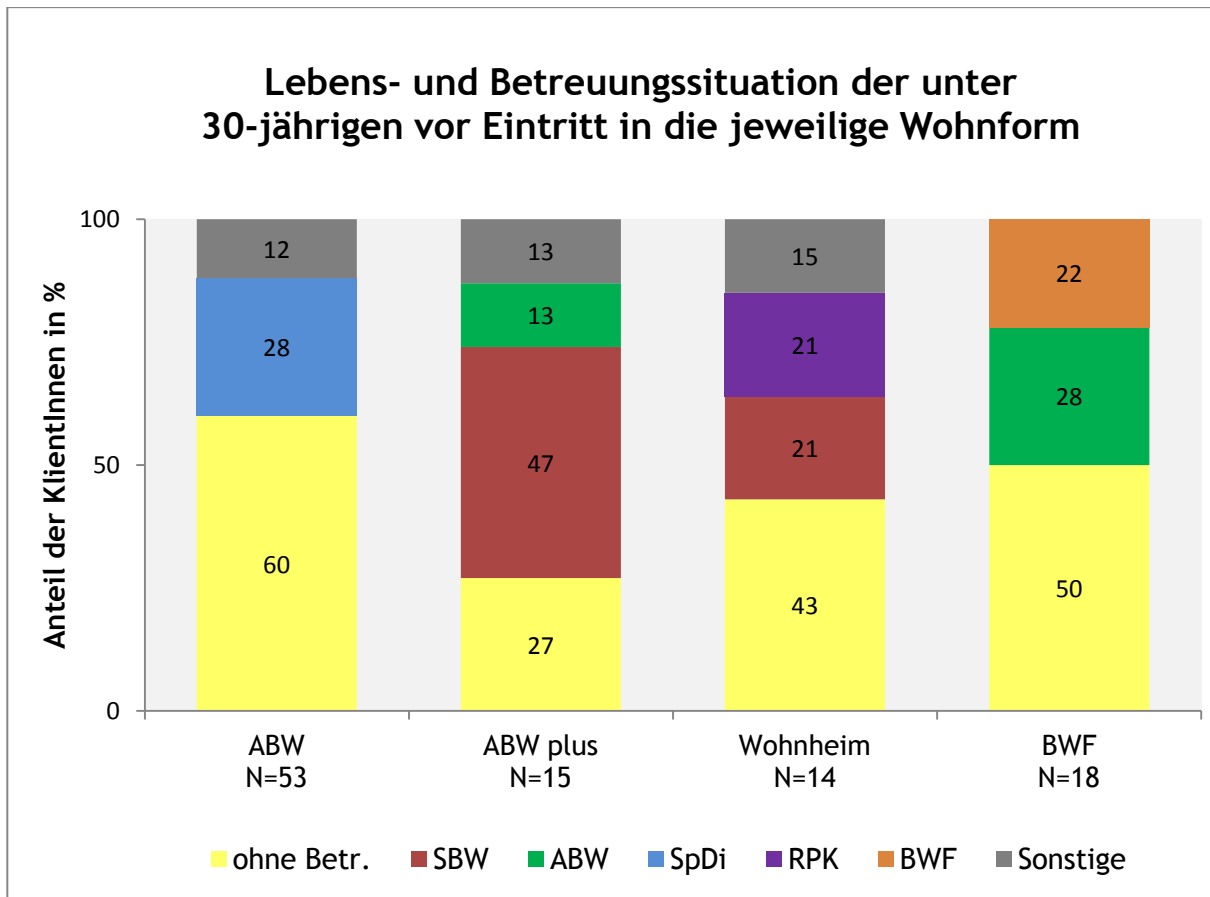


Schaubild 8

Aus der ambulanten Wohnbetreuung gibt es keine bedeutsamen Wechsel in die stationäre Wohnbetreuung, hingegen gibt es Aufnahmen aus der RPK und Wechsel innerhalb des Leistungsangebots. In ABW plus wechseln wenige KlientInnen aus dem „klassischen“ ABW, nahezu die Hälfte kommt hingegen aus dem Stationär Betreuten Wohnen. Die intensive Unterstützung in einer selbstbestimmten Wohnform scheint somit ein wichtiges Motiv für die Wahl eines Angebots. In das BWF wechselt ein höherer Anteil aus dem ABW und auch der Wechsel der Gastfamilie ist anteilmäßig höher. Ein interessantes, wenngleich auch noch etwas verwirrendes Bild, ergibt die Verteilung der Diagnosen auf die verschiedenen Unterstützungsformen für die Klientinnen unter 30 Jahren. Auffällig ist vor allem, dass es bunt ist. Es gibt einen Satz der amerikanischen Gemeindepsychiatrie wider: „different strokes for different folks“.

Vergleich Diagnosen der unter 30-jährigen in verschiedenen Wohnformen

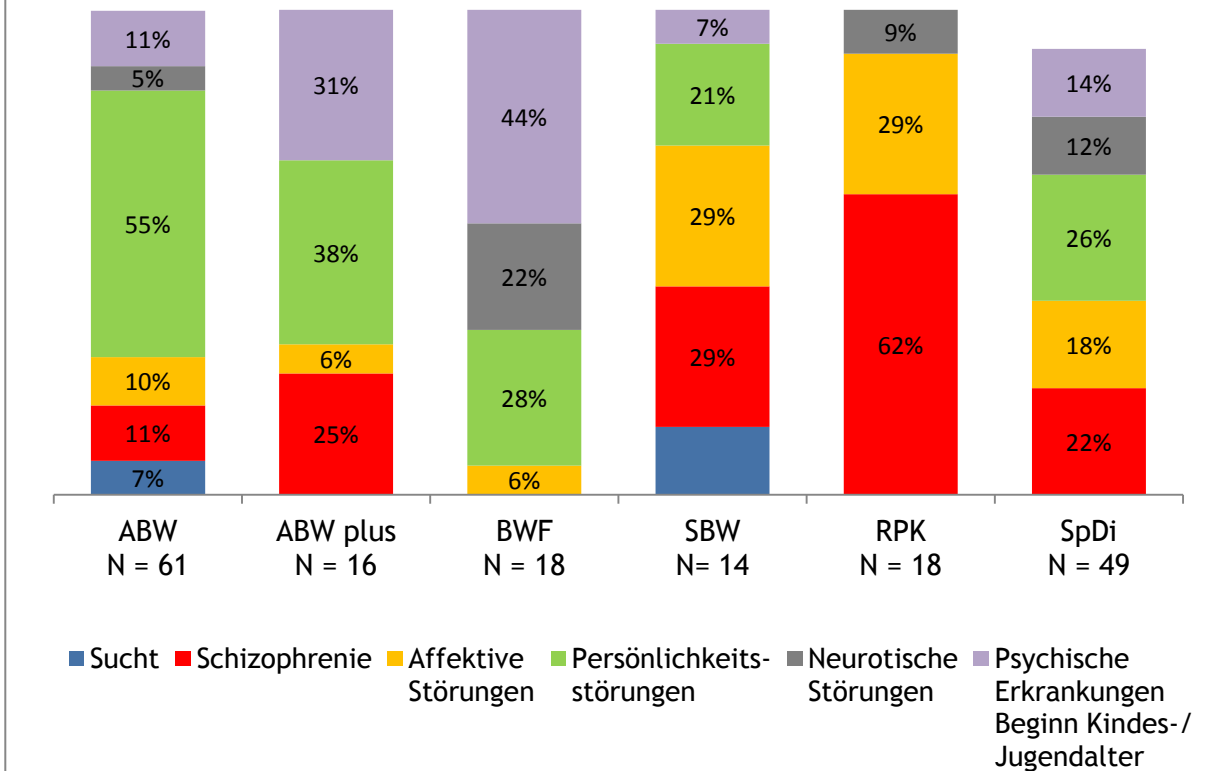


Schaubild 9

Wir beschränken uns auf die augenfälligsten Unterschiede. In der quantitativ bedeutendsten Betreuungsform, dem ABW, erhalten überwiegend Personen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen Unterstützungsleistungen. Diese Diagnosegruppe ist auch im ABW plus am stärksten vertreten und im BWF am zweitstärksten. Klienten mit psychischen Störungen, die im Kindes- oder Jugendalter begonnen haben machen den größten Anteil im BWF aus, während junge Klienten mit schizophrenen Erkrankungen offensichtlich nicht den Weg in das BWF finden. Wenn Klienten mit der Diagnose Schizophrenie nach dem RPK-Aufenthalt oder der SpDi-Begleitung noch Hilfen benötigen, nehmen sie sie in den professionell besetzten Wohnangeboten wahr. Im Stationär Betreuten Wohnen findet sich zwischenzeitlich eine „bunte“ Mischung an Diagnosen. Auf Grundlage dieser Daten können neue Überlegungen über Rehabilitation und Inklusion psychisch kranker Menschen im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung angestellt werden. Wichtige Ausgangsbeobachtung ist, dass in einem differenzierten System gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote auch schwer beeinträchtigte Personen ihr Wunsch- und Wahlrecht aktiv ausüben können. Die verstärkte Partizipation der Betroffenen und die institutionelle Verankerung der „Peer-Beratung“ in den IBB-Stellen bietet eine gute Grundlage für die selbstbestimmte Wahl der Wohnform.

Vorrangige Leistungen: ambulante Behandlung und medizinisch-berufliche Rehabilitation

Der Anspruch des GPV muss sein, neu in das System kommende Personen unabhängig von Leistungen der Eingliederungshilfe zu begleiten oder sie zumindest mit ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen. Die Eingliederungshilfe unabhängige Unterstützung beginnt bei der Begleitung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Leistungen des SpDi sind pauschal finanziert und können ohne formalen Antrag in Anspruch genommen werden. Auf dieser Basis können die vom SpDi begleiteten Klienten beliebige Kombinationen von ambulanten Behandlungsleistungen oder pauschalfinanzierten Leistungen wie z.B. die des IFD in Anspruch nehmen. Ambulante ärztliche Behandlung durch niedergelassene Fachärztinnen oder die PIA steht allen Klienten der psychosozialen Versorgung zu.

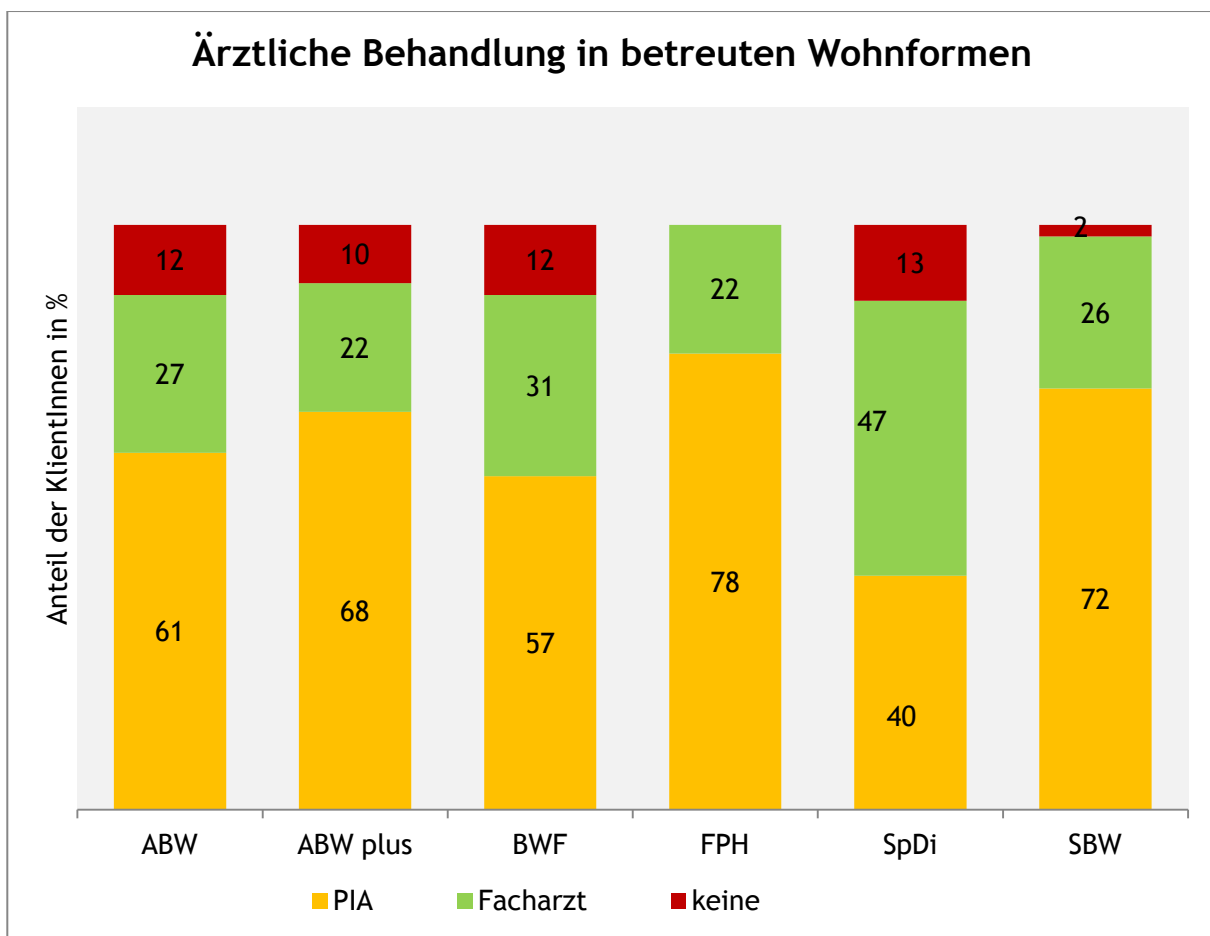


Schaubild 10

Der größte Teil der Klientinnen in psychosozialen Unterstützungsangeboten nimmt ambulante fachärztliche Behandlung in Anspruch. Lediglich knapp über 10 % der ambulant betreuten Klientinnen werden nicht fachärztlich behandelt; es ist davon auszugehen, dass ein Teil die Behandlung nicht benötigt, ein anderer Teil die fachärztliche Behandlung - die ja meist mit der Einnahme von Psychopharmaka verbunden ist - ablehnt. Ein Teil der Klienten des SpDi scheint sich unabhängig vom System des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zu definieren. Eine leichte Mehrheit bevorzugt die Behandlung durch niedergelassene Fachärzte, die nicht Teil des GPV sind. Die Klientinnen in den betreuten Wohnformen werden zu einem höheren Anteil von Fachärztinnen der PIA behandelt, insbesondere in den stationären Angeboten. Wenn eine

intensivere Unterstützung bei der Integration in das gesellschaftliche Leben erforderlich ist, bedarf es zusätzlicher ambulanter Leistungen, die von der GKV gemäß SGB V übernommen werden müssen, allerdings nicht so leicht zu erschließen sind. In dieser Hinsicht sind psychisch kranke Menschen mit gesellschaftlichen Barrieren konfrontiert, während ein mehrstöckiges Gebäude ohne Aufzug in der Regel kein Hindernis für sie darstellt.

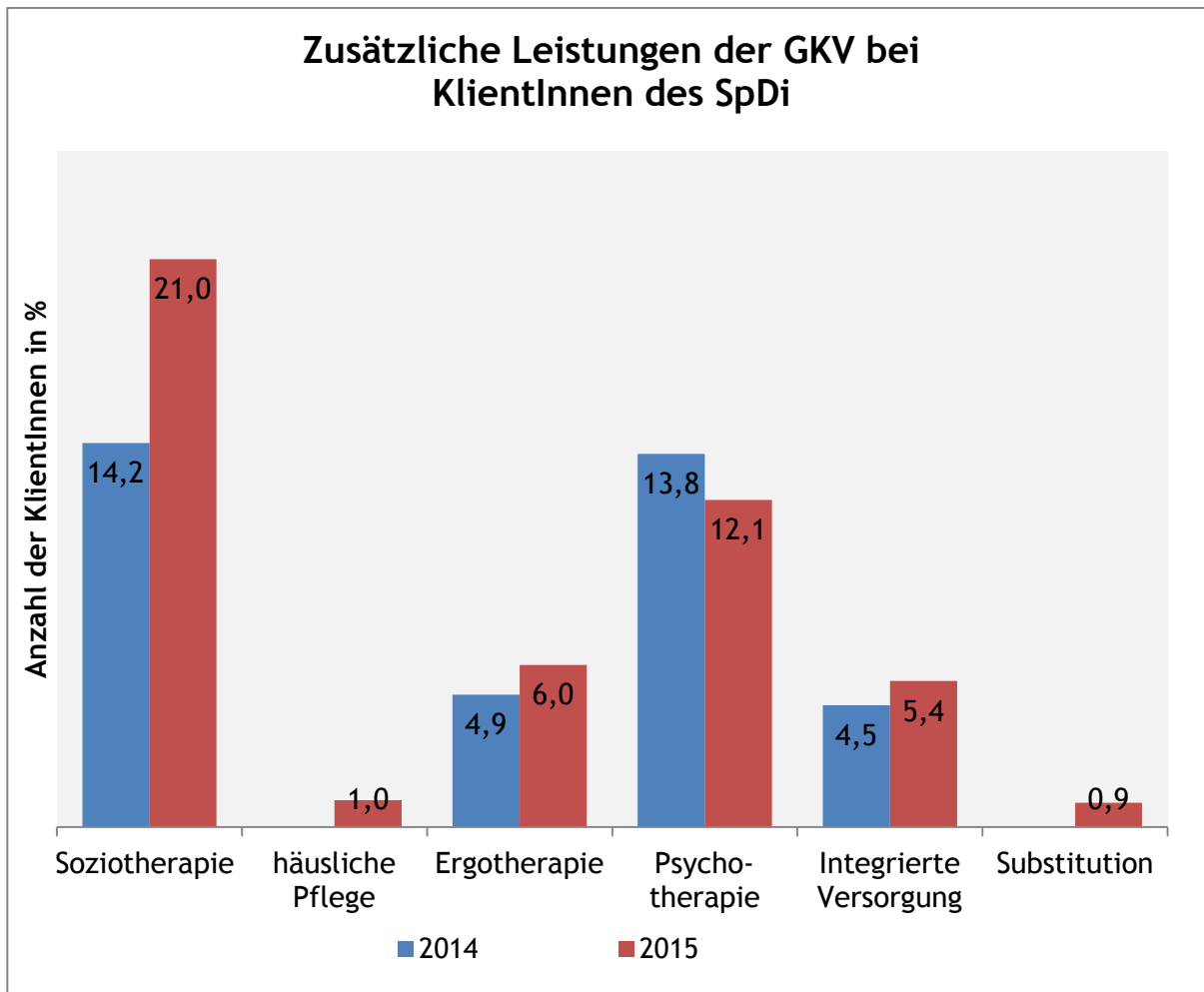


Schaubild 11

Die Barrieren bei der Inanspruchnahme und ihre teilweise Beseitigung zeigen sich in der unterschiedlichen Inanspruchnahme durch die Klienten des SpDi. Bei den Leistungen der ambulanten Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung zu verzeichnen. 2015 wurden die Richtlinien für den Zugang zu den Leistungen der ambulanten Soziotherapie durch den gemeinsamen Bundesausschuss (gBA) der Krankenkassen verändert. Die ambulante Soziotherapie ist seit 2015 für alle Diagnosegruppen zugänglich und nicht mehr auf die Diagnose Schizophrenie beschränkt. Wenn die ambulante Soziotherapie besser vergütet wäre und die Zuzahlung wegfallen würde, könnte die Soziotherapie in Zukunft die ihr zugeordnete Funktion als Bestandteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen wahrnehmen. Der Anteil der Klientinnen in ambulanter Psychotherapie ist leicht zurückgegangen. Obgleich 2015 gesetzlich geregelt wurde, dass auch schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen Anspruch auf ambulante Psychotherapie haben, gibt es offensichtlich praktische Probleme bei der Realisierung. Hier ist die Psychotherapeutenkammer gefordert, den gesetzlichen Anspruch für diese Klientel umzusetzen.

Die größte Barriere besteht aber offensichtlich im Zugang zu Leistungen der häuslichen Pflege. Dies hat verschiedene Gründe. Für die ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung besteht bisher die Hürde der Gewährung einer Pflegestufe. Dies müsste sich ab 2017 mit Einführung von Pflegegraden auf Grundlage eines an der Teilhabe orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändern. Eine weitere Barriere besteht in der unzureichenden Finanzierung der Behandlungspflege. Der ambulante psychiatrische Pflegedienst des ZfP hatte bis Ende des Jahres 2015 eine Vereinbarung mit der AOK, bei der ein erhöhtes Entgelt für einen Hausbesuch gezahlt wurde - allerdings nur für die Medikamentengabe bei Klientinnen, die keine Medikamente einnehmen wollen. Diese Leistung war wie die Zahlen zeigen für Klientinnen des SpDi nicht attraktiv oder erforderlich. Mitte des Jahres 2015 wurden daher Verhandlungen mit der AOK Baden-Württemberg aufgenommen, um die Leistungen der häuslichen psychiatrischen Pflege gemäß den Richtlinien des gBA praktikabel zu gestalten

Mit der AOK soll ein Modellvorhaben vereinbart werden. Ziel der Leistung ist die Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts. Die Leistung kann demnach flexibler erbracht werden als in den Richtlinien festgeschrieben. Dort gibt es eine Begrenzung auf 4 Monate mit max. 2 Hausbesuchen in den ersten beiden Wochen und der Pflicht zur sukzessiven Verringerung der Hausbesuche. Für das Modellvorhaben sollen 6 Monate mit max. 28 Hausbesuchen in den ersten beiden Wochen festgelegt werden. In den verbleibenden 24 Wochen können bis zu 60 Hausbesuche erfolgen, wobei Patient und Dienst in der Wahl der Frequenz frei sind. Nach diesen 60 Hausbesuchen oder 24 Wochen ist der ambulante Behandlungsfall abgeschlossen und kann bei Wiederauftreten der Funktionsstörungen wie bei einem Klinikaufenthalt neu verordnet werden. Der Hausbesuch wurde zeitlich auf 45 Minuten festgelegt.

Vereinfacht hat sich wieder die Verordnung von Leistungen der ambulanten Ergotherapie, die vor allem dazu dienen sollen, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess zu erleichtern. Bei flexibler und teilweise gleichzeitiger Verordnung der verschiedenen nicht-ärztlichen ambulanten Behandlungsleitungen nach SGB V wäre es denkbar innerhalb des GPV eine Behandlung zu Hause organisieren, die bislang nur im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V möglich ist. Natürlich ist ein solches System des „home treatment“ im Rahmen des GPV nicht einfach zu organisieren. Aber in der vertrauensvollen Zusammenarbeit der verschiedenen Träger in der psychosozialen Versorgung und der klinischen Behandlung, die in der GPV-Vereinbarung festgeschrieben ist, besteht eine tragfähige Basis. Wenn es gelingt, besteht die Aussicht, dass bei einem Teil der psychisch erkrankten Menschen die Chronifizierung der Erkrankung und damit die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe vermieden werden kann.

Die Hoffnung basiert unter anderem auf der bereits im vorherigen Kapitel beschriebenen Beobachtung der Veränderung der Klientel. In den letzten zehn Jahren kamen andere Klientinnen in das System des GPV, die auch andere Ansprüche an die psychiatrische Versorgung haben.

Verteilung der Diagnosen in den psychosozialen Angeboten

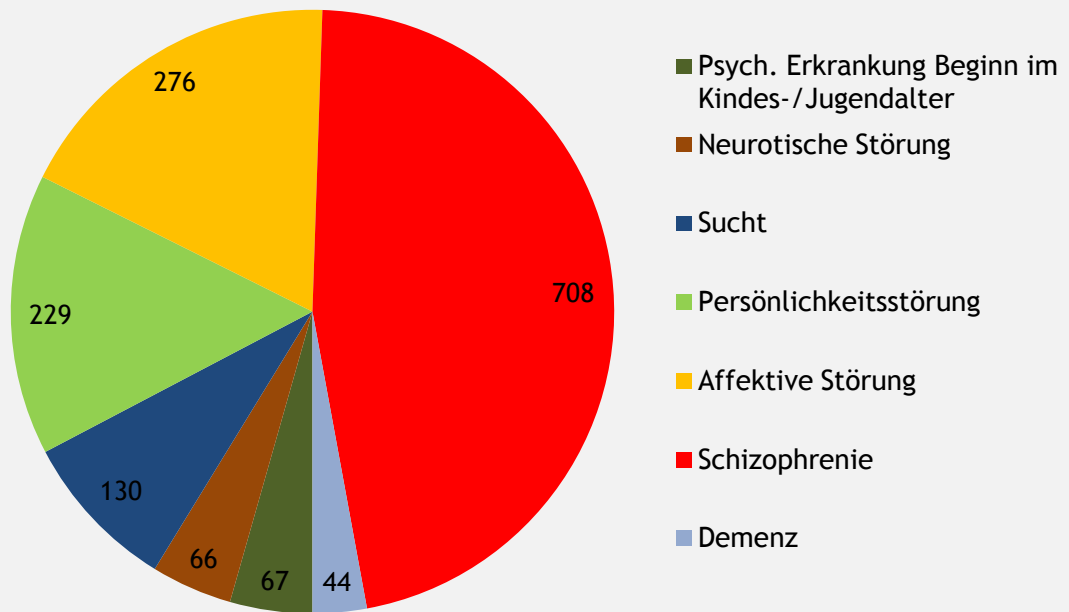


Schaubild 12

Verteilung der Diagnosen bei den unter 30-jährigen

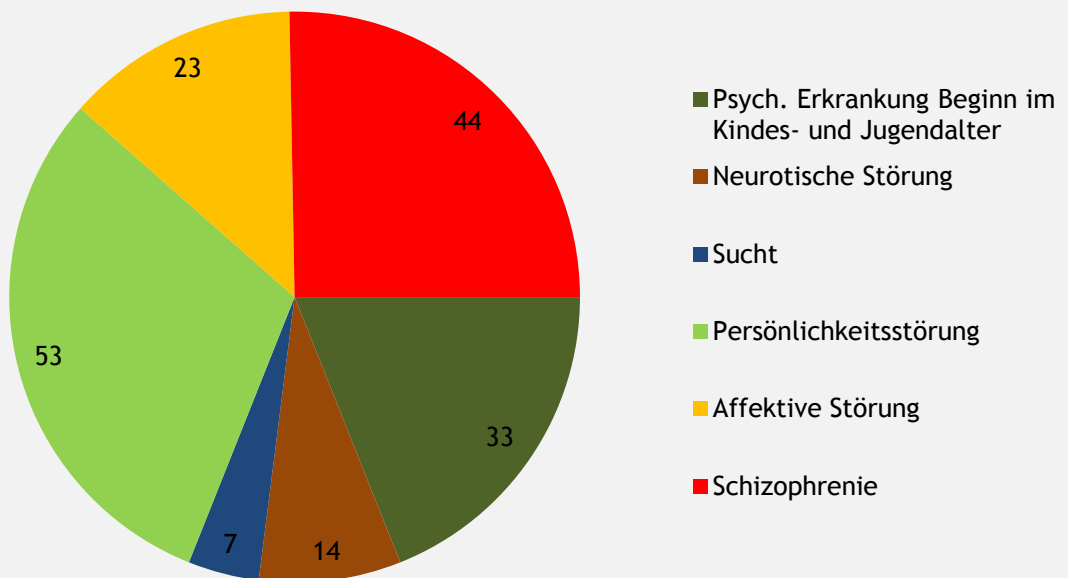


Schaubild 13

Die Veränderungen im Diagnosespektrum sind sehr deutlich. Es ist daher vorauszuschicken, dass sich entgegen gängiger Vorstellungen in der Gesellschaft die Zahl der psychisch erkrankten Menschen in den letzten Jahrzehnten mit Ausnahme der Alzheimer-Demenzen nicht erhöht hat. Bei den in den beiden Schaubildern dargestellten Klienten handelt es sich auch nicht um einmalige Episoden psychischer Krisen, sondern um schwere Beeinträchtigungen, die einen komplexen Hilfebedarf zur Folge haben. Ob die Änderungen der Diagnosen auf eine veränderte Prävalenz oder verändertes Diagnoseverhalten der Fachärzte zurückzuführen sind, spielt für die psychosoziale Versorgung im GPV keine entscheidende 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 vor allem mit Blick auf KlientInnen mit schizophrenen Erkrankungen gemacht und zielten in erster Linie darauf ab, eine Überforderung der auf Reize sehr empfindlichen Menschen mit schizophrenen Erkrankungen zu vermeiden. Auch wurden flankierende psychotherapeutische Maßnahmen in der Vergangenheit von der psychiatrischen Fachwelt häufig als kontraindiziert betrachtet.

Personen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf stehen zur Integration in das gesellschaftliche Leben gemäß der Sozialgesetzbücher (SGB) Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu. Die einzige Einrichtung, die diese Leistung mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen darf ist die RPK. Die Einrichtung zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) der Arkade in Baienfurt stellt das Bindeglied zwischen klinischer Behandlung und sozialer sowie beruflicher Eingliederung für junge psychisch Kranke dar. Sie hat zehn stationäre und zwei ambulante Plätze und nimmt traditionell nicht nur Klienten des Landkreises Ravensburg auf, sondern auch Klientinnen aus Nachbarlandkreisen. 2015 kam genau die Hälfte der insgesamt 28 Personen aus dem Landkreis Ravensburg.

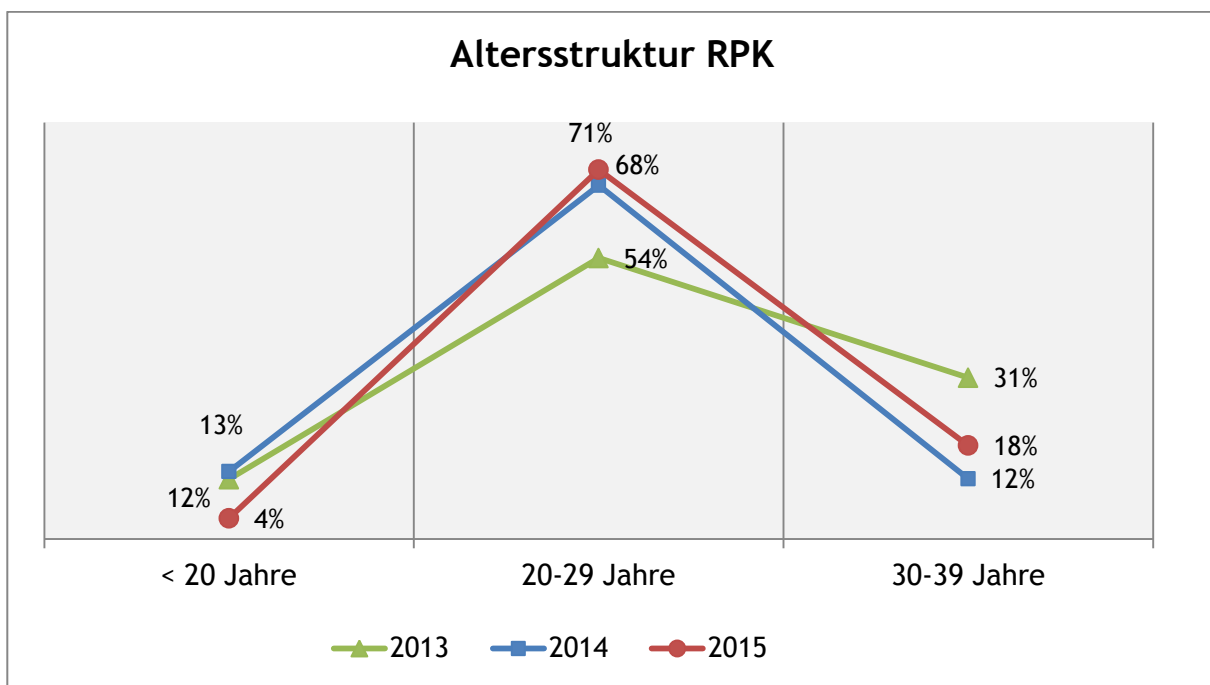


Schaubild 14

2015 waren nahezu 80 % der Klienten jünger als 30 Jahre. Die RPK ist die Einrichtung im GPV mit den meisten jungen Klientinnen. Die KlientInnen in der RPK sind im Durchschnitt seit weniger als vier Jahren erkrankt, erhalten demnach die Reha-Leistungen in einem frühen Stadium ihrer Erkrankung. Der Abstand zu der Unterstützungsform mit dem zweitniedrigsten Chro-

nifizierungsgrad, dem SpDi, ist mit über zehn Jahren enorm. Das zeigt, dass schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen im Gegensatz zu Menschen mit geistigen Behinderungen in der Vergangenheit oft relativ spät in das System der gemeindepsychiatrischen Versorgung gekommen sind. 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.

Die größte Diagnosegruppe der unter 30-jährigen, die Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, findet sich nach wie vor nicht in der RPK. Ebenso wie bei den Personen mit einer psychischen Störung, die im Kinder-/Jugendalter begonnen hat (z.B. Autismus-Spektrum-Störungen), bleiben ihnen die Leistungen der medizinischen und teilweise auch der beruflichen Rehabilitation vorenthalten. Es bleiben offensichtlich die Leistungen der über Sozialhilfe finanzierten Eingliederungshilfe.

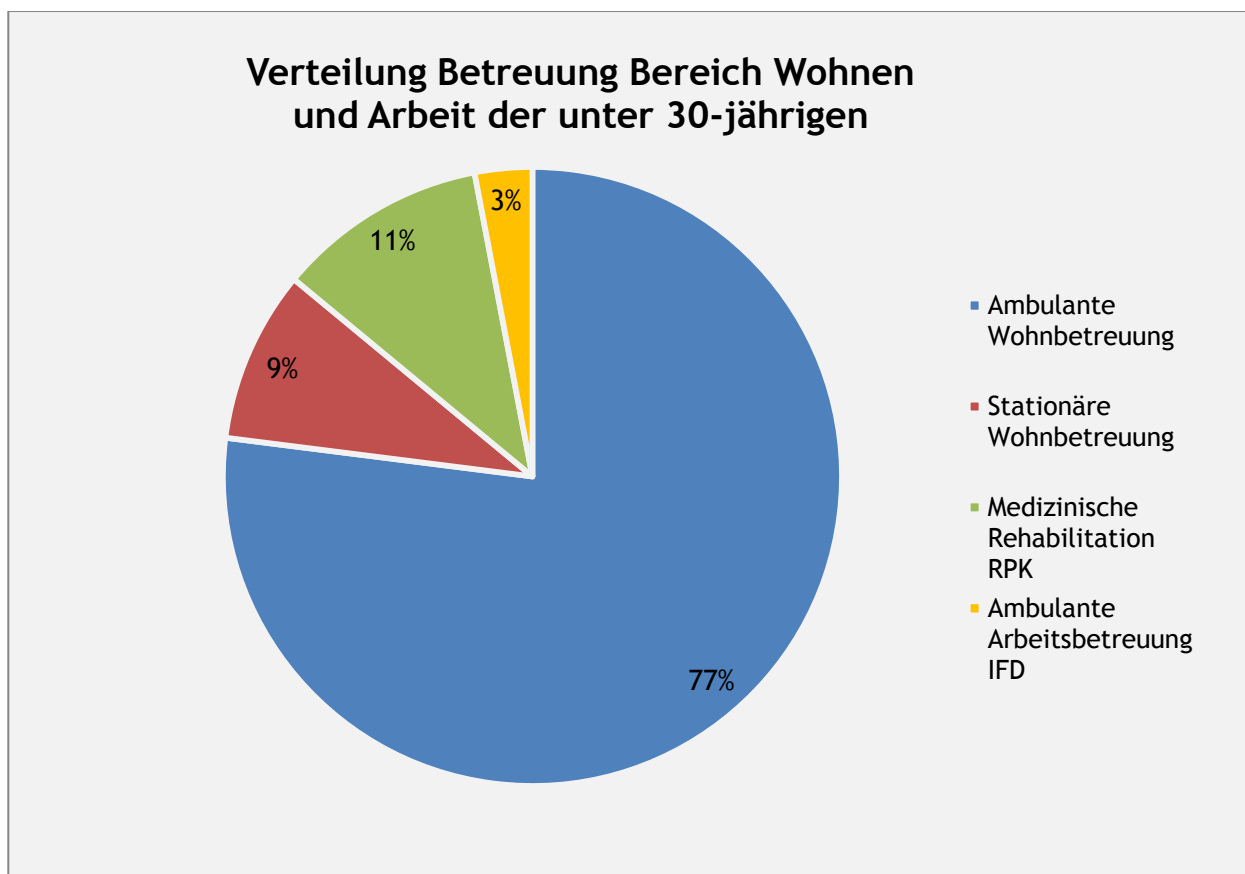


Schaubild 15

Die Gründe, dass bestimmten Diagnosegruppen die medizinische Rehabilitation in der RPK vorenthalten bleibt dürften komplex sein. Fakt ist, dass sich junge Klientinnen einen Weg der Integration in die Gesellschaft suchen - dieser besteht eindeutig in den Angeboten des Ambulant Betreuten Wohnens und des Betreuten Wohnens in Familien. Bestimmte Gastfamilien scheinen hilfreich in dem Prozess der Verselbständigung und der Übernahme von Selbstverantwortung zu sein. Die Erfahrungen der Arkade zeigen aber auch, dass die Gastfamilien viel Unterstützung und Beratung benötigen. Es sollte geprüft werden, ob BWF für diese Diagnosegruppen auch als Leistung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation anerkannt werden kann. Für Personen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen wäre neben dem Zugang zur ambulanten Psychotherapie die Unterstützung in Krisensituationen mit selbstverletzendem Ver-

halten hilfreich. Hier könnte eine neu ausgerichtete Leistung der häuslichen psychiatrischen Pflege (siehe S.20.), die bereits in der HPK vereinbart und im Krisenfall vom Facharzt verordnet wird, helfen.

Zugänge zum Arbeitsleben

Ein sehr geringer Teil der KlientInnen des SpDi und des ABW ist auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. Ungefähr ein Drittel ist erwerbslos, lebt also ausschließlich von Sozialhilfe oder Grundsicherung. Personen mit Altersrente finden sich vor allem im SpDi. Offensichtlich ist dies eine Gruppe chronisch erkrankter Menschen, die mit geringer Unterstützung ihren Lebensabend verbringt. In beruflicher Rehabilitation, die im Anschluss an den Berufsbildungsbereich in der Regel eine Arbeit in der WfbM bedeutet, ist lediglich ein geringer Teil der KlientInnen des SpDi. Hingegen scheint für Klienten des ABW die Arbeit in der WfbM die wichtigste Möglichkeit der Erwerbstätigkeit zu sein. Die Entspannung des Arbeitsmarkts hat die Situation für chronisch psychisch kranke Menschen nicht verbessert.

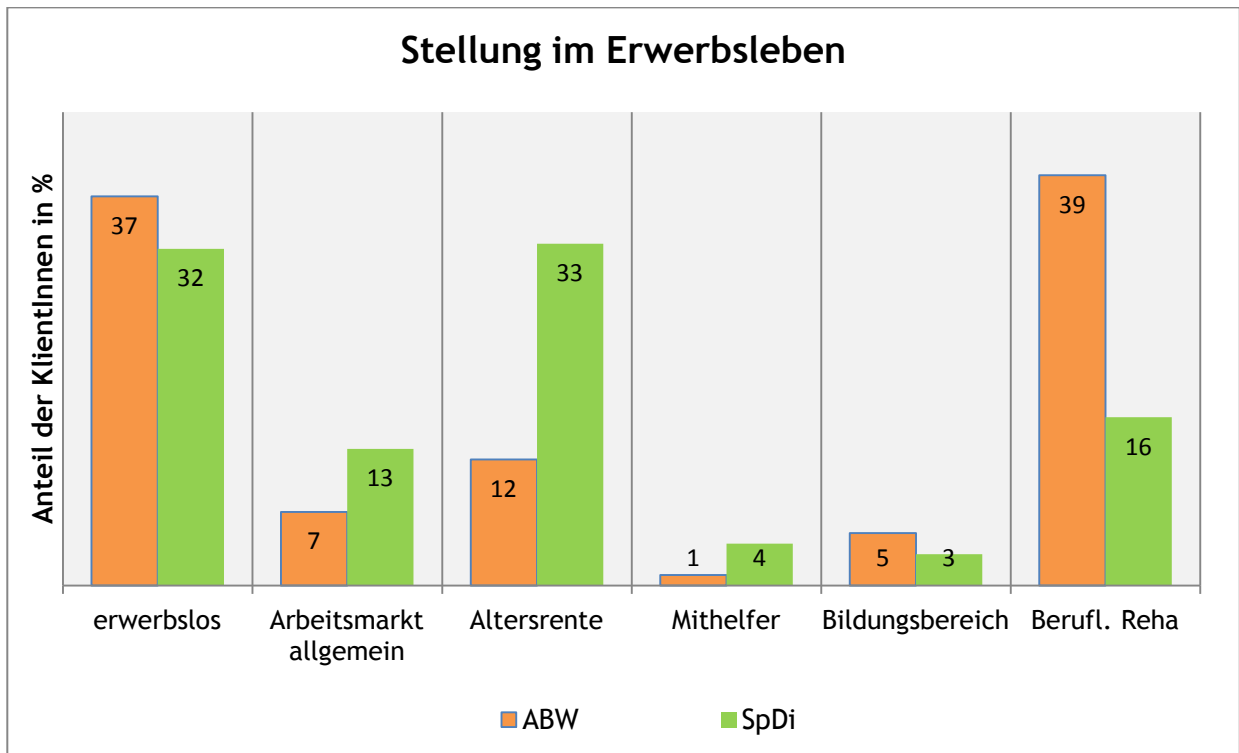


Schaubild 16

Die Betriebe im Landkreis Ravensburg haben freie Arbeitsplätze und suchen qualifizierte Mitarbeiter. Die begleiteten Zugangswege aus der WfbM scheinen für die KlientInnen des GPV aber nicht ausreichend geeignet.

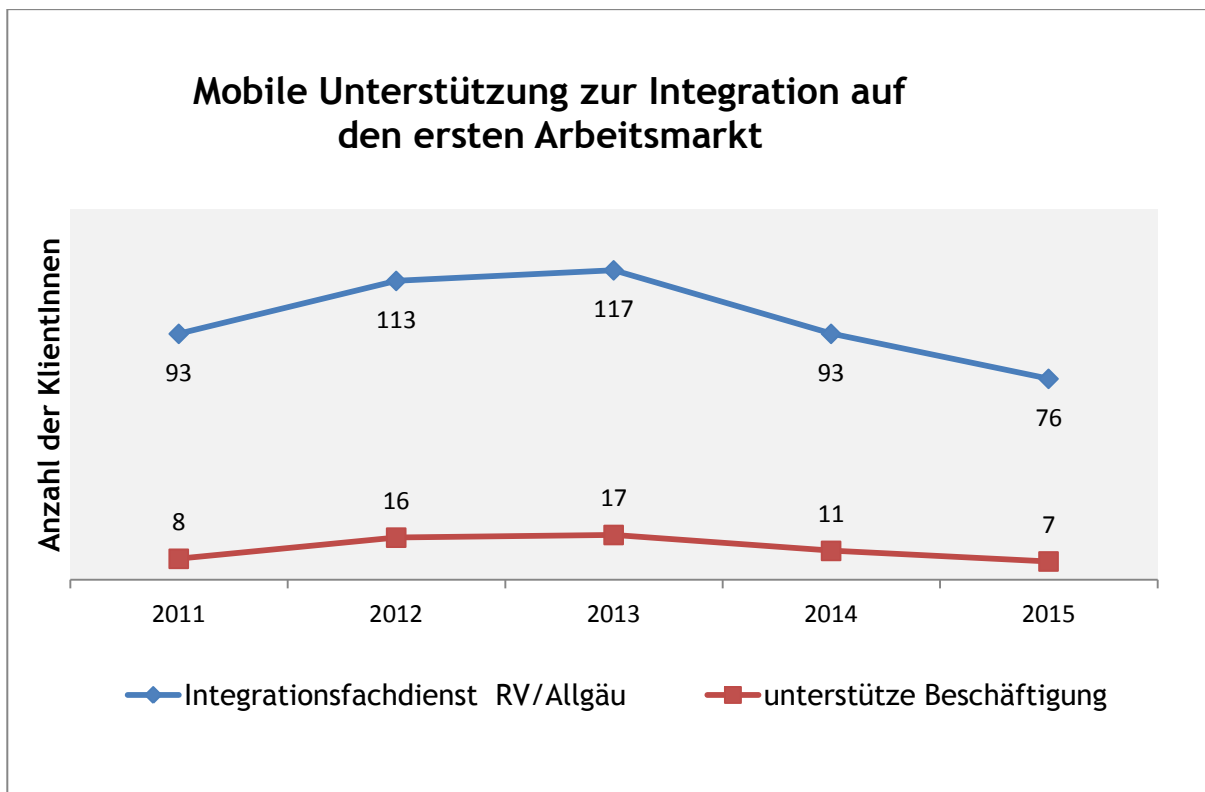


Schaubild 17

Die Zahl der psychisch kranken Personen, die mithilfe des Integrationsfachdienst (IFD) Unterstützung erhalten, ist 2015 wieder deutlich unter die Zahl aus dem Jahr 2011 gesunken. Aufgrund der Kriterien für die Unterstützung des IFD können nur Personen mit einer Schwerbehinderung, also mit mindestens 50 % Behinderungsgrad (GdB) oder Gleichstellung durch Bewilligung der Agentur für Arbeit ab einem 30%igen GdB betreut werden. Da gerade im psychiatrischen Bereich die Anerkennung der Schwerbehinderung als stigmatisierend empfunden wird, war die letzten Jahre kein niederschwelliger Zugang zum IFD möglich. Diese Entwicklung wurde erkannt. Inzwischen können sich Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auch ohne Schwerbehinderten-Status an den IFD wenden und bis zur Klärung maximal 3 Monate betreut werden. Bei den Diagnosen dominieren die Affektiven Störungen mit etwas weniger als 50%, eine weitere knappe Hälfte machen die Diagnosen Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und psychische Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter aus. Lediglich ein Klient mit Suchterkrankung wurde vom IFD begleitet. Das Durchschnittsalter liegt bei 44 Jahren.

Im Fokus der IFD-Arbeit insgesamt stand 2015 die Fortsetzung der Initiative Inklusion, Handlungsfeld 1. Hier bietet der IFD neben der Begleitung von Schülern an sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren (ehemals Sonderschulen), zukünftig vermehrt jungen Menschen mit Behinderung an Regelschulen die Unterstützung bei der beruflichen Orientierung und beim Übergang in Auszubildungsverhältnisse an. Durch die vielfältigen Kooperationen mit dem Schulamt, den Autismusbeauftragten, den Arbeitsstellen Kooperation, dem Jugendamt, und der Agentur für Arbeit werden zunehmend auch Regelschulen auf den IFD aufmerksam, mit denen bisher noch kein Kontakt bestand. Die frühzeitige Berufsorientierung ist wichtig, da es in der Regel einer langfristigen Vorbereitung bedarf, um Perspektiven für reguläre duale Ausbildungen für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung zu entwickeln.

Der IFD arbeitet sehr eng mit den Werkstätten für psychisch erkrankte Menschen (WfbM) in der Region zusammen. Im Jahr 2015 konnten vier Personen mit Unterstützung des Integrationsfachdienstes in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse vermittelt werden.

Im Bereich der Berufsbegleitenden Dienste des IFD werden insbesondere Maßnahmen im Auftrag der Agentur für Arbeit, der Jobcenter und der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt, bei dem die Teilnehmer mit unterschiedlichen Diagnosen an den allgemeinen Arbeitsmarkt herangeführt werden. Die speziell für psychisch kranke Menschen konzipierte Maßnahme - Berufliche Reintegration Psychisch Kranker (BeRePK) wurde aufgrund des Mangels an Teilnehmern wieder eingestellt.

Die WfbM bietet für eine bestimmte Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht den ansprechenden Rahmen. Somit entsteht insbesondere bei jüngeren psychisch Kranken ein Vakuum in der beruflichen Orientierung. Neben den Maßnahmen wie Unterstützte Beschäftigung, Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine, Angebote im Bereich des persönlichen Budget wurde das Projekt „Läuft?!“ im Rahmen des Sonderprogramms „Respekt“ vom BMAS bewilligt. Methodisch und organisatorisch bewegt sich der Handlungsansatz des Projekts „Läuft?!“ an der Schnittstelle von niedrigschwelligen hochindividualisierten Hilfen für schwer zu erreichende junge Menschen hin zu den regulären Eingliederungsmaßnahmen der Arbeitsförderung. Die Zielgruppe sind junge Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, die keine schulische, ausbildungsbezogene bzw. berufliche Qualifikation oder Beschäftigung aufnehmen können und von Angeboten der Sozialleistungsträger nicht erreicht werden.

Bisher konnte im Rahmen des GPV keine nennenswerte Alternative für den Personenkreis entwickelt werden, der eine WfbM ablehnt aber im Bereich Wohnen ambulant betreut wird. D. h. dass es trotz einer Vielzahl an verschiedenen Maßnahmen zur Arbeitsförderung nicht gelingt, Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen. Die Maßnahmen sind einerseits für die Zielgruppe unpassend, andererseits fehlt es an Alternativen. Dabei weisen die jungen Erwachsenen oftmals einen starken Willen zur Selbständigkeit auf, überschätzen sich dabei aber häufig in ihren Fähigkeiten. Der mangelnden Bedürfnissteuerungsfähigkeit und geringen Frustrationstoleranz folgen im weiteren Verlauf häufig ungenügende berufliche Qualifizierungen bzw. Arbeitsangebote, Überschuldungen oder weitere Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit. Daher ist in diesem Bereich ein hoher Handlungsbedarf, bei dem die Berufsbegleitenden Dienste des IFD die berufliche Orientierung unter der Kostenträgerschaft der Eingliederungshilfe zur Schaffung individueller praxisbezogener Orientierungsmaßnahmen als eine Möglichkeit sehen. Die Schaffung alternativer Herangehensweisen für die Verselbständigung von psychisch kranken jungen Menschen muss das vorrangige Ziel sein.

Projekt „KiP“- Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern

Das Projekt KiP besteht 2015 nun schon im achten Jahr.

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

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

- Modul 1: Ehrenamtliche Paten/Patenfamilien
- Modul 2: Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche
- Modul 3: Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch individuelle Maßnahmen

Hierfür ist beim Landkreis Ravensburg/Jugendamt eine Projektstelle mit einem Stellenanteil von 50% besetzt. Schwerpunkte dieser Stelle sind die Gesamtkoordination des Projektes und die Module „Gruppenangebote“ und „Individuelle Maßnahmen“.

Projektpartner des Landkreises ist die Arkade e. V, die das Modul „Patenschaften“ durchführt. Hierfür arbeiten eine Mitarbeiterin bei der Arkade e. V. mit einem Stellenumfang von 60 % und eine zusätzliche Fachkraft als geringfügig Beschäftigte.

Patenschaften

Im Jahr 2015 hat sich wieder bestätigt, dass das Angebot der Patenschaften für die betroffenen Kinder eine sinnvolle und hilfreiche Unterstützung darstellt. Sowohl die Kinder selbst als auch deren Eltern berichten immer wieder, dass der wöchentliche Kontakt mit den Paten einen wichtigen Stellenwert für sie einnimmt.

Zum 31.12.2015 bestanden **22 Patenschaften für 23 Kinder**.

Im Zeitraum 01.01.-31.12.2015 wurden 12 Patenschaften neu vermittelt, 17 wurden beendet. Die Altersverteilung in den Patenschaften stellt sich wie folgt dar: 5 Kinder im Alter von 1 bis 6 Jahren, 13 Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren und 5 Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren.

Die betroffenen Familien/Kinder wurden zum größten Teil über den Sozialen Dienst des Jugendamtes vermittelt (15), drei Familien kamen über den Sozialpsychiatrischen Dienst und eine Familie über die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Projekt in Kontakt. Drei Familien haben sich selbst gemeldet.

Gruppenangebote

In Gruppenangeboten sollen Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern die Möglichkeit bekommen, andere Kinder mit einer ähnlichen Familiensituation kennenzulernen, offen über ihre Situation zu sprechen und gemeinsam mit anderen schöne Erlebnisse zu teilen.

Im Jahr 2015 wurde nach einigen konzeptionellen Anpassungen das Gruppenangebot „Esmeralda, wie geht es Dir?“ in Kooperation mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Weissenau erneut angeboten. Die Gruppe startete im Oktober am Standort Ravensburg mit acht teilnehmenden Kindern in der Altersgruppe 8-12 Jahre. Das Angebot umfasst 15 wöchentliche Termine.

Die beiden freizeitpädagogischen Angebote in den Sommerferien wurden gut angenommen. Beim Gesangsworkshop nahmen fünf Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren teil (ein Junge und vier Mädchen). An einem erlebnispädagogischen Naturcamp nahmen 16 Kinder und Jugendliche (elf Mädchen und fünf Jungen) teil. Davon waren sieben Kinder in der Altersgruppe 8-11 Jahre, fünf Kinder in der Altersgruppe 12-13 Jahre und vier Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren.

Für die Projektmitarbeiterin bieten die freizeitpädagogischen Aktionen eine gute Gelegenheit mit den Kinder und Jugendlichen in Kontakt zu kommen und sie außerhalb ihres Elternhauses in einem Gruppenkontext noch einmal von einer anderen Seite zu erleben.

Individuelle Maßnahmen

Jede betroffene Familie wird im Projekt KiP individuell betrachtet und soll passende Angebote für ihre Situation bekommen.

Im Jahr 2015 fanden 73 Beratungskontakte in 30 Familien statt, im Großteil der Fälle in Form von Hausbesuchen. Zusätzlich zu den persönlichen Beratungsgesprächen gab es telefonische Kontakte und Gespräche.

Über Spendengelder können betroffene Kinder und Jugendliche individuell in ihren Interessen und Stärken gefördert werden.

Im Jahr 2015 wurden für 13 Kinder und Jugendliche die Kosten für Vereinsbeiträge, Musikunterricht, Ferienbetreuung oder ähnliche Angebote übernommen.

Öffentlichkeitsarbeit

Zur Information von Fachkräften über das Projekt, zur Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“, zur Gewinnung von Spendengeldern, der Akquirierung von Ehrenamtliche und zur Vernetzung gab es auch im Jahr 2015 wieder zahlreiche Aktivitäten. Beispielhaft seien hier z. B. die Beteiligung des Patenprojektes der Arkade e. V. an der Ehrenamtsmesse, die Vorstellung des Projektes bei verschiedenen Einrichtungen und Kooperationspartnern, Vorträge auf bundesweiten Fachtagungen und die Beteiligung an der Benefizveranstaltung „Music for a better world“ genannt.

Resümee und Ausblick

Nach wie vor werden die Angebote des Projektes gut nachgefragt.

Im Jahr 2016 muss aufgrund aufgebrauchter Spendenmittel eine Möglichkeit der weiteren Finanzierung für die Projekte gefunden werden abzusichern, da ansonsten dieses mittlerweile gut etablierte Angebot eingestellt werden muss.

Kontakt:

Beate Braiger,
Sylvia List,

Landratsamt Ravensburg,
Arkade e. V.,

Tel: 0751 85-3216
Tel: 0751 36655-91

Weitere Informationen und Hilfsangebote im GPV Ravensburg finden Sie unter: www.gpv-ravensburg.de

**G
P
V**

*Landkreis
Ravensburg*



arkade



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

Landratsamt
Ravensburg

Sprungbrett
Werkstätten gGmbH



Evangelische Heimstiftung
Stephanuswerk Isny

zfp
Südwestfalen-Lippe