Gemeindepsychiatrischer Verbund Landkreis Ravensburg

Jahresbericht 2016

Inhaltsverzeichnis

Editorial **1**
Entwicklung der Gremien **2**
Umsetzung des PsychKHG **3**
Entwicklung der Betroffenen Beteiligung im Landkreis Ravensburg **5**
IPERA **6**
Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle **7**
Ländernetzwerk Bodenseeregion **8**
Projekt KIP (Kinder psychisch kranker Eltern)
Projekt Inklusives Atelier mit dem ifsb **10**
Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung 2016 ..... **11**

1. Niederschwellige Angebote **13**
2. Leistungen des Betreuten Wohnens **16**
3. KlientInnen unter 30 Jahren (U30) **20**
4. Teilhabe am Arbeitsleben **25**
5. Versorgungslücken bei der sozialen Teilhabe **29**

Editorial

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vor Ihnen liegt der Jahresbericht des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg für das Jahr 2016. Etwas pathetisch ausgedrückt kann dieses Jahr als Schicksalsjahr für die gemeindepsychiatrische Versorgung bezeichnet werden. Gerade noch zum Ende des Jahres wurde das vieldiskutierte Bundesteilhabegesetz beschlossen, dass die Leistungen für Menschen mit Behinderung auf eine vollkommen neue Basis stellt. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden aus dem Sozialgesetzbuch XII herausgelöst und in den zweiten Teil des Sozialgesetzbuches IX integriert. Sie sind damit nicht mehr Leistungen der Sozialhilfe, sondern Leistungen der Rehabilitation. Wie Sie dem vorliegenden Bericht entnehmen können, machen die Leistungen der Eingliederungshilfe auch in der gemeindepsychiatrischen Versorgung den größten Teil der Angebote für Menschen mit dauerhaft bestehenden psychischen Beeinträchtigungen aus.

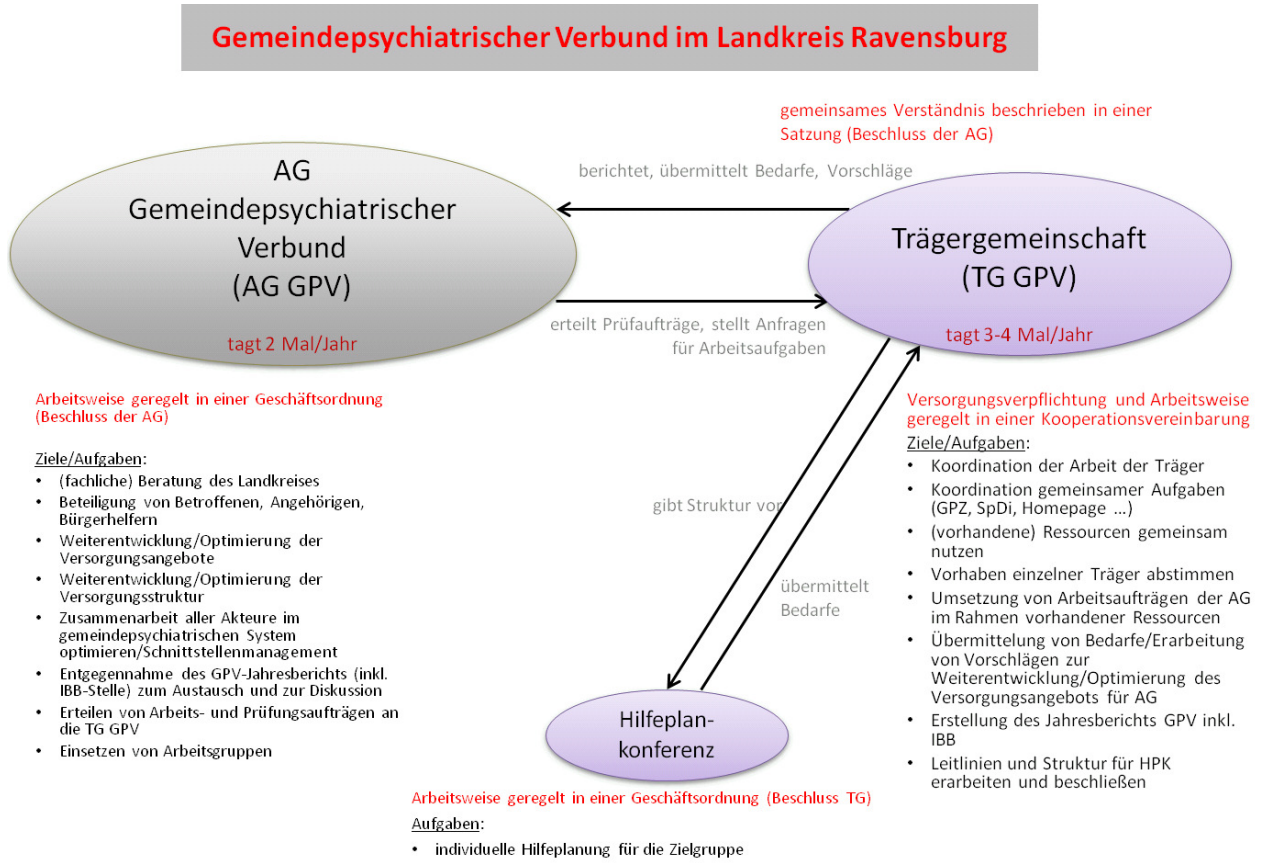
Der vorliegende Jahresbericht ist wie immer auf Grundlage der Basisdokumentation im GPV entstanden, die alle komplementären Einrichtungen und Dienste des GPV erstellen. Am Ende des Jahres füllt jede Einrichtung und jeder Dienst für alle Klientinnen und Klienten, die im Laufe des Jahres betreut wurden einen Erhebungsbogen aus. Ein kleiner Teil der Daten geht dann in den Jahresbericht ein. Der vorliegende Bericht erfüllt angesichts der gesetzlichen Veränderungen eine besondere Funktion. Er zeigt auf, wie durch die Kooperation der Leistungserbringer untereinander und mit dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe der Umbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung geleistet werden kann. Wie in dem entsprechenden Kapitel zum betreuten Wohnen zu sehen ist, hat ein umfassender Wandel von stationärer zu ambulanter Wohnversorgung stattgefunden. Allerdings muss ambulante Versorgung nicht automatisch bessere Versorgung bedeuten.

Der Ausbau der ambulanten Versorgung könnte auch ein Indiz dafür sein, dass lediglich Kosten eingespart wurden und die Betroffenen schlechter versorgt sind. Dass dies nicht der fall ist, zeigt die Auswertung der Personengruppe der psychisch erkrankten Menschen unter 30 Jahren. Sie haben die Empfehlung für ein bestimmtes Angebot des Betreuten Wohnens über die Hilfeplankonferenz erhalten und konnten aufgrund der differenzierten Angebote (s.S. 17) in gewisser Weise von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen. Man kann sagen, dass in unsystematischer Form bereits das praktiziert wurde, was mit den Änderungen des Bundesteilhabegesetzes ab 2020 zur Realität werden wird.

Gleichzeitig wird an der Personengruppe der Unter 30 Jährigen deutlich, welche Herausforderungen auf den GPV in den nächsten Jahren zukommen werden. Der Bereich der sozialen Teilhabe, der im SGB IX (neu) personenzentriert entsprechend des individuellen Hilfebedarfs finanziert wird, ist im Landkreis Ravensburg gut aufgestellt. Nun geht es – vor allem für die jüngeren betroffenen Menschen um die Teilhabe am Arbeitsleben. In diesem Bereich sieht es auch im Landkreis Ravensburg noch ziemlich düster aus. Nur ein sehr geringer Teil der Klientinnen und Klienten hat ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ein beträchtlicher Teil der Menschen in den betreuten Wohnangeboten ist noch nicht einmal in der Lage, in der WfbM zu arbeiten. Hier sind die Einrichtungsträger sowie die gesamten Träger der Sozialleistungen gefordert. Die neu aufgestellte Arbeitsgemeinschaft GPV unter dem Vorsitz des Landkreises ist ein geeignetes Gremium, die erforderliche Vernetzung zu erreichen.

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

Entwicklung der Gremien



GPV Trägergemeinschaft: von links:
H. Gössling (LRA RV Eingliederungshilfe); Fr. Hoever (LRA RV-Sozialplanung)), H. Weiß (BruderhausDiakonie); H. Stelzel (Sprungbrett Werkstätten gGmbH); Dr. Konrad; (Sprecher der Trägergemeinschaft); H. Jehle, Stephanuswerk; Fr. Gnannt-Kroner (ZfP); H. Kirchner (Arkade e.V.), Prof. Steinert, Dr. Borbé; (beide ZfP); H. Baum (Koordinator Hilfeplankonferenz); H. Rapp (Arkade Pauline 13)

Umsetzung des PsychKHG

Abschluss der GPV-Strukturerneuerung

Wie im GPV-Jahresbericht 2015 berichtet, bildete das Inkrafttreten des „Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) zum 1. Januar 2015 den Ausgangspunkt für die Erneuerung der Vereinbarungen und Kooperationsbeziehungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) im Landkreis Ravensburg.

Zur Umsetzung des § 7 PsychKHG, der für Baden-Württemberg die Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbünde vorschreibt, konnte auf die guten vorhandenen Strukturen im Landkreis Ravensburg zurückgegriffen werden. Bereits nach der Teilnahme am Projekt des Sozialministeriums zur „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ wurde 2004 ein Gemeindepsychiatrischer Verbund gegründet.

Dennoch bedurfte es einiger Anstrengungen und Auseinandersetzungen, bis die neuen Vereinbarungen für den GPV im Landkreis Ravensburg erarbeitet und verabschiedet waren. Grundsätzlich sollten die Vereinbarungen den neuen gesetzlichen Vorgaben entsprechen und außerdem sollten Unklarheiten, insbesondere bezüglich der Aufgabenteilung zwischen den Gremien, ausgeräumt werden.

In der neu geschaffenen **Satzung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes** werden nun das Ziel und die Grundsätze sowie die Aufgaben aller Akteure zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen festgehalten. Als Ziel ist festgeschrieben, dass den in § 1 PsychKHG beschriebenen Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Landkreis Ravensburg haben, die von ihnen benötigte Unterstützung bedarfsgerecht und wohnortnah bereitgestellt und die volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sichergestellt wird.
Die Satzung wurde in der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft GPV (AG GPV) am 21. Juli 2016 beschlossen. Gleichzeitig wurde auch die neue **Geschäftsordnung der AG** verabschiedet, die festlegt, dass die AG der fachlichen Beratung des Landkreises Ravensburg in allen Fragen der gemeindepsychiatrischen Versorgung dient und die Aufgaben, die Zusammensetzung und die Arbeitsweise der AG beschreibt.

Laut Satzung sieht die Aufgabenverteilung zwischen den Gremien Arbeitsgemeinschaft und Trägergemeinschaft (TG) nun so aus, dass die AG Anfragen und Prüfaufträge zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur an die TG übermittelt. Die TG berichtet der AG über die Arbeit der Träger und über die Versorgungsentwicklung im GPV und übermittelt ihrerseits Bedarfe und Vorschläge für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur bzw. gibt Rückmeldung zu den Prüfaufträgen. Die Gremien sind bei der Arbeit im Rahmen ihrer Ziele einander nicht weisungsgebunden oder weisungsbefugt.

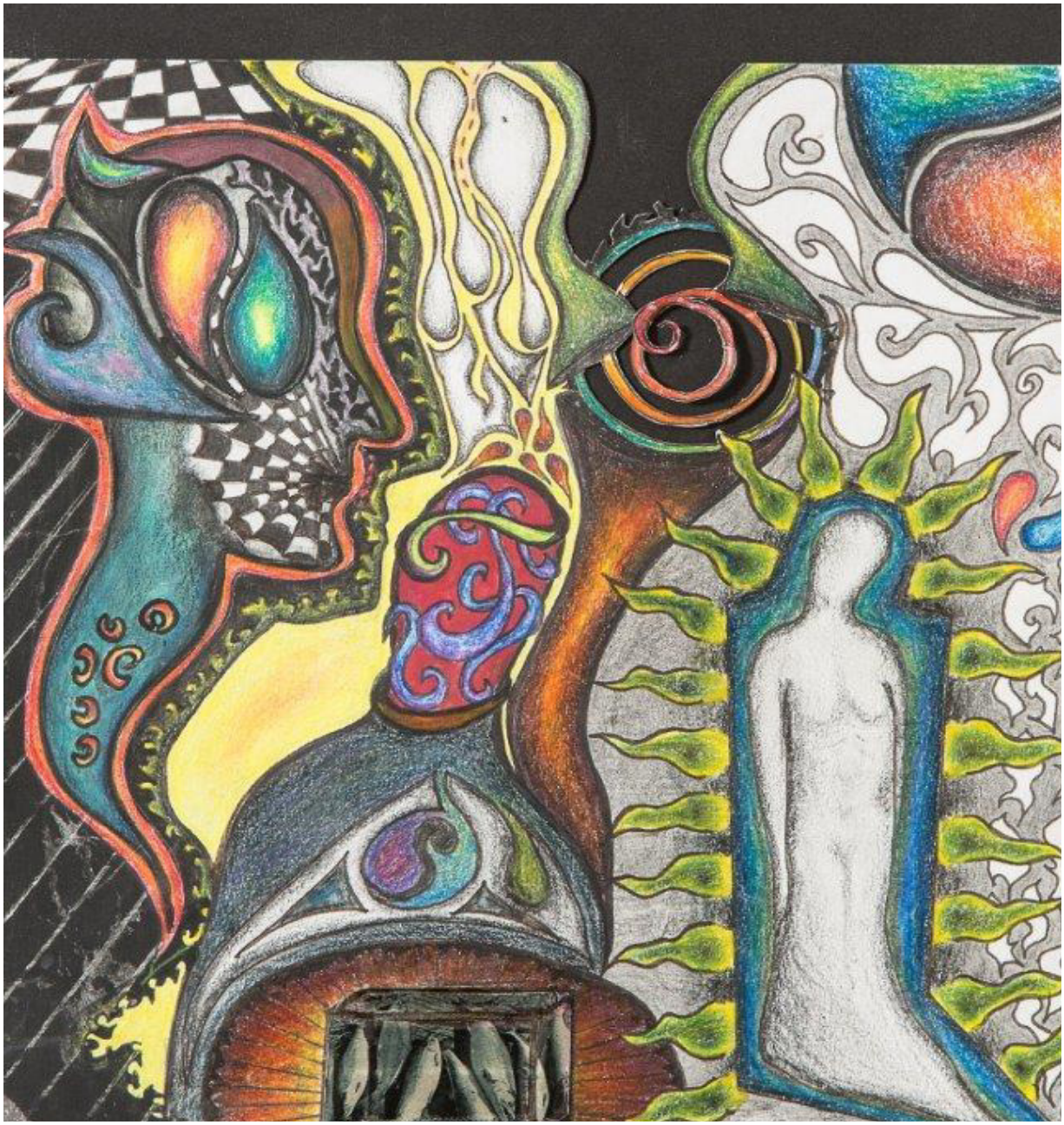
Gemäß dieser neuen Aufgabenverteilung wurde in der ersten Sitzung der AG nach neuer Satzung auch ein erster Prüfauftrag an die TG übermittelt. Dabei geht es um die Entwicklung eines fachlichen Konzepts mit Lösungen zu altersangemessenen, normalisierenden Wohnformen und für die Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen bis 21 Jahren mit komplexem Hilfebedarf in der Gemeindepsychiatrie. Dieser Auftrag wird derzeit in einer „AG Versorgung junger Menschen im GPV“ unter Mitwirkung der Einrichtungen des GPV, des Württemberger Hofs und verschiedener Kostenträger (Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Jobcenter, DRV, AOK, Agentur für Arbeit) bearbeitet.
Schwerpunktthema in der zweiten Sitzung der AG im November 2016 waren „Übergänge in Arbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen“. Dazu wurde eine Bestandsaufnahme der verschiedenen möglichen Maßnahmen gemacht. Es zeigte sich, dass die Thematik und die Wirkfaktoren komplex sind und es deshalb wichtig ist, die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen für die Übergänge in Arbeit weiterhin von allen Beteiligten im Blick zu behalten. Vor diesem Hintergrund erfolgte auch die Entscheidung im diesjährigen GPV-Jahresbericht diese Thematik näher zu beleuchten.

Auch für die **Trägergemeinschaft GPV** wurde eine neue **Kooperationsvereinbarung** ausgearbeitet. Diese enthält neben der Beschreibung der Leitlinien und Aufgaben der Trägergemeinschaft sowie der Festlegung ihrer Arbeitsweise auch eine gemeinsame Versorgungsverpflichtung.

Die Kooperationsvereinbarung wurde in der TG-Sitzung am 8. Juli 2016 einstimmig verabschiedet und anschließend unterzeichnet.

Als letztes Puzzleteil bei der Neufassung der Vereinbarungen im GPV im Landkreis Ravensburg wurde auch die **Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz** (HPK) überarbeitet und der TG-Sitzung am 10. Oktober 2016 beschlossen. Inhaltlich ging es hier um die sprachliche Anpassung an die neuen gesetzlichen Vorgaben, aber auch darum, gelebte Praxis der letzten Jahre in der Abwicklung der Hilfeplanung zu fixieren.
Damit ist der Prozess der Weiterentwicklung der GPV-Strukturen im Landkreis Ravensburg aus Anlass des neuen PsychKHG abgeschlossen und die inhaltliche Arbeit an der Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen kann wieder in den Vordergrund rücken.

Die Dokumente des GPV im Landkreis Ravensburg sind unter www.gpv-ravensburg.de abrufbar.



Entwicklung der Betroffenen-Beteiligung im Landkreis Ravensburg

Auch für eine weitere wichtige Entwicklung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Landkreis Ravensburg war das zum 1. Januar 2015 in Kraft getretene PsychKHG der Anlass: die Stärkung der Beteiligung und der Interessenvertretung von Betroffenen.
Das Gesetz verfolgt inhaltlich insgesamt die Intention, die Rechte von Patienten zu stärken und regt teilweise auch strukturelle Lösungen an, wie etwa durch die Nennung von Angeboten der Selbst- und Bürgerhilfe als Mitglieder in den Gemeindepsychiatrischen Verbünden.

Bereits am 6. Juli 2015 fand eine erste Veranstaltung statt, zu der Betroffenen und ihre Angehörigen eingeladen waren und bei der Rainer Höflacher als Vertreter des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württembergs e. V. und Hermann Villinger als Vertreter des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V. von ihren Erfahrungen in der Interessenvertretung berichteten. Damit sollte das Interesse für Beteiligung geweckt werden.
Mit ca. 30 Zuhörern war die Veranstaltung gut besucht, allerdings waren mehr Fachkräfte als Betroffenen anwesend.

Aus Sicht der „Profis“ wurde durch diese Veranstaltung deutlich, dass durchaus ein Interesse für das Thema Betroffenen-Beteiligung besteht, aber dass es auch noch einiger Anstrengung, Aktivierung und Unterstützung bedurfte, bis sich eine feste Gruppe an Psychiatrie-Erfahrenen als Betroffenen-Vertreter finden würde.
Über die Trägergemeinschaft GPV wurde daraufhin eine Arbeitsgruppe aus MitarbeiterInnen der Einrichtungen und der Psychiatriekoordinatorin des Landkreises gegründet, die eine kleine Veranstaltungsreihe, so genannte „Foren“ plante, um weitere Themen der Betroffenen-Beteiligung vorzustellen und gleichzeitig Betroffene verschiedener Einrichtungen miteinander in Kontakt zu bringen, aus denen sich – so der hoffnungsvolle Ansatz – eine Gruppe Interessierter für die Betroffenen-Vertretung finden würde.

Glücklicherweise konnte in dieser Zeit, Ende des Jahres 2015/Anfang 2016 auch auf die Mitwirkung von Rainer Höflacher zurückgegriffen werden, der mit seinem langjährigen Erfahrungswissen als Betroffenen-Vertreter manche Diskussion der „Profis“ mit seinen Anmerkungen vom Kopf auf die Füße stellen konnte. Als sehr hilfreich erwies sich auch, dass im weiteren Verlauf immer wieder auf die tatkräftige Unterstützung – meist in Person von Rainer Schaff und Uwe Hammerle – und die Erfahrungen der Initiative Psychiatrie-Erfahrener Bodensee e. V. (iPEBo) zurückgegriffen werden konnte.

So fand also das erste Forum am 15. Februar 2016 statt. Inhaltlich ging es vor allem um die Vorstellung der Arbeit und der Erfahrungen von iPEBo im Bodenseekreis. Über 40 interessierte Betroffene stellten Fragen und diskutierten mit. Abschließend konnten sie noch ihre Wünsche für die nächsten Foren nennen.

Die nun breitere Beteiligung führen die Profis der AG darauf zurück, dass persönliche Ansprache in den Einrichtungen und Diensten funktioniert hat – auch weil die Träger der TG hinter dem Thema Betroffenen-Beteiligung standen –, dass die Werkstatträte des ZfP für die Teilnahme gewonnen werden konnten und dass teilweise auch Fahrdienste organisiert worden sind. Außerdem war versucht worden, eine für die Betroffenen möglichst angenehme Veranstaltungszeit zu wählen und auch die angebotene Verpflegung und die Möglichkeit zum anschließenden Austausch kamen gut an.

Im zweiten Forum am 9. Mai 2016 wurden dann – wie von den Interessierten gewünscht – die Strukturen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und die Möglichkeiten der dortigen Mitwirkung vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt war das Interesse am Thema Betroffenen-Beteiligung schon so groß, dass eine Arbeitsgruppe aus Betroffenen gemeinsam mit Vertretern von IPEBo gegründet werden konnte, die sich die Erarbeitung einer Vereinssatzung machen wollten.

Das dritte Forum am 19. September 2016 befasste sich inhaltlich mit der EX-IN-Ausbildung und stieß wiederum auf großes Interesse bei den Betroffenen. Gleichzeitig konnte hier schon Werbung für die Gründungsversammlung der „Initiative Psychiatrie-Erfahrener im Landkreis Ravensburg“ gemacht werden.

Denn in der Zwischenzeit hatte die Gruppe der Betroffenen gemeinsam mit den iPEBo-Vertretern eine Satzung ausgearbeitet, sich mit den Formalitäten der Vereinsgründung beschäftigt und auch immer wieder mit der AG der „Profis“ Rücksprache gehalten.

So wurde am 17. Oktober 2016 die Gründungsversammlung des Vereins „Initiative Psychiatrie-Erfahrener im Landkreis Ravensburg – IPERA“ abgehalten. Dabei konnten die Satzung beschlossen und ein siebenköpfiger Vorstand gewählt werden.

Seither hat der Vorstand von IPERA in Eigenregie schon vieles auf die Beine gestellt: Der Verein IPERA ist als gemeinnützig anerkannt, die Eintragung ins Vereinsregister ist geplant. Seit Januar 2017 ist IPERA Mitglied in der Trägergemeinschaft und entsendet seit März auch Vertreter in die Hilfeplankonferenzen. Über alle diese Aktivitäten konnte bei der zweiten Mitgliederversammlung am 13. März 2017 berichtet werden. Aktuell hat der Verein 32 Mitglieder, davon 6 Fördermitglieder.

IPERA „ Initiative Psychiatrie-Erfahrener im Landkreis Ravensburg“.

Bericht der Gründungsversammlung (Okt. 2016)

Im Landkreis Ravensburg hat sich ein neuer Verein „IPERA e.V.“ formiert. IPERA steht für „Initiative Psychiatrie-Erfahrener im Landkreis Ravensburg“. Der neue Verein will sich aktiv für die Belange von psychisch kranken Menschen einsetzen, Vorurteilen in der Öffentlichkeit entgegentreten und über Menschen- und Patientenrechte informieren. Ziel ist auch, eine gute Vernetzung, in Entscheidungsgremien vertreten zu sein und sich politisch zu psychiatrierelevanten Punkten zu positionieren.

Rund 40 Interessierte folgten der Vereinsgründung, die in den Räumen der Arkade e.V. Ravensburg stattfand. In Zukunft soll es drei Kategorien von Mitgliedern im Verein geben: i Psychiaatrie-Erfahrene als normale Mitglieder sowie Einzelpersonen und Institutionen als Fördermitglieder. Der Verein wird sich über Mitgliedsbeiträge, Spenden, Zuschüsse und öffentliche Zuwendungen finanzieren. Die Anwesenden verabschiedeten die Vereinsatzung und wählten Sönke Abels zum 1. und Dieter Quintus zum 2. Vorsitzenden. Der erweiterte Vorstand besteht aus fünf Personen: Heike Schächtle, Gudrun Messer, Bernhard Poppenmaier, Manuel Ricart Brede und Albert Heim

Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB)

Im Laufe des Jahres 2016 nahm die neu formierte Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle, kurz IBB-Stelle, ihre Arbeit auf. Die IBB-Stelle ist in § 9 (2) Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg (PsychKHG), das zum 1. Januar 2015 in Kraft trat, als unabhängiges Gremium auf Ebene der Stadt- und Landkreise verortet. Sie soll sich aus mindestens einer Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, sowie einer Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem sowie den Patientenfürsprechern zusammensetzen. Die IBB-Stelle soll eng mit dem GPV zusammenarbeiten und für Anregungen und Beschwerden der Betroffenen und ihrer Angehörigen zuständig sein.
Bereits seit dem Jahr 2008 existierte im Landkreis Ravensburg auf Initiative der Träger eine unabhängige Beschwerdestelle, an die sich Personen wenden konnten, die in psychiatrischer Behandlung waren oder von einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung oder einem Dienst betreut wurden und sich diesbezüglich beschweren wollten.
Auf die Erfahrungen dieser Beschwerdestelle und ihre Mitglieder, deren Zusammensetzung schon immer trialogisch war, konnte bei der Errichtung der IBB-Stelle zurückgegriffen werden.
Die Einrichtungsträger des GPV im Landkreis Ravensburg – zu denen auch der Kli
nikbereich des örtlichen ZfP gehört – unterstützen die Arbeit der IBB-Stelle durch die Freistellung von Mitarbeitern für die Mitwirkung in der IBB-Stelle. Im Laufe des Jahres 2016 wurden die Flyer und Plakate der IBB-Stelle neu aufgelegt und die Erreichbarkeit über Anrufbeantworter, Mail und Post neu eingerichtet. Unabhängig davon stehen die Patientenfürsprecher weiterhin mit ihrer Sprechstunde in Weißenau und der telefonischen Sprechstunde für die Region Allgäu als Ansprechpartner zur Verfügung.
Die IBB-Stelle bearbeitete im Jahr 2016 zehn Anfragen, davon fünf Beschwerden. Überwiegend meldeten sich die Betroffenen selbst. Beschwerden richteten sich gegen Betreuungen, gesetzliche Betreuer und/oder Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste. Aus den vorliegenden Beschwerden konnten nach eingehender Prüfung keine Rückschlüsse auf einen Mangel in der Versorgungsstruktur im Landkreis abgeleitet werden.
Bei der IBB-Stelle gingen auch einige anonyme Beschwerden über Einrichtungen ein. Da die Arbeit der IBB-Stelle auf Dialog und Interessenausgleich angelegt ist, konnten diese Beschwerden in diesem Sinne nicht bearbeitet werden. Der betreffende Träger wurde aber über die Beschwerden informiert.
Unabhängig von der IBB-Stelle nahmen zu den Patientenfürsprechern insgesamt fast 90 Personen Kontakt auf.
.

Ländernetzwerk Bodenseeregion

Das Ländernetzwerk wurde im November 2015 von Erfahrungs-ExpertInnen unter Beteiligung der Gemeindepsychiatrischen Verbünde initiiert. Unser Netzwerk setzt sich zusammen aus Erfahrungs-ExpertInnen, Professionellen, Angehörigen und interessierten BürgerInnen mit unterschiedlichem beruflichen und sozialen Hintergrund. Die Mitwirkenden kommen aus den vier Ländern der BodenseeRegion – Deutschland (Bodensee/Oberschwaben), Österreich (Vorarlberg), Schweiz (Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell) und Liechtenstein.

Unsere Ziele: Durch regelmäßige Begegnung und Kennenlernen wächst Vertrauen. Das ist die Grundlage für ein Lernen voneinander. Gegenseitige Unterstützung und Hilfe sowie die Kooperation und Zusammenführung bereits bestehender Netzwerke fördern die Entwicklung von Gemeinsamkeiten und steigern die Qualität der Hilfeleistungen und somit die Lebensqualität für alle Bürgerinnen und Bürger dieser Länderregion bei dem Thema seelische Gesundheit.

Durch die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener und die Zusammenarbeit von Professionellen und Erfahrenen in der Begleitung von Menschen in Krisen auf Augenhöhe, sehen wir ein Potenzial, Empowerment- und Recovery-Prozesse leichter in Gang setzen zu können. Durch diese Beteiligungskultur in der psychiatrischen Arbeit und der Mitarbeit auf politischer Ebene sehen wir Chancen für einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie. Dadurch kann das Ländernetzwerk ein wichtiger Impulsgeber für die Psychiatrie in den Ländern der Bodenseeregion und darüber hinaus werden. Weg von Unheilbarkeitsdogmen, hin zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise, was seelische Gesundheit für den einzelnen und die Gesellschaft bedeutet. Durch unsere Arbeit wollen wir die Stigmatisierung von seelischen Erkrankungen abbauen und Motor für gesellschaftliche Inklusion sein

Ländernetzwerk Bodenseeregion

Mögliche Handlungsfelder sind:

- Aufbau und Etablierung einer gemeinsamen Qualifizierung für Psychiatrie-Erfahren mit länderübergreifenden Praktikamöglichkeiten.
- Fortbildungen, Tagungen und Kongresse zur Förderung der Zusammenarbeit von Erfahrungs-ExpertInnen und Professionellen mit dem Ziel, die Beteiligungskultur der Betroffenen zu stärken.
- Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Psychiatrie-ExpertInnen in den Ländern der Bodenseeregion.
- - Vernetzung und Austauschmöglichkeiten für Selbsthilfegruppen, Professionelle, Verbände, Institutionen und Psychiatrienetzwerke.
- Gemeinsame kulturelle Projekte in Verbindung mit den Themen einer Recovery-orientierten Psychiatrie
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (Publikationen, Pressearbeit, Internet…)

Alle Teilnehmenden der Arbeitsgruppe treffen sich 2x im Jahr (Frühjahr und Herbst).

Projekt KiP (Kinder psychisch kranker Eltern)

Schwerpunkte
Seit Mai 2008 wird das Projekt Kinder psychisch kranker Eltern (KiP) umgesetzt. Hierzu ist eine Projektstelle mit einem Stellenumfang von 50 % 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
Modul 2: Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche
Modul 3: Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch individuelle Maß-nahmen

Stand der Umsetzung
Das Modul 1 - Ehrenamtliche Paten und Patenschaften - wird von der 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.
Die Förderung des Patenmoduls über das Förderprogramm „Kinder, Jugendliche und Familien“ wurde 2016 bis zum 30.06.2020 verlängert.

Zum 31.12.2016 bestanden 21 Patenschaften für 22 Kinder. Im Zeitraum 01.01.-31.12.2016 wurden 10 Patenschaften neu vermittelt, 11 wurden beendet.
Die Altersverteilung in den Patenschaften stellt sich wie folgt dar: 7 Kinder im Alter von 1 bis 6 Jahren, 11 Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren und 4 Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren.
Die betroffenen Familien/Kinder wurden zum größten Teil über den Sozialen Dienst des Jugendamtes vermittelt (13), 3 Familien kamen über den Sozialpsychiatrischen Dienst und zwei Familien über eine psychiatrische Tagesklinik mit dem Projekt in Kontakt. 3 Familien haben sich selbst gemeldet.

Nachdem im Modul 2 - Gruppenangebote - das Gruppenangebot „Esmeralda, wie geht es Dir?“ in Kooperation mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Weissenau im Februar 2016 erfolgreich abgeschlossen wurde (8 teilnehmende Kinder), wurde im Oktober 2016 erneut eine Gruppe gestartet. Leider war es dieses Mal nur möglich 4 Kinder für die Gruppe zu gewinnen, von denen letztendlich nur 3 Kinder regelmäßig teilnahmen.

Gut nachgefragt waren in 2016 wieder die freizeitpädagogischen Maßnahmen in den Schulferien:
Osterferien:
Bouldern- 13 teilnehmende Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 18 Jahren
Sommerferien:
Selbstbehauptungstraining „Power for Kids“ – 9 teilnehmende Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 13 Jahren
Herbstferien:
Waldtag mit Survivaltraining- 8 teilnehmende Kinder zwischen 10 und 15 Jahren

Im Modul 3 - Unterstützung der Kinder und Jugendlichen durch individuelle Maßnahmen - liegt der Schwerpunkt bei der Beratung der Familien und der individuellen Unterstützung der Kinder.

Im Jahr 2016 fanden 81 Beratungskontakte in 39 Familien statt, im Großteil der Fälle in Form von Hausbesuchen. Zusätzlich zu den persönlichen Beratungsgesprächen gab es zahlreiche telefonische Kontakte.
In zwei Familien wurde mit „Marte Meo“, einer videogestützten Beratungsmethode, gearbeitet.

Über Spendengelder können betroffene Kinder und Jugendliche individuell in ihren Interessen und Stärken gefördert werden.
Im Jahr 2016 wurden für 6 Kinder und Jugendliche die Kosten für Vereinsbeiträge, Musikunterricht, Ferienbetreuung oder ähnliche Angebote übernommen.

Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung
Folgende Aktivitäten zum Projekt gab es im Jahr 2016 zur Information von Fachkräften, zur Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“, zur Gewinnung von Spendengeldern und zur Vernetzung:

- Durchführung von Unterrichtseinheiten zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in insgesamt 5 Klassen des Instituts für Soziale Berufe in Ravensburg
- Vortrag beim Rotary Club Ravensburg
- Teilnahme an Vernetzungstreffen im Rahmen des Interreg-Projektes „KIG- Kinder im seelischen Gleichgewicht“
- Interviews mit StudentInnen
- Teilnahme am Arbeitskreis „Kinder suchtkranker Eltern“
- Jurymitglied für das „Siegel- Gesunde Schule“ im Bereich seelische Gesundheit

Personeller Wechsel
Bei der Projektstelle KiP fand ein personeller Wechsel statt. Frau Friederike Bauer ist nun neue Projektverantwortliche und Ansprechpartnerin für die Stelle.

Interreg-Programm KIG – Kinder im seelischen Gleichgewicht
Das beantragte Projekt „KIG- Kinder im seelischen Gleichgewicht“ im Rahmen des Interreg V Programms „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein“ wurde am 07. April 2016 durch das Regierungspräsidium Tübingen bewilligt.

Das Landratsamt Ravensburg übernimmt für die Projektlaufzeit vom 01. Juli 2015 bis 31. Dezember 2020 als Leadpartner die internationale Projektleitung (Federführung Gesundheitsamt) und bringt sich mit einem eigenen Regionalprojekt (Federführung Jugendamt) ein.
Die weiteren Projektpartner aus Deutschland (Landkreise Bodenseekreis und Lindau), der Schweiz (Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Thurgau) und dem Fürstentum Lichtenstein beteiligen sich ebenfalls mit Regionalprojekten.

Das Projekt „KIG – Kinder im seelischen Gleichgewicht begegnet in der Bodenseeregion sowohl dem dringenden Bedarf, die psychische Gesundheit von Kindern zu fördern und psychischen Erkrankungen bei Kindern entgegenzuwirken, als auch der großen Notwendigkeit, bestehende Angebote zu vernetzen. Zentrales Ziel des Projekts ist die Verbesserung der institutionellen Zusammenarbeit im Bereich der psychischen Gesundheit im Projektgebiet.

Ein weiteres wichtiges Projektziel ist die Qualifizierung und Sensibilisierung von Fachpersonen für die Arbeit mit Eltern und Kindern in Bezug auf seelische Gesundheit. Von einer Stärkung der Gesundheits- und Erziehungskompetenz von Fachpersonen und Eltern soll in erster Linie die Zielgruppe der Kinder profitieren. Die Förderung der Bedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern ist den Projekt-partnern ein großes Anliegen. Das Projekt leistet somit einen wesentlichen Beitrag zu bestehenden nationalen und EU-weiten Programmen und Strategien und darin formulierten notwendigen Maßnahmen.

Die Projektpartner aus Deutschland, der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein tragen durch verschiedene Regionalprojekte in den jeweiligen Projektregionen dazu bei, gemeinsam erarbeitete Schwerpunkte entsprechend der regionalen Bedarfssituationen umzusetzen und den Transfer von Know-How und Best Practice-Beispielen auf andere Projektregionen zu fördern. Hierzu soll der regelmäßige fachliche Austausch über die Landesgrenzen hinweg u. a. durch gemeinsame Veranstaltungen, wie Fachtage, gesichert werden. Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und die Erstellung einer Bestands- und Bedarfsanalyse in der Projektregion tragen zu Transparenz der Aktivitäten bei und bilden die Grundlage für die Entwicklung und Ausweitung vielversprechender Ansätze. Die Projektpartner versprechen sich von der Zusammenarbeit die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung und „Sprache“ zum Thema und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und politischer Akteure.

Das Jugendamt Ravensburg bringt sich zur Umsetzung der Projektziele insbesondere mit dem Angebot „KiP – Kinder psychisch kranker Eltern im Landkreis Ravensburg“ ein. Die Resilienzförderung von Kindern und die interdisziplinäre Vernetzung bestehender Hilfesysteme und Angebote im Landkreis stehen dabei im Mittelpunkt. Darüber hinaus wird der internationale Austausch zu den genannten zentralen Zielen des Gesamtprojekts KIG angestrebt.

Weitere Informationen unter
https://www.kinder-im-seelischen-gleichgewicht.eu/

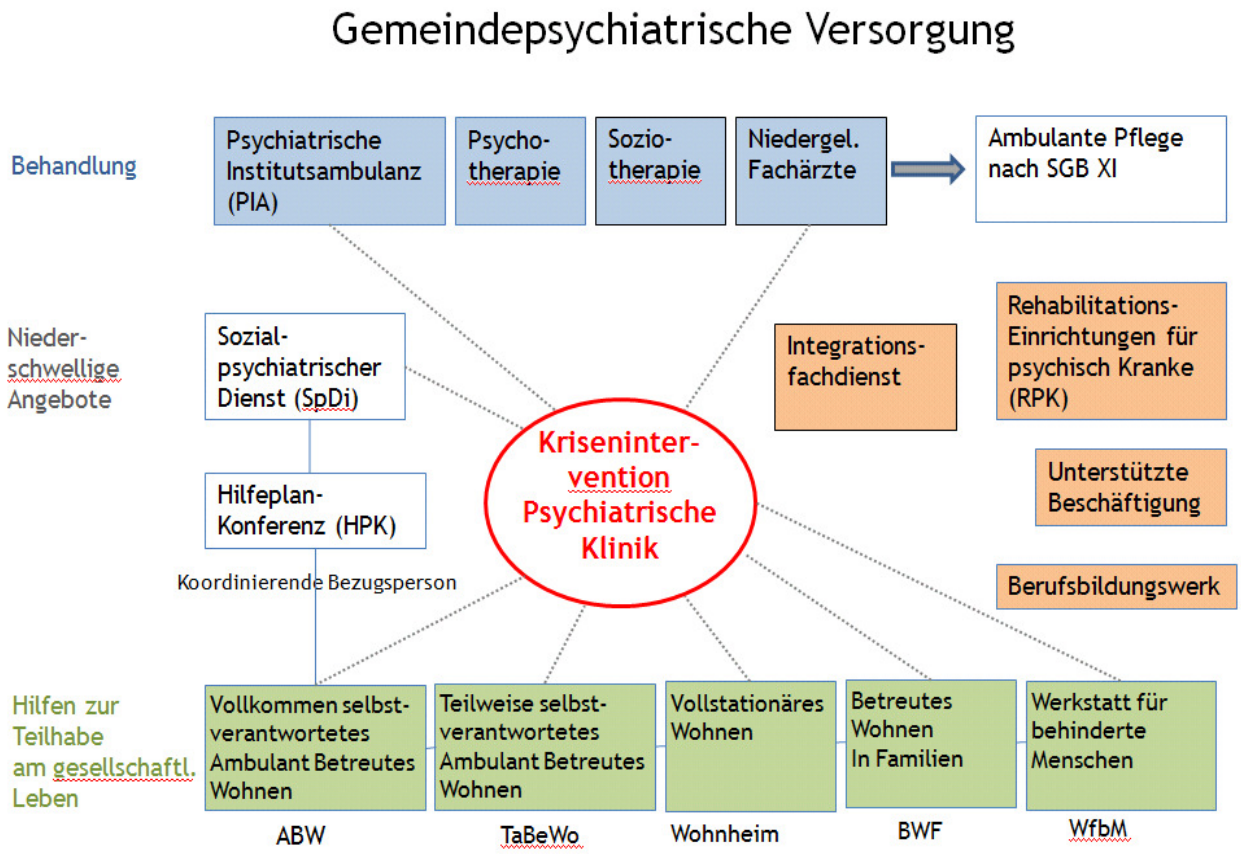
Projekt Kunstatelier mit dem Institut für soziale Berufe (ifsb)

Das inklusive Labyrinth:

Ein Labyrinth kann man betreten, erforschen, dabei auch mal die falsche Richtung einschlagen und schließlich ein Ziel erreichen. Dass die verschlungenen Wege sogar noch mehr Potential bieten, bewiesen die Teilnehmenden des Inklusiven Kunstateliers des ZfP Südwürttemberg in einem Kooperationsprojekt mit dem Institut für soziale Berufe. In mehreren Workshops entwickelten sie einen schöpferischen Zugang zum Thema Labyrinth.
„La, La, Labyrinth“ tönt es mehrstimmig durch die Werkräume des Inklusiven Ateliers. Zahlreiche Kunstinteressierte haben sich in der Ravensburger Kapuzinerstraße versammelt, um beim feierlichen Projektabschluss dabei zu sein. Auf einem großen Stapel liegen Zeichnungen, Collagen und Malereien, die auf den ersten Blick wie ein buntes Sammelsurium wirken. Begleitet von Percussion-Rhythmen werden die einzelnen Werke dann von den Künstlerinnen und Künstlern zu einem großen Gemälde zusammengeführt. Nach und nach wird für die Zuschauer sichtbar: es handelt sich um ein riesengroßes Labyrinth.
„Auch die Psychiatrie ist manchmal wie ein Labyrinth“, erklärt Dr. Michael Konrad, Leiter des Bereichs Wohnen im ZfP Südwürttemberg bei seiner Ansprache. „Zu unserer Arbeit gehört es, neue Wege einzuschlagen um dadurch Wendepunkte herbeizuführen, beispielsweise die Verlagerung von Angeboten aus der Klinik in die Gemeinde hinein.“ Eines dieser Angebote sei das Inklusive Atelier, das seit mehr als drei Jahren erfolgreich arbeitet. Mitmachen kann jeder, unabhängig von Alter, Geschlecht, Talent, physischer oder psychischer Behinderung.
Erstmals mit von der Partie waren Studierende der Fachrichtung Heilpädagogik des Ravensburger Institut für soziale Berufe (IfsB).Gemeinsam mit Klientinnen und Klienten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und Kunstinteressierten Ravensburgern erarbeiteten sie bei mehreren Treffen das Musik-Kunst-Projekt „Wendepunkt“ zum Thema Labyrinth. Die Musikgruppe leitet die Sängerin und IfsB-Dozentin Katharina Richter an, für die Kunstgruppe zeichnet sich Anja Likic, Heil- und Kunstpädagogin aus Aulendorf verantwortlich.
Kurt Brust, Geschäftsführer und Direktor des Instituts, freut sich über die gelungene Kooperation. „Wenn Inklusion gelingen soll, dann müssen wir alle potentiellen Wege beschreiten“, betont der Schulleiter. „Kunst und Musik eigenen sich dafür in besonderem Maße, da sie einen Zugang und ein Miteinander jenseits der Sprache ermöglichen“. Vom gelebten Inklusionsgedanken konnten sich die Besucher der Performance mit eigenen Augen und Ohren überzeugen. Während sie das mehrere Quadratmeter großes Gemälde an der Wand des Inklusiven Ateliers bestaunten blieb genügend Zeit für interessante Gespräche und das Knüpfen neuer Kontakte.
(Bericht 13.07.2016; ZfP Öffentlichkeitsarbeit)

Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung 2016

Im Jahr 2016 wurden mit der GPV Basisdokumentation (BaDo) 1.754 psychisch erkrankte Personen erfasst, die Leistungen in den Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung des GPV im Landkreis Ravensburg erhielten. In der psychiatrischen Klinik behandelt wurden 1836 Personen. Obgleich sich die Zahlen ähneln ist die Schnittmenge relativ gering. Während die Leistungen des GPV hauptsächlich von Personen mit den Diagnosen Schizophrenie, affektive Psychosen und (Borderline)-Persönlichkeitsstörungen wahrgenommen werden, sind in der stationären Behandlung der Klinik vor allem Personen mit Suchterkrankungen und neurotischen Störungen zu finden. Die Steigerung der Klientenzahlen in der psychosozialen Versorgung um über 100 gegenüber dem Vorjahr ist auf die Zunahme der ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe zurückzuführen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen für Menschen mit (seelischer) Behinderung die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sicherstellen. Sie werden gewährt, wenn eine wesentliche Behinderung vorliegt, die Klientinnen also neben ambulanter psychiatrischer Behandlung noch Unterstützung zur sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.



1. Niederschwellige Angebote

Sozialpsychiatrische Grundversorgung

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 auf 827 Klienten, die sich im Jahr 2016 wieder auf 872 gesteigert hat. Die Steigerung gegenüber 2015 ergibt sich ausschließlich aus den kurzfristigen (bis 5) und indirekten Kontakten. Der Dienst nimmt damit die ihm zugedachte sozialpsychiatrische Portal- und Verteilerfunktion in hohem Masse wahr. Insbesondere für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kommt dieser Funktion eine wichtige Rolle zu (S. 20ff) In der Regel sind junge Menschen, die in der Phase des Erwachsenwerdens psychisch krank werden, hinsichtlich ihrer Rolle im gesellschaftlichen Leben sehr ambivalent und weitgehend orientierungslos. Sie brauchen eine Anlaufstelle, bei der sie keine Verpflichtung eingehen, die ihnen aber eine gewisse Navigation für weitergehende notwendige Unterstützung geben kann.

Trotz der hohen Zahl kurzfristiger Kontakte wurden im Jahr 2016 von den Standorten Ravensburg und Wangen aus 453 Klienten langfristig begleitet. Die Intensität der Begleitung ist angesichts einer Stellenzahl von 5,5 Vollkräften natürlich deutlich geringer als bei den Leistungen des Betreuten Wohnens der Eingliederungshilfe (S.16ff) Daher ist auch bei den langfristigen Kontakten eine Weitervermittlung an die Angebote der Eingliederungshilfe nicht selten. Bei den langfristig begleiteten Klienten des SpDi bleibt die Verteilung der Diagnosegruppen relativ konstant. Den höchsten Anteil im SpDi stellen nach wie vor die KlientInnen mit der Diagnose einer Schizophrenie. Der Anteil der Personen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung bleibt im Gegensatz zu anderen Unterstützungsformen relativ konstant.

Der Anteil der muslimischen Klienten blieb dank des türkischen Mitarbeiters im SpDi-West bei ca. 6 % stabil, es leben immer mehr Klienten allein (54 % aller SpDi-Klienten) und der überwiegende Teil (über 80 %) lebt finanziell in prekären Umständen als Erwerbslose, Alters- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrentner oder WfbM-Beschäftigte. Immerhin 13 % der Klienten standen 2016 gleichzeitig mit dem Integrationsfachdienst in Verbindung während dies im Jahr 2015 lediglich 5 % waren. Im Arbeitsbereich der WfbM im Arbeitsbereich ist der Anteil der SpDi-Klienten von 2015 auf 2016 um nahezu 20% gesunken.

Nahezu ein Fünftel der KlientInnen sind nicht in fachärztlicher Behandlung. Jeweils ca 40% sind bei niedergelassenen Fachärzten und in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in Behandlung. Der Anteil der Patienten in psychotherapeutischer Behandlung ist auf 15% der langfristig betreuten KlientInnen angestiegen, so dass die individuelle nicht-medikamentöse Behandlung für die Klientel des SpDi ein größeres Gewicht erhielt. Durch die zunehmende Differenzierung der psychosozialen Versorgung muss der SpDi zwangsläufig ein höheres Maß an komplexen Beratungs- und Koordinationsleistungen erbringen. Die Entlastung bei den individuellen Unterstützungsleistungen erscheint angesichts der Pauschalfinanzierung unabdingbar.

Bei der Nutzung zusätzlicher von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierter Leistungen gab es einen deutlichen Rückgang bei den Leistungen der ambulanten Ergotherapie gegenüber dem Jahr 2013. Waren es damals noch 20%, so sind es zwischenzeitlich nur noch 5%. Die Leistungen des ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes wurden von der Klientel des SpDi so gut wie gar nicht in Anspruch genommen. Erfreulich ist die Entwicklung bei der Soziotherapie. (Schaubild 1)

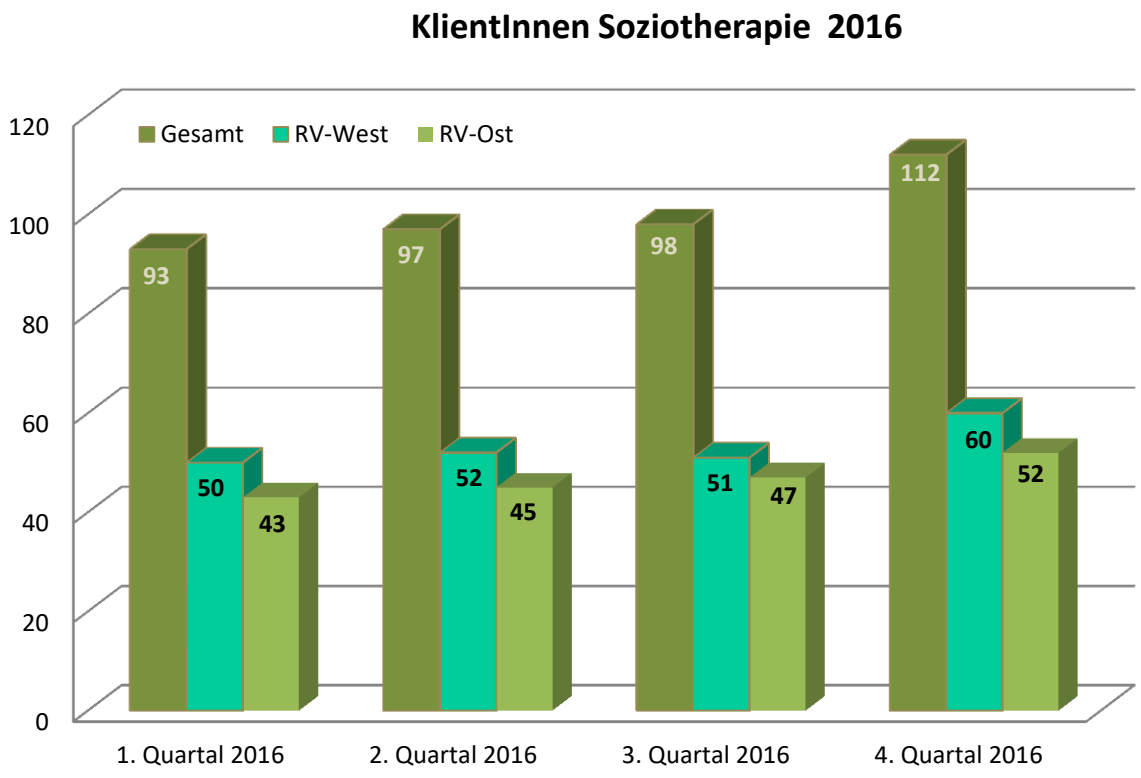


Schaubild 1

Durch die Richtlinienänderung und die Diagnoseerweiterung konnten 2016 im Westteil des Landkreises knapp ein Viertel, im Ostteil gar ein Drittel aller SpDi-Klienten von den Leistungen der Soziotherapie profitieren. Dies entspricht einem Zuwachs von ca. 20 %. Im Jahr 2015 sind die Richtlinien für den Zugang zu den Leistungen der ambulanten Soziotherapie durch den gemeinsamen Bundesausschuss (gBA) der Krankenkassen geändert worden. Die ambulante Soziotherapie ist seit 2015 für alle Diagnosegruppen zugänglich und nicht mehr auf die Diagnose Schizophrenie beschränkt. Wenn sie besser vergütet wäre und die Zuzahlung wegfallen würde, könnte die ambulante Soziotherapie in Zukunft die ihr zugedachte Funktion als Bestandteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen wahrnehmen.

Die größte Barriere bestand 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 hat sich zum 1.1. 2017 mit Einführung von Pflegegraden auf Grundlage eines an der Teilhabe orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs geändert. Eine weitere Barriere bestand in der unzureichenden Vereinbarung für die Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege nach § 37 gemäß den Richtlinien des gBA mit den gesetzlichen Krankenkassen.

Auch diese Barriere wurde zum 1.1. 2017 beseitigt. Leider nur mit der AOK wurde ein „Vertrag über ein Modellvorhaben gem. §§ 63 und 64b SGB V zur Versorgung psychisch kranker Menschen mit häuslicher Krankenpflege nach § 37b vereinbart. Ziel der Leistung ist die zeitnahe Intervention beim Übergang von einer psychisch stabilen in eine instabile Phase und dadurch vor allem die Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts. Von diesem Angebot profitieren auch AOK-Versicherte in den Formen des ambulant Betreuten Wohnens. Die Leistung kann flexibel über 6 Monate ab Eintreten der instabilen Phase erbracht werden. Sie wurde mit maximal 28 Hausbesuchen in den ersten beiden Wochen festgelegt, 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.

Tagesstätte

Die Tagesstätte für chronisch psychisch kranke Menschen wird in Baden-Württemberg von den Stadt- und Landkreisen mit einer Personalstelle je 50.000 Einwohner pauschal finanziert. In Flächenlandkreisen wie dem Landkreis Ravensburg kann das Angebot nicht auf einen Standort reduziert werden. Es existiert jeweils eine Tagesstätte in den Gemeindepsychiatrischen Zentren in Ravensburg und in Wangen. 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 Zuverdiensts genutzt. 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.

Nutzung der Tagesstätte RV

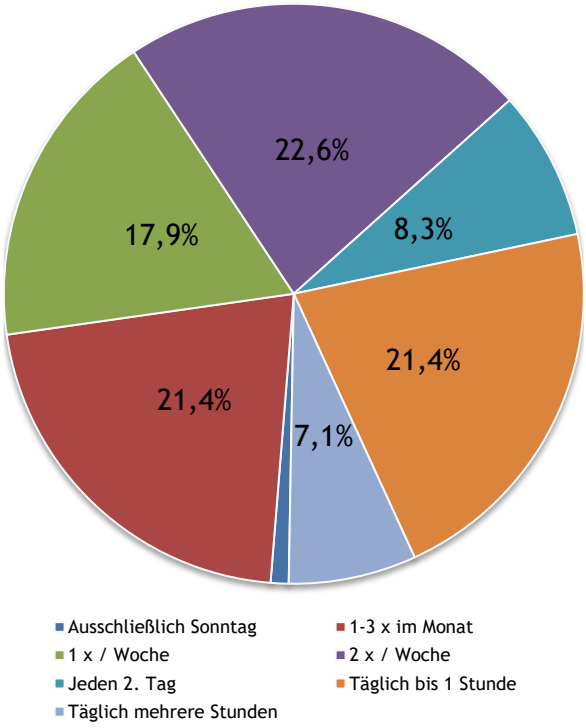


Schaubild 2

Schaubild 2 zeigt, dass das Nutzerverhalten der 84 KlientInnen in der Tagesstätte im GPZ Ravensburg sehr heterogen ist und in drei Nutzergruppen aufgeteilt werden kann:

- KlientInnen, die die Tagesstätte täglich nutzen (28,5 %),
- KlientInnen, die sie einmal bis mehrmals in der Woche nutzen (48,9%)
- KlientInnen, die sie ein- bis dreimal im Monat bzw. nur sonntags nutzen (22,6%).

Die Zahl der NutzerInnen ist in Ravensburg gegenüber dem Vorjahr (91) wieder etwas gesunken, der Anteil der täglichen Nutzung ist gleichgeblieben. Der Anteil von unter einem Drittel, die die Tagesstätte täglich nutzen - und dies vorwiegend für eine Stunde – zeigt jedoch, dass hier nicht die Teilhabe am Arbeitsleben vorbereitet wird

.

2. Leistungen des Betreuten Wohnens

Unter betreutem Wohnen sind die Leistungen der Eingliederungshilfe umfasst, die eine Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Bereich Wohnen gewähren. **Leistungsrechtlich** können drei Grundformen unterschieden werden

- Ambulant Betreutes Wohnen (schwerpunkmäßig Fachkräfte, selbstbestimmt in eigen finanzierter Wohnung)
- Betreutes Wohnen in Familien (BWF; Gastfamilien mit Begleitung durch Fachkräfte)
- Stationär Betreutes Wohnen (schwerpunktmäßig Fachkräfte, Wohnung oder Heim vom Einrichtungsträger bereitgestellt)

Ordnungsrechtlich gibt es bei den Formen des ambulant und stationär betreuten Wohnens verschiedene Unterformen. Im Landkreis Ravensburg ist das Ambulant Betreute Wohnen in die Formen

- ABW (Personalschlüssel 1:10)
- ABW plus (4 Hilfebedarfsgruppen mit steigendem Personalschlüssel) und
- ABW light aufgeteilt.

Insgesamt ergibt dies sechs verschiedene Intensitäten der fachlichen Unterstützung. In den statistischen Auswertungen wurden lediglich ABW und ABW plus verglichen, da es erst wenige Personen gibt, die ABW light erhalten.

Bei der Leistung des stationär betreuten Wohnens gibt es:

- vollstationäres Wohnen (Wohnheim) mit eigenständig finanziertem tagesstrukturierenden Angebot
- Teilweise selbstverantwortete Ambulant Betreute Wohngemeinschaft (TABeWo entsprechend § 6 WTPG) mit eigenständig finanziertem tagesstrukturierenden Angebot.

Außerhalb dem Landesrahmenvertrag nach § 79 (1) SGB XII wurde in Weissenau das vollstationäre Wohnangebot mit integrierten tagesstrukturierenden Maßnahmen und begrenzter Aufenthaltsdauer auf zwei Jahre als „Therapeutische Wohngruppe“ (TWG) eingerichtet. In ihr werden psychisch erkrankte Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten befähigt, in gemeindeintegrierte Angebote des Betreuten Wohnens zurückzukehren.

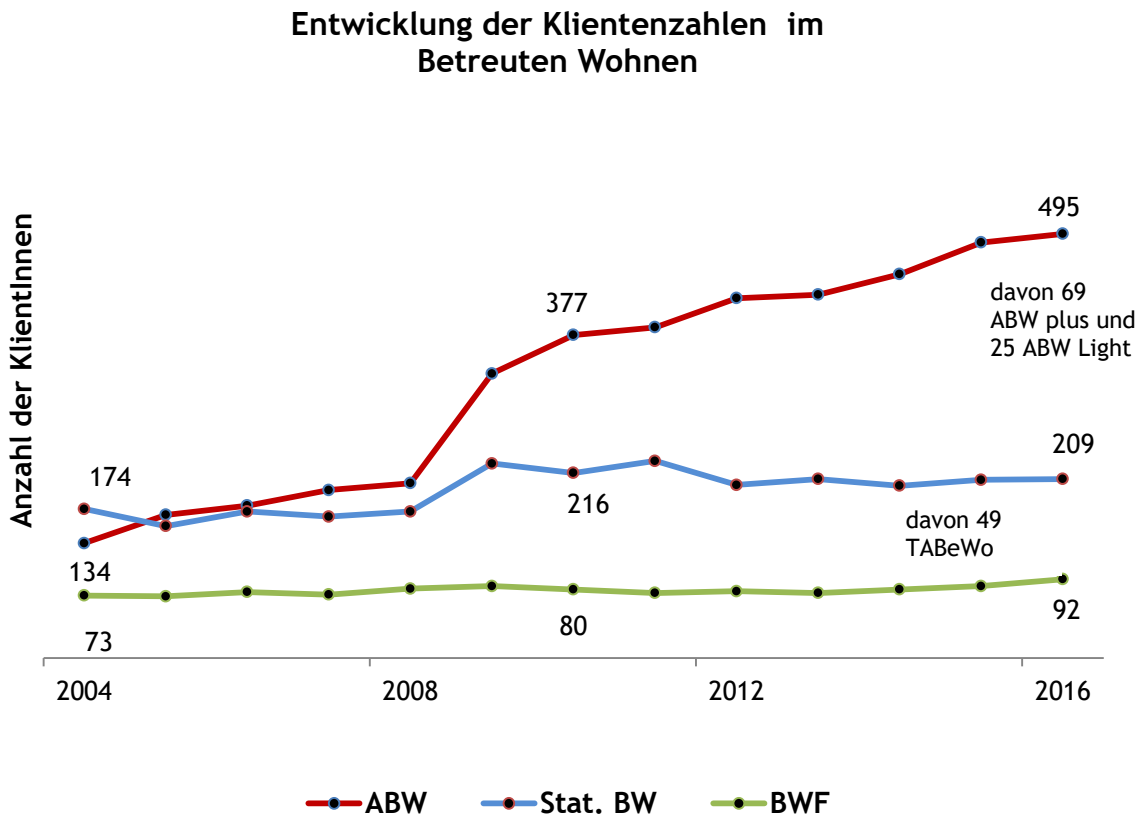


Schaubild 3

Die Anzahl der KlientInnen in den verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens ist in den letzten 14 Jahren enorm gestiegen. Erhielten 387 Personen im Jahr 2003 Leistungen des Betreuten Wohnens, waren es 796 im Jahr 2016. Für die Steigerung der Personenzahl im ABW ist eine Erhöhung der Personenzahl im ABW plus um 15 Personen sowie 25 Personen mit der Leistung des ABW light verantwortlich. Die Zahl der KlientInnen in den stationären Wohnangeboten ist gegenüber dem Jahr 2015 konstant geblieben, wobei erstmals die Personen im Teilweise selbstverantworteten Ambulant Betreuten Wohnen TABeWo separat aufgeführt werden. Die Zahl der KlientInnen im Betreuten Wohnen in Familien (BWF) hat sich gegenüber den Vorjahren deutlich erhöht und zwar um 10%.

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, ergeben sich 665 (Vorjahr:635) Plätze. Das bedeutet, dass 131 Klientinnen das Leistungsangebot des Betreuten Wohnens während des Jahres 2016 gewechselt haben. Demgegenüber beendeten lediglich 19 KlientInnen die Maßnahme des ABW und 7 KlientInnen des SBW ohne im Anschluss eine Betreuungsleistung im Rahmen des GPV zu erhalten. Fünf KlientInnen starben eines natürlichen Todes, eine(r) durch Suizid.

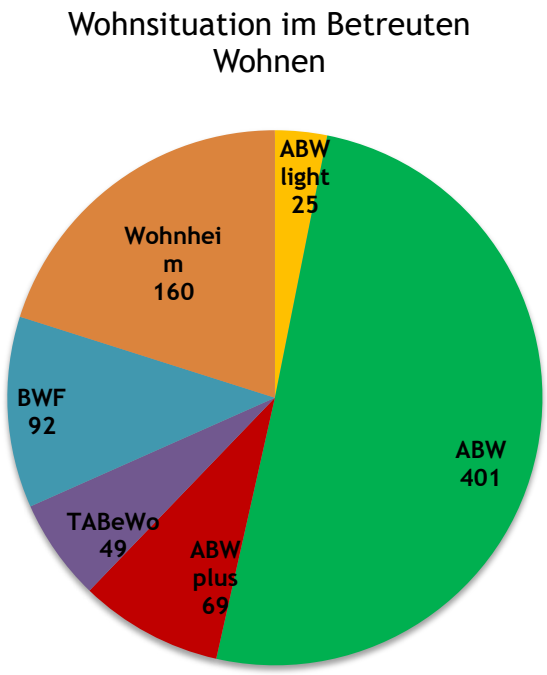


Schaubild 4

Legt man einen Vergleich mit den Zahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BAGüS) für das Jahr 2014 an, ist die Ambulantisierungquote von 80% ebenso hoch wie bei den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfale-Lippe, aber deutlich höher als im Durchschnitt Baden-Württembergs. Bemerkenswert bei dem Vergleich ist, dass die Zahl der stationären Wohnplätze je 1000 Einwohner im Landschaftsverband Rheinland trotz der hohen Ambulantisierungsquote zweieinhalb Mal so hoch ist wie in Baden-Württemberg. Es ist demnach davon auszugehen, dass es im Landkreis Ravensburg im Gegensatz zum Landschaftsverband Rheinland gelungen ist, einen erheblichen Teil der Langzeitpatienten in ambulanten Strukturen zu versorgen. Dafür dürften vor allem das Betreute Wohnen in Familien (BWF) sowie die dezentrale Heimbetreuung (jetzt TABeWo) als Übergang aus dem Langzeitbereich der Weissenau verantwortlich sein. Immerhin 12% der KlientInnen lebten 2016 in einer Gastfamilie im Rahmen des BWF, während das im Bundesgebiet bei weniger als 1% der Fall war.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass über die Hälfte der Klienten des Betreuten Wohnens Leistungen im ABW mit Personalschlüssel 1:10 erhalten. Diese Zahl ist seit Einführung des ABW plus im Jahre 2011 konstant geblieben. Das zeigt, dass ein beträchtlicher Teil langfristig psychisch beeinträchtigter Menschen mit relativ geringer Unterstützungsintensität im Alltag zurechtkommt. Das bedeutet, dass die Kosten des Betreuten Wohnens für den Landkreis seit dem Jahr 2003 aufgrund der Verdoppelung der Klientenzahlen gestiegen, die durchschnittlichen Fallkosten jedoch deutlich gesunken sind. Bei der Umstellung der Eingliederungshilfeleistungen auf die Finanzierung von Fachleistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ist daher keine Kostensteigerung zu erwarten. Psychisch erkrankte Menschen scheinen auch in selbstbestimmten Wohnformen nicht ein höheres Maß an Unterstützungsleistungen einzufordern.

Ein wichtiger Indikator für das Gelingen der sozialen Teilhabe ist die Gestaltung sozialer Beziehungen, insbesondere die Fähigkeit, die eigenen Entscheidungen mit den Entscheidungen der Mitmenschen in Einklang zu bringen. Diese Fähigkeit ist bei verschiedenen Diagnosen

unterschiedlich. Personen[1] mit der Diagnose Schizophrenie finden sich überzufällig häufig in stationären Leistungsformen, Personen mit einer zusätzlichen Suchterkrankung im ABW plus. Personen mit Persönlichkeitsstörungen nehmen einen größeren Anteil in den vollkommen selbstverantworteten ambulant betreuten Wohnformen ein. Ein noch höherer Anteil schizophren erkrankter Personen findet sich in dem Fachpflegeheim der Eingliederungshilfe der BruderhausDiakonie auf dem Riesenhof. (S.29f)

Die Finanzierung der Leistungen erfolgt bei den Angeboten des stationär betreuten Wohnens, dem ABW plus sowie dem Fachpflegeheim (FPH) Riesenhof auf der Grundlage der Hilfebedarfsgruppen nach dem HMB-W-Verfahren. Schaubild 5 zeigt die Verteilung der Hilfebedarfsgruppen auf die verschiedenen Wohnformen.

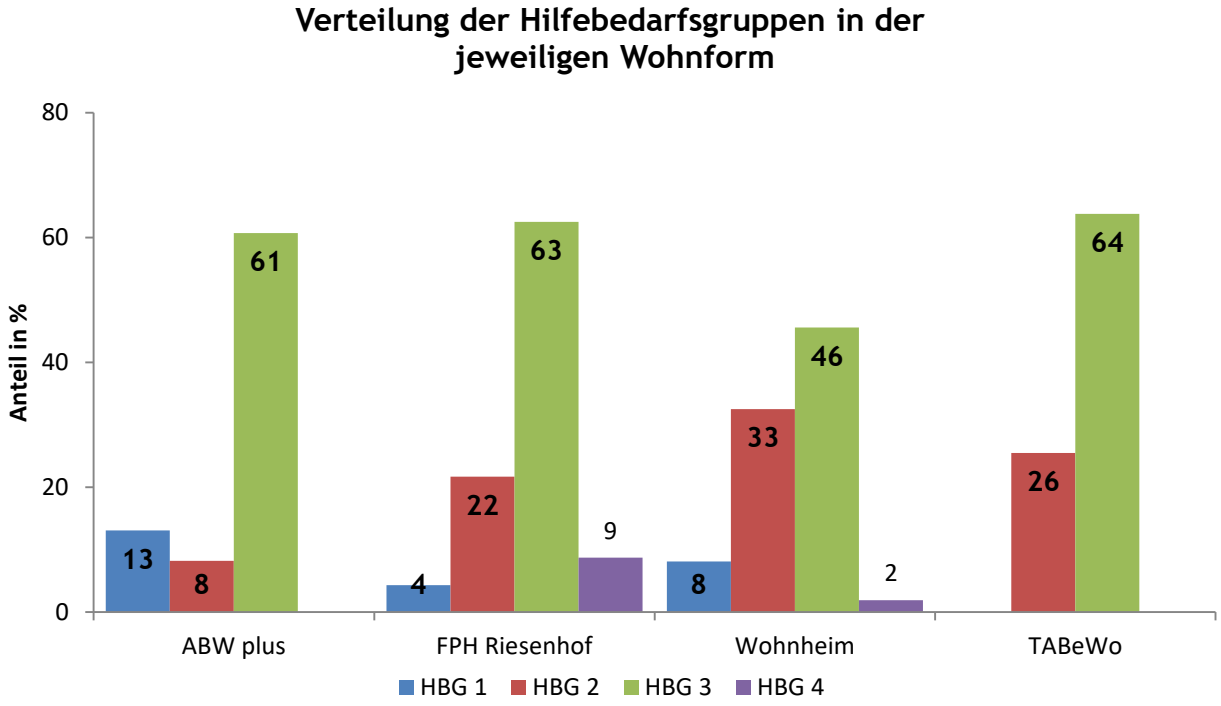


Schaubild 5
(Da zum Stichtag die Hilfebedarfsgruppen noch nicht festgelegt waren, ergeben die Summen keine 100%)

[1] Für Datenangaben ohne Schaubild siehe Langversion des Jahresberichts

Das Schaubild zeigt zunächst ein grundsätzliches Problem des HMB-W-Verfahrens. Es differenziert nahezu ausschließlich zwischen zwei Hilfebedarfsgruppen, nämlich HBG 2 und HBG 3. Dies liegt unter anderem daran, dass das Verfahren so konstruiert ist, dass es den Hilfebedarf in vollstationären Angeboten mit dauerhafter Personalpräsenz erfasst und den Bedarf an Leistungen zu sozialer Teilhabe nicht differenziert zu beurteilen vermag. Umso überraschender ist, dass in den Wohnheimen der Eingliederungshilfe der Anteil der Personen in HBG 2 deutlich geringer ist als in den ambulant betreuten Wohnformen. Im TABeWo und im ABW plus ist hingegen der Anteil der Personen in HBG 3 gleich wie im Fachpflegeheim des Riesenhofes. Mit Einführung der personenzentrierten Leistungsgewährung im Rahmen des BTHG wird ab 2020 nur noch der individuelle Hilfebedarf entsprechend der 9 Kapitel des Bereichs „Aktivitäten und Partizipation“ der ICF ausschlaggebend sein. Ausschlaggebend für die Leistungserbringung sind dann nicht mehr Leistungstypen wie „stationär oder ambulant betreutes Wohnen“, „Tagesstruktur“, „Fachpflege“ etc., sondern ausschließlich der Bedarf an Unterstützung zur Führung eines möglichst selbstbestimmten Lebens. Die Wohnform wird dann nicht mehr ausschlaggebend sein.

Die fachliche Assistenz wird dann die Leistung der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Bereich Wohnen darstellen und nicht mehr die Bereitstellung eines Platzes mit standardisierten Hilfeangeboten. Neben der Assistenzleistung zur sozialen Teilhabe können bei Bedarf weitere Leistungen der verschiedenen Sozialleistungssysteme in Anspruch genommen werden wie ambulante Soziotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege, Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, häusliche Pflege nach SGB XI etc. Diese Leistungen können in den vollständig selbstverantworteten Formen des ABW bereits jetzt in Anspruch genommen werden. Aufgrund der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden vor allem die Leistungen nach SGB XI eine zusätzliche Unterstützung in selbstbestimmten Wohnformen bieten. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der KlientInnen des ABW des SpDi den Pflegegrad 2 erreichen und damit Zugang zu Leistungen der häuslichen Pflege bekommt. Die individuelle Hilfeplanung, die vermutlich bis zur Umsetzung des BTHG im Jahr 2020 auf der Grundlage des InHiP erfolgt, wird die Abgrenzung der jeweiligen Sozialleistungen in den selbstbestimmten Wohnformen zunehmend relevant für die Empfehlungen der Hilfeplankonferenz.

Mit dem Integrierten Hilfeplan (InHip) wird im Landkreis Ravensburg der individuelle Hilfebedarf psychisch erkrankter Personen ermittelt, die Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen in Anspruch nehmen möchten. Diese erfolgt in einem oder mehreren Gesprächen mit den Betroffenen und ggf. wichtigen Bezugspersonen. Das Benennen konkreter Ziele, die in dem jeweiligen Lebensbereich erreicht werden sollen ist der Ausgangspunkt für die Hilfeplanung. In welchen Lebensbereichen möchte ich in absehbarer Zeit teilhaben, was soll sich verändern was soll erhalten werden?
Nach dem personenzentrierten Ansatz werden die Ressourcen und die Teilhabeeinschränkungen in folgenden fünf Lebensbereichen näher betrachtet:

1. Psychische Erkrankung
2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher / sozialer Beziehungen
3. Selbstsorge / Wohnen / lebenspraktische Fertigkeiten
4. Arbeit und Beschäftigung
5. Gestaltung der Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Die Teilhabe in diesen Lebensbereichen kann sowohl durch die wesentliche seelische Behinderung als auch durch gesellschaftliche Barrieren mehr oder weniger stark beeinträchtigt sein und verschiedene Hilfen erforderlich machen. Unterstützungsbedarf ist nur in den Lebensbereichen erforderlich, in denen der Betroffene in absehbarer Zeit eine Teilhabe anstrebt. Entscheidend ist, dass bei der Hilfeplanung ein deutliches und umfassendes Bild vom Hilfedarf des Klienten und auch von seinen Ressourcen entsteht.

3. KlientInnen unter 30 Jahren (U 30)

Der Effekt der individuellen Hilfeplanung und den entsprechenden Empfehlungen der Hilfeplankonferenz kann an der Personengruppe nachvollzogen werden, die seit Einführung der Hilfeplankonferenz Unterstützung in den psychosozialen Angeboten erhält. Dies ist bei den Personen, die im Jahr 2016 jünger als 30 Jahre alt waren, der Fall. Diejenigen Personen, die Leistungen in den verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens erhielten, haben entsprechende Empfehlungen von der Hilfeplankonferenz erhalten. Die Empfehlung erfolgte zwar für ein Angebot und nicht für spezifische Assistenzleistungen, durch den hohen Differenzierungsgrad im ABW bestand jedoch bereits die Wahlmöglichkeit für eine selbstbestimmte Wohnform auch bei hohem Unterstützungsbedarf.

Insgesamt erhielten 204 KlientInnen unter 30 Jahren im Jahr 2016 Leistungen in den Einrichtungen und Diensten des GPV. Die Geschlechterverteilung ist für die gesamte Gruppe der Unter-30-Jährigen gleich, während es bei der Gesamtheit der KlientInnen in den psychosozialen Angeboten einen etwas größeren Anteil von Männern gibt (53%). Bei den einzelnen Diagnosegruppen differenzieren sich die Unterschiede jedoch deutlicher aus. Hinsichtlich dem Vorjahr haben sich bei der Geschlechterverteilung interessante Verschiebungen ergeben. So ist bei den Persönlichkeitsstörungen eine Annäherung zwischen Männern und Frauen um 10% erfolgt. Während das weibliche Geschlecht im Jahr 2015 noch drei Viertel ausgemacht hat, sind es 2016 weniger als zwei Drittel. Auch bei der Diagnosegruppe der Schizophrenien ist eine Annäherung erfolgt. Der Anteil der Männer ist von 79% auf 57% gesunken.

Im Diagnosespektrum vollzieht sich ein deutlicher Wandel.

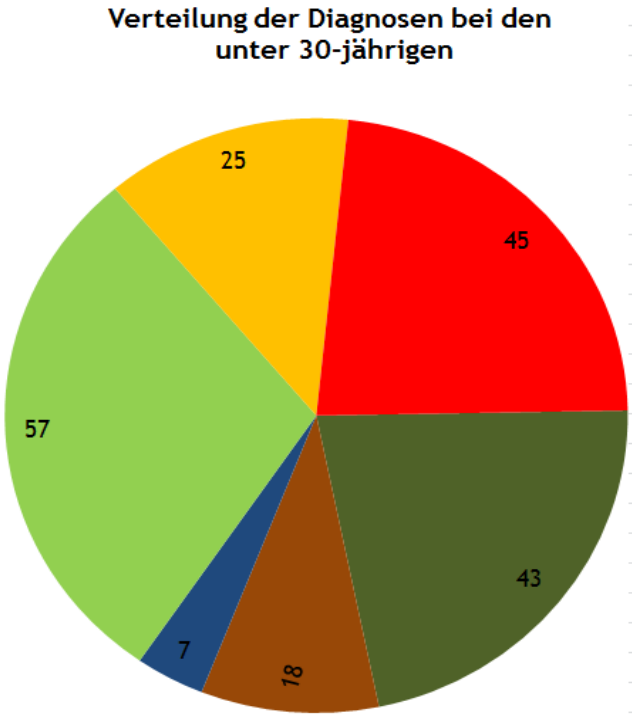


Schaubild 6

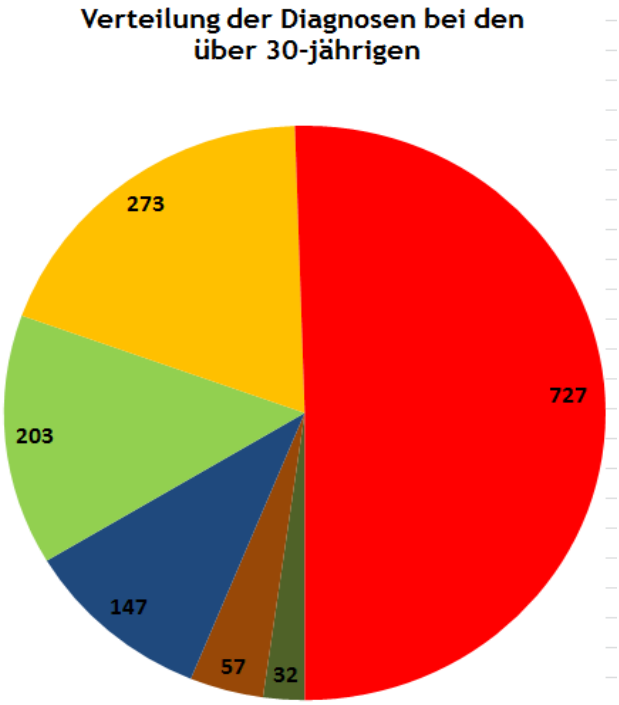


Schaubild 7

frühe psych. Erkrankung
Neurotische Störung
Sucht
Persönlichkeitsstörung
Affektive Störung
Schizophrenie

Während bei den KlientInnen über 30 Jahren der Anteil der schizophrenen Erkrankungen nahezu die Hälfte und der Anteil, bei dem die Suchterkrankung im Vordergrund steht, ein Zehntel ausmacht, verschiebt sich das Diagnosespektrum bei den Unter-30-Jährigen zunehmend in Richtung Persönlichkeitsstörungen und psychische Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter. Der Anteil der Personen unter 30 Jahren, bei dem die Suchterkrankung im Vordergrund steht, ist verschwindend. Das widerspricht dem Eindruck des Betreuungsalltags, da sie die größten Probleme bereiten.

Ob diese Änderungen auf eine veränderte Prävalenz oder verändertes Diagnoseverhalten der FachärztInnen 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 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.

Das Nutzerverhalten der KlientInnen unter 30 Jahren weicht deutlich von dem der Gesamtklientel ab. In Schaubild 8 ist die Verteilung auf alle Unterstützungsangebote abgebildet.

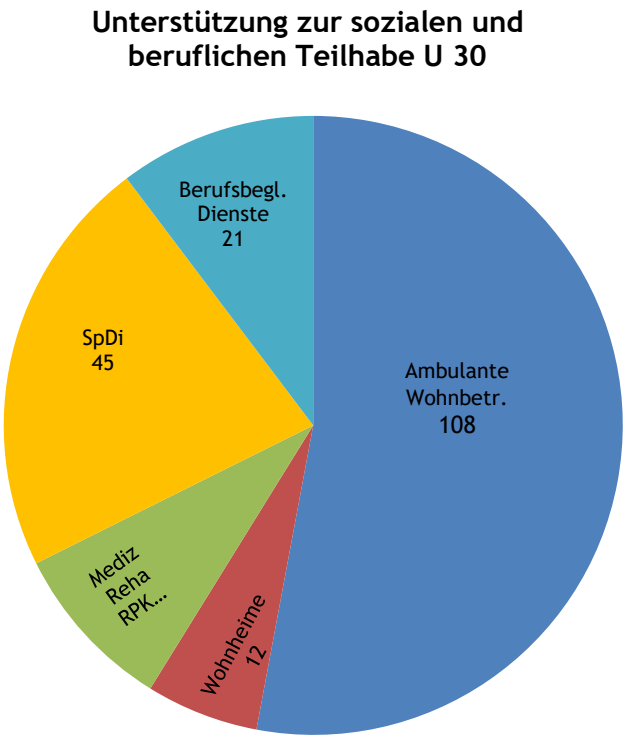


Schaubild 8

Nur die Angebote der Wohnbetreuung werden über die HPK empfohlen. Der Zugang zur RPK erfolgt auf Antrag und ärztlichem Zeugnis durch die Krankenversicherung, der Zugang zu den berufsbegleitenden Diensten über den Nachweis der Schwerbehinderung und der Zugang zum SpDi niedrigschwellig ohne Antrag.

Im Gegensatz zur Gesamtheit der Personen konnten die Personen unter 30 Jahren relativ selbstbestimmt die jeweilige Unterstützungsleistung wählen. Das im Gesetz festgeschriebene Wunsch- und Wahlrecht der Wohn- und Betreuungsformen wurde zumindest teilweise praktisch umgesetzt. Auf diesem Wege „wählt“ nur noch ein geringer Teil von knapp 6% Unterstützung in der stationären Eingliederungshilfe (Wohnheim) und ein knappes Fünftel nimmt Unterstützung über Sozialleistungen außerhalb der Eingliederungshilfe in Anspruch.

Dieses Fünftel verteilt sich auf Angebote der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. 18 Personen unter 30 Jahren erhielten Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der RPK Baienfurt. Diese werden in einem Wohnhaus mit zwei Haushalten in Form einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit angegliederter Ergotherapie erbracht. Die RPK Baienfurt nimmt traditionell nicht nur KlientInnen des Landkreises Ravensburg auf, sondern auch KlientInnen aus Nachbarlandkreisen. 2016 waren 58% der insgesamt 26 Personen aus dem Landkreis Ravensburg. Etwas mehr als die Hälfte der Klienten in der RPK haben die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung, etwas weniger als die Hälfte die Diagnose einer affektiven und neurotischen Störung. Die RPK Baienfurt bietet daher nach wie vor jungen Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung die Chance der Reintegration in das gesellschaftliche Leben.

Personen unter 30 Jahren mit Persönlichkeitsstörung finden sich nach wie vor nicht in der RPK, jedoch zunehmend in den Angeboten der Eingliederungshilfe. Obwohl immer mehr junge Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in das System der gemeindepsychiatrischen Versorgung kommen, (Schaubild 6) bleiben ihnen die Angebote einer qualifizierten medizinischen Rehabilitation verwehrt. Es ist davon auszugehen, dass sie eine Zeitlang über stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote vergeblich versucht haben, ihre Erkrankung in Griff zu bekommen.

Die Chancen auf gesellschaftliche Integration sind dadurch eher gesunken. In der Beurteilung der Krankenversicherung werden die Chancen des Rehabilitationserfolgs als gering eingestuft und aus diesem Grund die entsprechenden Leistungen verweigert.

Die zahlenmäßig große Personengruppe der unter 30jährigen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen nimmt in sehr geringem Maße Leistungen der beruflichen Rehabilitation durch berufsbegleitende Dienste oder den Berufsbildungsbereich der WfbM in Anspruch. Sie bildet jedoch die anteilsmäßig größte Personengruppe, die langfristige Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) in Anspruch nimmt. Der SpDi ist in Baden-Württemberg ein niederschwelliges Angebot, dessen Schwerpunkt sich zunehmend auf die Vermittlung sozialer Hilfen verlagert (s. S. 13f). Wie die Diskussionen in der im Jahr 2016 eingerichteten AG „Junge Erwachsene“ zeigt, bedarf es dieser Funktion des SpDi insbesondere für diesen Personenkreis. Bei psychisch beeinträchtigten jungen Menschen besteht ein beträchtlicher Nachreifungsbedarf. Gleichzeitig befinden sie sich in der Phase der Ablösung aus bestehenden Abhängigkeitsstrukturen. Eine feste Bezugsperson, die ohne ein Antragsverfahren aktivierbar ist, stellt damit ein unverzichtbares Bindeglied für die Inanspruchnahme weiterer Sozialleistungen dar.

Obwohl dies mit Zahlen der GPV Bado nicht zu belegen ist, hat der SpDi in der Vergangenheit die Funktion der Vermittlung sozialer Hilfen wahrgenommen, bei dem Personenkreis der unter 30 Jährigen aber eben in erster Linie in Angebote der Eingliederungshilfe. Diese dienten in der Vergangenheit häufig als „Platzhalter“ für vorrangige Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Das seit 1.1.2017 in Kraft getretenen Bundesteilhabegesetz, in dem die Eingliederungshilfe in das für Rehabilitation zuständige Sozialgesetzbuch IX verlagert wird, nährt die Hoffnung, dass in Zukunft vorrangige Sozialleistungen mithilfe der vorgesehenen Teilhabeplanung genutzt werden können. Das Bundesteilhabegesetz sieht vor, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht mehr Plätze, sondern Leistungen zur sozialen Teilhabe gewährt werden. Die Sicherstellung der sozialen Teilhabe kann die Grundlage für weitere Bereiche gesellschaftlicher Integration – insbesondere der beruflichen Teilhabe – bieten.

Die verschiedenen Angebote des Betreuten Wohnens werden von den Personen unter 30 Jahren sehr differenziert in Anspruch genommen. Die meisten KlientInnen (68%) bevorzugen Angebote des nach WTPG „Vollständig selbstverantworteten ambulant betreuten Wohnens“, bei dem Fachleistung und existenzsichernde Leistung getrennt sind (ABW bzw. ABW plus). Die Übergangsform des Teilweise selbstverantworteten ambulant betreuten Wohnens (TABeWo) nimmt eine marginale Rolle ein. Hingegen wird das Betreute Wohnen in Familien (BWF), das vor 30 Jahren zur Enthospitalisierung von psychisch kranken Langzeitpatienten eingeführt wurde, nun zunehmend auch von jungen psychisch kranken Menschen genutzt – und zwar insbesondere von Personen mit psychischen Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter eingesetzt haben.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass es bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Wohnformen deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen gibt. In der quantitativ bedeutendsten Betreuungsform, dem „Vollständig selbstverantworteten ambulant betreuten Wohnens“ (ABW und ABW plus), erhalten überwiegend Personen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen Unterstützungsleistungen. Personen mit schizophrenen Erkrankungen sind anteilig etwas häufiger in intensiver betreuten Wohnformen vertreten, aus dem BWF jedoch völlig verschwunden. Während bei der Gruppe der KlientInnen über 30 Jahren die schizophren erkrankten Klienten die zahlenmäßig dominierende Diagnose in den Wohnheimen darstellt, findet sich bei den Personen unter 30 Jahren eine „bunte“ Mischung an Diagnosen. Auffällig ist, dass die Zahl der Patienten mit Suchterkrankungen unter 30 Jahren sehr gering, ihr Anteil in den Wohnheimen jedoch hoch ist.

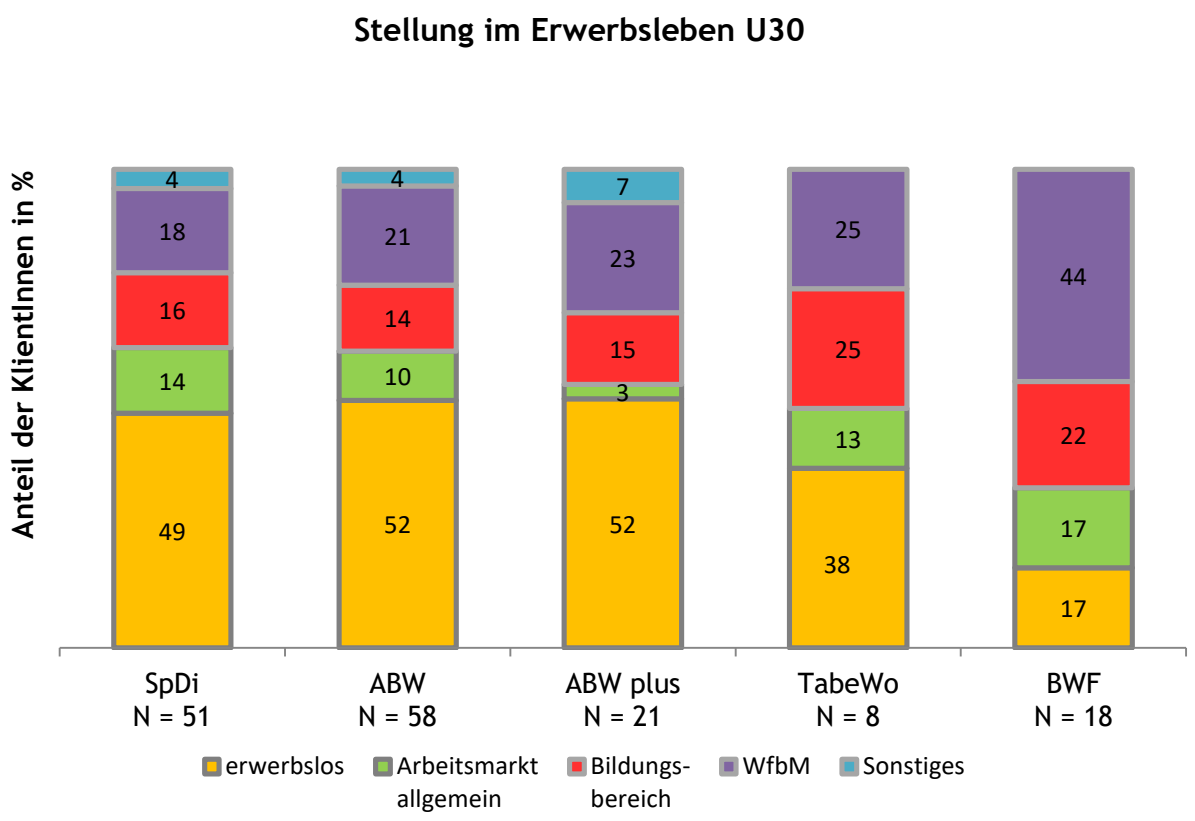


Schaubild 9

Schaubild 9 zeigt, dass das Leben bei einer Gastfamilie im Rahmen des BWF eine relativ stabile Basis für den Einstieg in das Erwerbsleben bietet. Lediglich ein Sechstel der KlientInnen, die in Gastfamilien leben, werden als erwerbslos bezeichnet, während dies bei den anderen Wohn- und Betreuungsformen durchgängig die Hälfte ist. BWF scheint demnach bei jungen psychisch erkrankten Menschen die Funktion zu erfüllen, die in der Vergangenheit den Wohnheimen zugeschrieben wurde. Analog zu dem Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung wurden Wohnheime für psychisch erkrankte Menschen als Wohnheime zur WfbM gefördert. In der Phase der Enthospitalisierung aus der psychiatrischen Klinik in den 1980er und 1990er Jahren wurde dieses Konzept erfolgreich praktiziert. Wie die Zahlen der GPV Bado zeigen, verfängt dieses Konzept zwischenzeitlich nicht mehr, nur noch eine geringer Anteil von 16 % der WohnheimbewohnerInnen ist im Arbeitsbereich der WfbM beschäftigt, der Anteil im Berufsbildungsbereich ist sogar noch geringer. Offensichtlich ist ein Wohnheim trotz ständiger Personalpräsenz nicht in der Lage, den Halt zu geben, der offensichtlich selbst bei einer Erwerbstätigkeit in einer „beschützten" Werkstatt erforderlich ist. Gastfamilien scheinen hingegen dazu in der Lage zu sein.

BWF kommt damit für junge Menschen mit psychischer Erkrankung wieder eine erhöhte Bedeutung zu. Im Gegensatz zu dem Konzept aus der Phase der Enthospitalisierung dürfte jedoch das Leben in einer Gastfamilie eine zeitlich befristete „Maßnahme" sein. Diese Befristung fügt sich jedoch in das Gesamtbild der aktuellen gemeindepsychiatrischen Versorgung im Landkreis Ravensburg. Bei der Personengruppe der unter 30jährigen sind die Wechsel der Wohn- und Betreuungsform nicht ungewöhnlich.

Lediglich die Hälfte der KlientInnen unter 30 Jahren, die 2016 Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen erhalten haben, sind neu in das System der psychosozialen Leistungen des GPV gekommen, der größte Anteil in ABW, der kleinste in ABW plus. Der Wechsel in ABW plus erfolgt relativ häufiger aus bestehenden Unterstützungsangeboten. Dies ist insofern nachvollziehbar als der Wechsel in ABW plus nicht der Wechsel der Wohnform, sondern lediglich der Wechsel der Unterstützungsintensität darstellt. Den Änderungen durch das BTHG kann somit gelassen entgegengeblickt werden. Für die neu in die gemeindepsychiatrische Versorgung eintretenden KlientInnen wird die Leistungsgewährung entsprechend des individuellen Unterstützungsbedarfs ermöglichen, die Wohnform zielgenauer zu wählen.

Zur Harmonisierung von Leistungsrecht und Ordnungsrecht ist die Regelung des WTPG mit der ordnungsrechtlichen Zwischenform der Teilweise Selbstverantworteten Ambulant Betreuten Wohngemeinschaft hilfreich. Die Leistungserbringer im GPV werden dadurch in die Lage versetzt, ein differenziertes Angebot von kleinen Wohneinheiten zu bilden. Bei einer guten Absprache der Einrichtungsträger im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes wird die Bildung von kleinen therapeutischen Gemeinschaften ermöglicht, die familienähnlichen Charakter einnehmen könnte.

4. Teilhabe am Arbeitsleben

Berufliche Orientierung und Beschäftigung tendenziell rückläufig

Wie oben dargestellt existiert im Landkreis Ravensburg inzwischen ein sehr differenziertes Wohn- und Betreuungsangebot für Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung.

Insbesondere die KlientInnen, die in den letzten zehn Jahren über die Hilfeplankonferenz in das Leistungssystem des GPV gekommen sind, haben entsprechende Leistungen im Bereich Wohnen und Freizeit erhalten. Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben sieht das vollkommen anders aus.

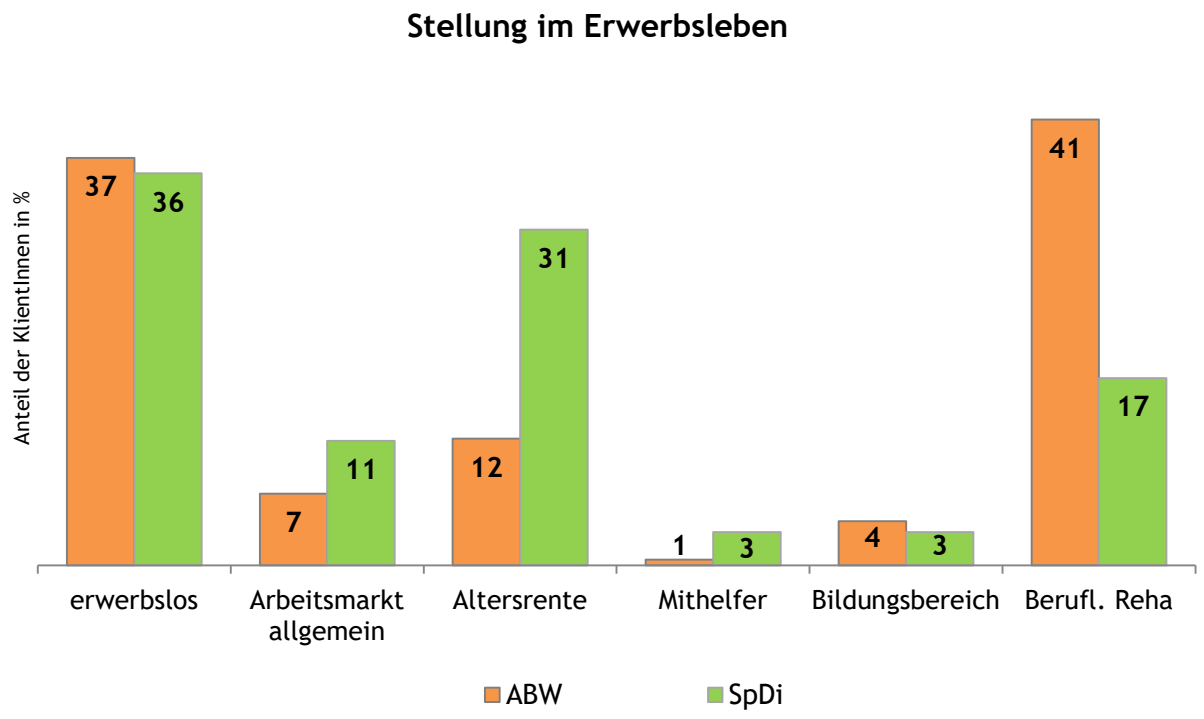


Schaubild 10

Zwar gibt es kleine Lichtblicke bei den Personen unter 30 Jahren (s.S.20 ff); es kann jedoch festgestellt werden, dass der größte Teil der 1754 KlientInnen aus dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ein nicht unbeträchtliche Teil sogar aus den beschützten Werkstätten ausgeschlossen ist. Die Zahl der Beschäftigten in den WfbM hat in den letzten 10 Jahren zwar kontinuierlich zugenommen, es kamen jedoch vor allem der Personenkreis in die WfbM, der in der Vergangenheit noch einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhalten hätte.

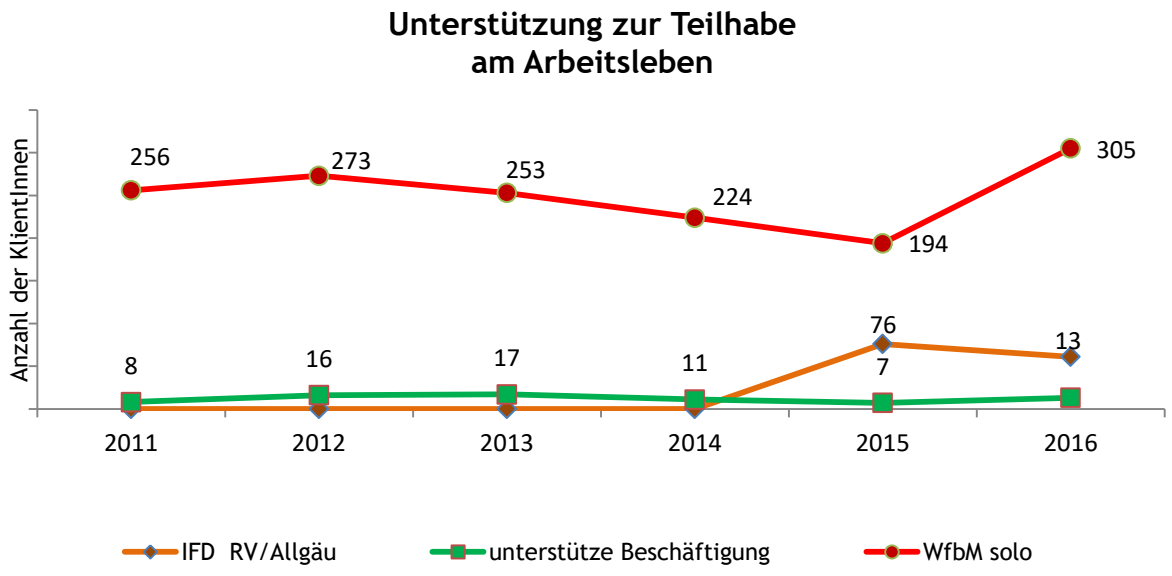


Schaubild 11

Schaubild 11 zeigt, dass im Jahr 2016 etwa viermal so viele Personen, die keine Leistung im Betreuten Wohnen erhielten, Unterstützung in der WfbM erhielten als von den berufsbegleitenden Diensten. Die „beschützten" Werkstätten wurden vor allem für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen, der in den Heimen der Behindertenhilfe lebte. Bei Menschen mit seelischer Behinderung wurde das gegen Ende des 20. Jahrhunderts analog gehandhabt – man sprach von Wohnheimen zur WfbM. Zwischenzeitlich hat sich die Situation vollkommen verändert. Der größte Teil der WfbM-Beschäftigten lebt in der eigenen Wohnung, zum größten Teil ohne Betreuung. Lediglich 15% der Beschäftigten im Arbeitsbereich. knappe 17% der Beschäftigten im Berufsbildungsbereich erhalten stationäre Leistungen im Betreuten Wohnen.

Dennoch sind im Bereich der Werkstätten für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Aufnahmen im Berufsbildungsbereich rückläufig. Bezieht man den Berufsbildungsbereich nur auf die Personengruppe der unter 30-Jährigen, ist der Rückgang noch größer. Im Bereich der psychischen Erkrankung erfolgen die Werkstattaufnahmen in der Regel in den Altersgruppen der 30-50 Jährigen. Der allgemeine Arbeitsmarkt in Oberschwaben ist derzeit sehr aufnahmefähig, so dass sich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen Integrationschancen bieten. Im Bereich der Menschen mit geistigen Behinderungen wird dies seit Jahren erfolgreich praktiziert.

Vermittlung in Arbeit

Trotz optimaler Bedingungen im Landkreis Ravensburg mit umfänglichen finanziellen und personellen Unterstützungsangeboten konnten 2016 lediglich 2 Personen aus den Werkstätten für psychisch kranke Menschen mit Unterstützung des Integrationsfachdienstes in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis vermittelt werden. Selbst bei den derzeit guten Fördermöglichkeiten ist die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt die Ausnahme. Übergänge können seitens der Agentur für Arbeit, des Integrationsamtes und des Landkreises über ergänzende Lohnkostenzuschüsse bis zu 70 Prozent gefördert werden. Im Weiteren gibt es einen abgestimmten Leitfaden mit den Leistungsträgern und Leistungserbringern, welcher die Übergänge sowohl aus den Werkstätten, als auch die Rückführung in die Werkstätten regelt. Allerdings scheinen diese Unterstützungsangebote nicht zielführend, um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Modellprojekte zur Heranführung an berufliche Orientierung und Vermittlung

Zwei Modellprojekte des BMAS, die in der Region von den berufsbegleitenden Diensten der Arkade-Pauline 13 umgesetzt werden, zeigen die Chancen für Arbeitsmarktfernes Klientel auf. Das Modellprojekt „Läuft?!" Im Rahmen des § 16h SGB II richtet sich an schwer erreichbare junge Menschen in prekären Lebenslagen. Durch niederschwellige, individualisierte Hilfen soll

diese Personengruppe bei der Eingliederung in Arbeit bzw. Ausbildung begleitet, unterstützt und befähigt werden. Sie sind häufig auf der Suche nach Orientierung in der Gesellschaft und nach Rahmenbedingungen, die sich an ihre jugendliche Lebens- und Erfahrungswelt anpassen. Sie verfügen selbst oft nur über ein geringes Anpassungspotential an die Erfordernisse von Schul- und Ausbildungssystem oder dem 1. Arbeitsmarkt. Das Team der Berufsbegleitenden Dienste macht dieser Personengruppe im Projekt „Läuft?!" leicht zu erreichende Kontakt-- und Beratungsangebote und kooperiert eng mit den schon bestehenden Angeboten von Jobcenter, Streetwork, Suchthilfe, Jugendhilfe, Jugendarbeit, Schulen etc. Das Handlungskonzept verfolgt die vorsichtige Heranführung an die Berufsorientierung mit dem Ziel, den Personenkreis in die bestehende Angebotsstruktur der beruflichen Bildung des SGBII und III zu übergeben.

Die Erfahrungen im letzten Jahr zeigen deutlich auf, dass gerade bei orientierungssuchenden unter 30-Jährigen häufig auch von psychisch erkrankten Menschen, differenzierte, personenzentrierte und beziehungsstärkende Angebote unter selbstbestimmten Bedingungen angenommen werden. Dabei zeigt die bisherige Erfahrung, dass die Berufsorientierung für diesen Personenkreis zwar schwierig, aber machbar ist. Die Berufsorientierung muss in kleinen Schritten, sowie einem hoch flexibel und nicht überfordernden Setting erarbeitet werden.

Das Modellprojekt „CosMOs" (personenzentriertes Coaching schwerbehinderter Menschen in der Region Bodensee-Oberschwaben) ist ein personenzentriertes, kostenträgerübergreifendes und längerfristiges Unterstützungsangebot für Menschen mit erheblichen Vermittlungshemmnissen. Das Angebot unterliegt nicht einem klassischen Maßnahmencharakter. Der Schwerpunkt liegt momentan bei der Zielgruppe der schwerbehinderten, Menschen, aber die Inhalte des Projekts könnten problemlos für den Personenkreis der unter 30-Jährigen psychisch kranken Menschen angewandt werden. Die Beziehungsarbeit und die daraus individuell zentrierte Unterstützung als Kernstück des Angebots sind regelmäßige Einzelcoaching-Termine, aus denen Teilziele und konkrete Aktivitäten resultieren. Die Vermittlungsquote von über 50% zeigt, dass der personenzentrierte Ansatz vieles möglich macht.

Erwerbsleben der unter 30-Jährigen und Unterstützung durch den Integrationsfachdienst

Die Bado-Auswertung zur Stellung im Erwerbsleben der unter 30-jährigen Personen gibt Aufschluss über die unerfreuliche Entwicklung im Bereich der beruflichen Orientierung (s.S.20ff). Mit Ausnahme des Betreuten Wohnens in Familien, liegt der Anteil der Erwerbslosen (U 30) bei durchschnittlich 50%, allerdings ist ein höherer Anteil der Personen unter 30 Jahren auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt integriert und in Bildungsmaßnahmen angekommen als bei dem Personenkreis über 30 Jahren. Erstaunlich ist wiederum, dass von diesen Personenkreisen lediglich 4 junge Menschen über den Integrationsfachdienst Unterstützung erhalten.

Auffallend ist, dass im Bereich des Betreuten Wohnens in Familien von 18 Personen lediglich 3 erwerbslos sind. Im Betreuten Wohnen für Familien sind also von den 18 Personen der unter 30-Jährigen 15 in einem beruflichen Kontext integriert. Es stellt sich die Frage, ob die Schnittstelle zwischen den Angeboten des Ambulant Betreuten Wohnens und den berufsbegleitenden Angeboten angegangen werden muss.

Erstaunlicherweise kommen relativ wenige Personen in den Maßnahmen der Berufsbegleitenden Dienste und den Unterstützungsangeboten des Integrationsfachdienstes an. Ebenso selten sind Anfragen aus den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Ravensburg und Kempten, um eine nachhaltige Sicherung der Arbeitsplätze beim Integrationsfachdienst anzufragen. Hier kann auch eine Rolle spielen, dass es noch nicht bekannt ist, dass die Integrationsfachdienste psychisch kranke Menschen für den Zeitraum von 3 Monaten ohne Schwerbehindertenausweis begleiten und so den Übergang von Maßnahmen in sozialversicherungspflichtige Arbeit nachhaltig sichern können. Die Nachfrage zur Unterstützung bei der Beantragung von Fördermitteln des Integrationsamtes aus Mitteln der Ausgleichsabgabe erfolgt bei diesem Personenkreis ebenfalls äußerst selten. Die Informationen über Schwerbehinderung sind ein Teil der Beratung der Integrationsfachdienste und bedeuten für diese Personengruppe, aufgrund der deutlich besseren Fördermöglichkeiten, einen gewichtigen Grund zur Antragstellung.

Was könnte in der Zukunft zum Thema Beschäftigung hilfreich sein?

Nach unserer Einschätzung könnten beide im Vorfeld beschriebenen Projekte für junge Menschen bei der Hinführung in Arbeit ein hilfreiches Setting darstellen. Der Rahmen der Unterstützten Beschäftigung ist ebenfalls denkbar, allerdings sind die Kriterien dieser Maßnahme nicht direkt auf diesen Personenkreis ausgelegt. Die momentan diskutierten Ansätze des BMAS - geförderte Arbeitsplätze anstelle einer kurzfristigen Qualifizierungsmaßnahme - erscheint für diesen Personenkreis durchaus sinnvoll. Auch weil davon auszugehen ist, dass häufig Qualifi-

kationen vorhanden sind, jedoch aufgrund der Erkrankung nicht mehr umgesetzt werden können. Angesichts großer Leistungsschwankungen ist es nicht vorstellbar, die entsprechende Anzahl inklusiver betrieblicher Plätze ohne entsprechende Förderungen zu erschließen.
Offensichtlich ist der Berufsbildungsbereich der Werkstätten für einen immer grösser werdenden jungen Personenkreis nicht attraktiv genug. Für den Personenkreis der jungen psychisch kranken Personen, könnten die oben beschriebenen Ansätze der Berufsorientierung und Vermittlung hochgeförderter Arbeitsplätze die Versorgungslücke schließen. Last but not least könnten zukünftig auch über das BTHG im Rahmen des persönlichen Budgets und den schon bestehenden Regelungen zum Budget für Arbeit ab 2018 weitergehende Möglichkeiten entstehen.

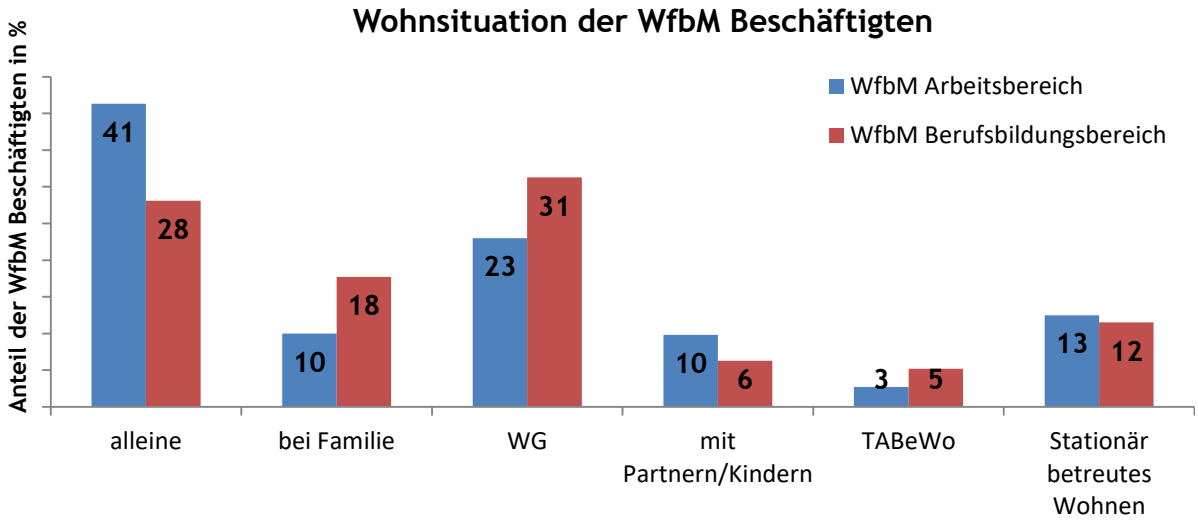


Schaubild 12

Nicht mal in die WfbM……..

Während die Beschäftigungslage für die neu in das GPV System kommenden Personen noch Anlass zur Hoffnung bietet, stellt sich die Lage für die Personen, die Leistungen in den verschiedenen Wohnformen erhalten ziemlich düster dar..
Die Zahl der Beschäftigten in den Werkstätten des ZfP, der BruderhausDiakonie, der Sprungbrett Werkstätten gGmbH Kißlegg und dem Stephanuswerk Isny ist mit 546 (452 im Arbeitsbereich, 96 im Berufsbildungsbereich) relativ hoch. Gleichzeitig wird die Situation hinsichtlich dieser sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung für den im ambulant und stationär betreuten Wohnen betreuten Personenkreis immer prekärer. Lediglich ein Sechstel der KlientInnen des TABeWo und der Wohnheime sind in der WfbM beschäftigt. Dort werden vorwiegend Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und den entsprechenden Krankheitsfolgen einer starken Antriebsminderung betreut.
Die Aufnahme in die WfbM ist für schwer beeinträchtigte chronisch psychisch kranke Menschen eine große Hürde. Unabhängig von ihrer beruflichen Vorbildung müssen sie das Eingangsverfahren/den Berufsbildungsbereich (BBB) einer WfbM durchlaufen.

Die Entscheidung zur Aufnahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM erfolgt im Fachausschuss, in diesem sind die Kostenträger Agentur für Arbeit und Eingliederungshilfe und die jeweilige Werkstattleitung vertreten.
Hierzu zählt 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.

Weder die Klienten in den stationären Leistungen des betreuten Wohnens noch ein beträchtlicher Teil der Personen im ambulant Betreuten Wohnen kann diese Voraussetzung erfüllen. Die bestehenden tagesstrukturierenden Angebote der Eingliederungshilfe sind für die KlientInnen im stationär betreuten Wohnen in der Regel kein Sprungbrett für den Berufsbildungsbereich der WfbM. Für die KlientInnen im ABW sind sie nicht zugänglich. Wenn nicht riskiert werden soll, dass ein beträchtlicher Teil chronisch psychisch kranker Menschen ihr gesamtes Leben beschäftigungslos bleiben soll, müssen geeignete Zugänge gefunden werden. In den neuen Leistungsvereinbarungen, die aufgrund des BTHG geschlossen werden müssen, ist das dringend zu berücksichtigen.

5. Versorgungslücken bei der sozialen Teilhabe

Im Laufe der letzten 5 Jahre wiederholten sich in den Hilfeplankonferenzen im Landkreis Ravensburg die Fallvorstellungen von 17 Personen immer wieder. Die Fallvorstellungen erfolgten meist dann, wenn die zuvor empfohlenen Maßnahmen zu scheitern drohten. Typisch für diesen Personenkreis scheint zu sein, dass sehr unterschiedliche Maßnahmen (stationär oder aber auch ambulant in unterschiedlicher Intensivität, dabei auch im Einzel- oder Gruppenwohnen) eine gewisse Zeit lang gut funktionieren, dann aber wieder in längeren Klinikaufenthalten enden. Dieser Personenkreis kann aufgrund seiner spezifischen Bedarfe auch in unserer sehr differenzierten GPV-Landschaft nicht ausreichend und passend versorgt werden.

Bei der Auswertung der Personengruppe durch die Koordination der Hilfeplankonferenzen zeigte sich ein differenzierteres Bild. Die Personen lassen sich drei Gruppen zuordnen:

Personengruppe 1: 13 Personen im Alter von zwischen 45 und 65 Jahren lassen sich in einer Gruppe zusammenfassen, für die in der HPK folgender Bedarf geäußert wird:

- Es ist eine nächtliche Personalpräsenz erforderlich.
- Eine dauerhafte Mitarbeiterpräsenz vor Ort im Wohnangebot ist erforderlich.
- Eine umfassende Unterstützung bei den täglichen Verrichtungen muss möglich sein.

Diese Personengruppe scheint mit den dezentralisierten Angeboten ohne ständige Personalpräsenz überfordert zu sein. Dies wirft die Frage nach dem Bedarf einer vollstationären Wohngruppe mit ständiger Personalpräsenz und zumindest Anwesenheitsbereitschaft in der Nacht auf. Gleichzeitig fällt bei dieser Personengruppe aber auf, dass bei den meisten Personen auch die Kompetenzen im sozialen Miteinander stark eingeschränkt sind und sie es nur sehr schwer mit anderen Menschen in einer engen Wohn- und Lebensgemeinschaft aushalten können. Dies ist der Grund dafür, dass solche Angebote immer wieder scheitern. Alle 13 Personen werden bisher weiter im GPV versorgt mit häufigen Wechseln der Bezugspersonen, der Träger und der Maßnahmen. Es ist davon auszugehen, dass in den beiden Fachpflegeheimen noch einige Personen leben die, ebenfalls zu diesem Personenkreis zuzuordnen sind und nur mangels anderer Alternativen eine HPK-Empfehlung für ein Fachpflegeheim bekommen hat.

Personengruppe 2: Bei zwei Personen (30-40 Jahre) zeigt sich, dass der wesentliche Unterstützungsbedarf im Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung liegt und sie aufgrund massiver Schwierigkeiten im sozialen Miteinander nur alleine leben können. Diese Personen haben eine ausreichende Kompetenz im lebenspraktischen Bereich und benötigen keine nächtliche Mitarbeiterpräsenz. Für diese Personen liegt der Gedanke an Einzelwohnen sehr nahe. Die Erfahrung zeigt aber, dass diese Möglichkeit an den sozialen Schwierigkeiten im direkten Umfeld und dem dennoch nicht alleine sein können immer wieder scheitert. Hier sind kreative und individuelle Einzellösungen notwendig, die aber bisher für diese Personen nicht gefunden wurden. Ordnungsrechtliche Einschränkungen müssen hier mit berücksichtigt werden, wenn es um vollstationäre Lösungen geht.

Personengruppe 3: Zwei Personen mit einer ausgeprägten Suchterkrankung (Mitte 20 Jahre und Mitte 40 Jahre alt) können aufgrund fehlender Abstinenzwilligkeit bzw. -fähigkeit in den bestehenden GPV-Angeboten (Suchthilfe/sozialpsychiatrischen Angebote) nicht gut versorgt werden. Aufgrund der bestehenden Doppeldiagnose gelingt eine Verlegung in andere Versorgungssysteme nicht. Hier kam es in der Vergangenheit mangels geeigneter Angebote im Landkreis häufig zu einer überregionalen Suche und in der Folge zu einer Versorgung außerhalb des Landkreises. Das Konzept eines Wohnangebotes für Klienten mit fehlender Abstinenzfähigkeit und niederschwelligen Unterstützungsangeboten sowie ggf. einer geschlossen Unterbringung wird hier immer wieder diskutiert. Zur Lösung dieses Problems wurde die Einrichtung einer entsprechenden Wohngruppe bei der BruderhausDiakonie beschlossen, die jedoch erst ab ca. 2020 realisiert werden kann.

Im Jahr 2017 soll in einer neuen Arbeitsgruppe des GPV zur Wohnversorgung nach Lösungen für die ersten beiden Personengruppen gesucht werden. Sie wird sich dabei vor allem auf die zahlenmäßig größte Personengruppe 1 konzentrieren müssen, in der der Altersdurchschnitt bei über 50 Jahren liegt. Dabei werden auch die Fachpflegeheime auf dem Riesenhof und der Weissenau (ZfP) zu berücksichtigen sein, die 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 Altenpflegheimen auf. Mit Blick auf die Verteilung der Pflegstufen zeigt sich, dass im Fachpflegeheim der BruderhausDiakonie der Aspekt Pflege nur bei einem Teil der KlientInnen eine wesentliche Rolle spielt.

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 Pflegstufe 0 im Jahr 2016 nochmals deutlich auf nahezu 50%. Das Fachpflegeheim auf dem Riesenhof nähert sich hinsichtlich der Klientel immer mehr einem Wohnheim der Eingliederungshilfe an, muss aber gleichwohl die Qualitätskriterien der Pflegekasse erfüllen.

Darüberhinaus wird die Arbeitsgruppe prüfen müssen, ob in den bestehenden Wohnheimen wie ordnungsrechtliche vorgeschrieben, eine Anwesenheitsbereitschaft in den Nachtzeiten vorgehalten wird und ob die Personen in HBG 2 .

die in den Wohnheimen vorgesehene vollstationäre Hilfe benötigen.

Für die jüngeren Klienten mit noch bestehendem Veränderungspotential, scheint die TWG ein adäquates Angebot zur Rückkehr in verschiedene Teilhabebereiche des gesellschaftlichen Lebens. Die Überwindung von Krisen und die Lösung zwischenmenschlicher Konflikte in einem geschützten Rahmen bietet eine Basis um den Anforderungen der gesellschaftlichen Teilhabe wieder gerecht zu werden. Allerdings kann dies nur gelingen, wenn die therapeutische Gemeinschaft nicht als Schonraum für die KlientInnen verstanden, sondern zur konfliktthaften Bewältigung der Probleme genutzt wird. Schaubild ? zeigt, dass die KlientInnen im Rahmen der TWG viele Verhaltensweisen zeigen, die gemeinsam bewältigt werden müssen

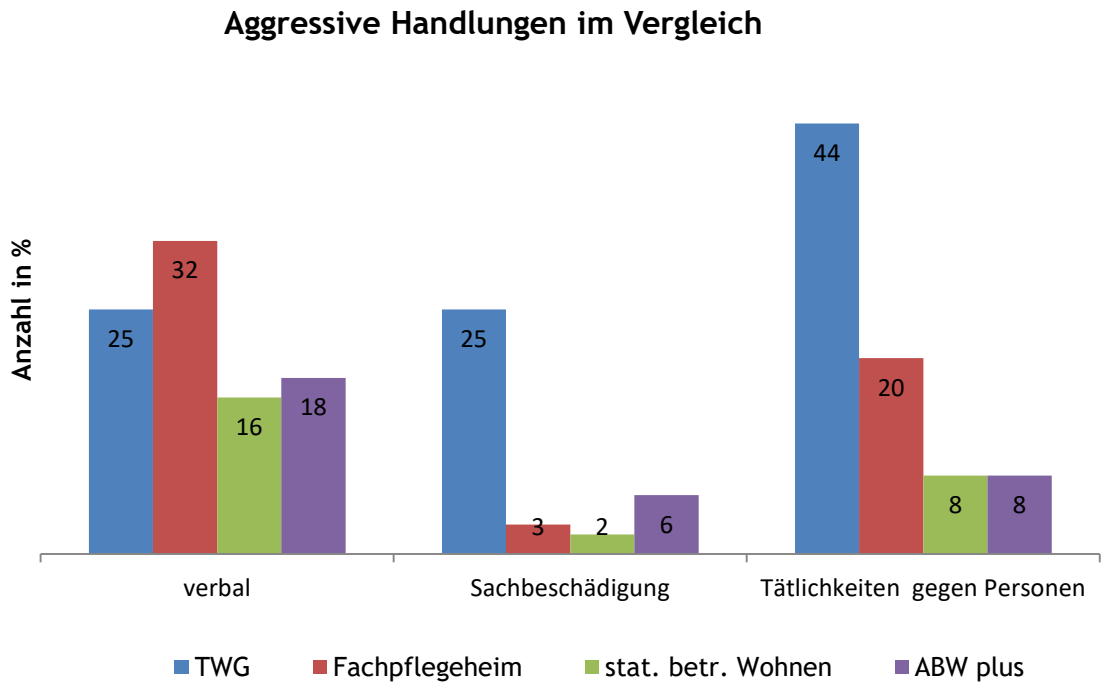


Schaubild 13

Wenn die Aggressionen als Ausdruck von unbewältigten biografischen Konflikten verstanden werden, können sie in Verbindung mit noch vorhandenen Ressourcen als Quelle zur Änderung des biografischen Schicksals genutzt werden. Erfolgreiche Interventionen der TWG haben in der Vergangenheit meist dazu geführt, dass die Betroffenen wieder eine sinnvolle Betätigungsmöglichkeit im Alltag gefunden haben.

Impressum

Herausgeber:	Trägergemeinschaft GPV Landkreis Ravensburg, Eisenbahnstr. 28, 88212 Ravensburg Weitere Informationen und Auswertungen: www.gpv-ravensburg.de
Redaktionsteam:	Manfred Baum (BruderhausDiakonie), Isabel Hoever (Landkreis Ravensburg), Dr. Michael Konrad (ZfP Südwürttemberg).
V.i.S.d.P.	Dr. Michael Konrad, Sprecher der Trägergemeinschaft
Bearbeitung:	Susanne Hunold
Veröffentlichung:	Mai 2017
Auflage:	500
Fotos:	Ernst Fesseler für das ZfP Südwürttemberg Bilder von diversen KünstlerInnen des Inklusiven Ateliers
Titelfoto:	Projekt ZfP Inklusives Atelier mit dem ifsb

GPV Landkreis Ravensburg

arkade

ARKADE PAULINE 13

bruderhaus DIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

IPERA
INITIATIVE PSYCHIATRIE ERFAHRENER IM LANDKREIS RAVENSBURG

Landratsamt Ravensburg

Sprungbrett Werkstätten gGmbH

Evangelische Heimstiftung
Stephanuswerk Isny

zfp
Südwürttemberg