Inhalt

	Seite
Vorwort	2
Was ist der GPV?	5
Eckdaten	6
Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bodenseekreis	8
I. Auswertung der Daten der Basisdokumentation	8
II. Versorgungsformen und psychiatrische Diagnosen	12
II. 1. Vergleich zwischen klinischer Behandlung und komplementärer Versorgung	12
II. 2. Diagnosen in den komplementären Versorgungsformen	15
III. Medizinische Behandlung	17
IV. Entwicklung der Betreuungsleistungen im Bereich Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung	18
V. Hilfeplankonferenz	21
Ein Jahr Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Friedrichshafen	22
Hilfe für Menschen mit Suchtproblematik	24
Aufgaben und Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Dienstes	26
„Wer rettet mich, wenn ich im Tunnel stehe?“ - Bericht einer Psychiatrieerfahrenen	28
Angehörigengruppe	34
Unabhängige Beschwerdestelle	34
Patientenfürsprecher	35
Projekt „Aktiv Senioren für Senioren“	36
Psychiatrieerfahrene als professionelle Helfer	37
Überblick Versorgungs- und Betreuungsangebote	39
Glossar: “Was ist eigentlich...?”	41
Adressen	**44**

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

„Uff, noch ein Jahresbericht“ mag Ihre verständliche Reaktion angesichts der Flut jährlich erscheinender, attraktiv aufgemachter Hochglanzbroschüren sein, wenn Sie diese Seiten aufschlagen. Wer weiß, wie viele davon gelesen und nicht nur oberflächlich durchgeblättert werden oder gar gleich im Papierkorb landen. Entsprechende Verdachtsmomente haben den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) veranlasst, über die inhaltliche Gestaltung seines Jahresberichts nachzudenken und sich zu fragen, für wen und wozu er ihn erstellt.

Unstrittig ist, dass er die Fachöffentlichkeit und die Kommunalpolitik, speziell den Kreistag, über die aktuellen Entwicklungen der Gemeindepsychiatrie informieren möchte. Das ist möglicherweise etwas wenig angesichts des oben geäußerten Verdachts. Schließlich steht er in „Konkurrenz“ mit all den anderen Berichten. In der kritischen Diskussion um den vorliegenden Bericht (Soll er überhaupt gemacht werden? Lohnt sich der große Aufwand? Reichen nicht ein paar Zahlen?) wurde ein Aspekt hervorgehoben, der uns zum Entschluss kommen ließ, den Bericht nicht nur zu erstellen, sondern dieser Arbeit in den folgenden Jahren noch mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Sollte es nämlich gelingen, den Jahresbericht zu einem **Instrument der Planung und Weiterentwicklung der Angebote und Strukturen sowie zu deren Qualitätssicherung** zu machen, erhielte er eine wichtige zusätzliche Funktion und einen ganz konkreten Nutzen für den GPV selbst.

Das ist ein hoher Anspruch, dem dieser Bericht allenfalls in bescheidenen Ansätzen genügt. In einem ersten Schritt haben wir - wenn möglich - grundlegende Daten erstmals in mehrjährigen Verläufen dargestellt. Die gemeinsame Basisdokumentation, die in dieser Form nur im Bodenseekreis und im Kreis Ravensburg angewandt wird und hier auch entwickelt wurde, bildet dafür die Grundlage. Ab dem Bericht für 2012 sollen daraus in einem eigenen Kapitel Empfehlungen zur Anpassung und Weiterentwicklung der Angebote abgeleitet und entsprechende Planungen angestoßen werden. Ab 2012 sollen im Bericht auch die aktuellen Diskussions- und Planungsprozesse im GPV dargestellt und deren Ergebnisse dokumentiert werden. So könnte er sich nach und nach den erwähnten hohen Ansprüchen annähern.

Dieser Jahresbericht ist noch überwiegend der Darstellung der Versorgungssituation gewidmet und einzelne Schlussfolgerungen werden noch nicht in einem eigenen Berichtsteil zusammengefasst. Wir müssen uns mit wenigen stichwortartigen Hinweisen auf aktuelle Themen in diesem Vorwort beschränken.

Was tut sich aktuell im GPV?

• Mit den Psychiatrieerfahrenen (so bezeichnen sich psychisch kranke Menschen) und Angehörigen wird aktuell eine sehr lebendige Diskussion über deren stärkere Beteiligung an den Strukturen und Entscheidungsprozessen des GPV geführt. Ziel ist die „Demokratisierung“ des GPV im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention. Dies wird zu einer veränderten Gremienstruktur und damit zu einer grundlegenden Änderung der GPV-Vereinbarung von 2004 führen.

• Die unaufhaltsam steigende Zahl von Menschen, die auf die Angebote der Gemeindepsychiatrie angewiesen sind und damit einhergehend die Knappheit der Angebote und der Kostenanstieg der Eingliederungshilfe zwingen zum Nachdenken über die bisherigen Leistungen speziell im Bereich des Wohnens (Stationär Betreutes Wohnen, Ambulant Betreutes Wohnen, Persönliches Budget). In einem aktuellen Planungsprozess beleuchten der Landkreis und die Anbieter von Wohnangeboten diesen Bereich und suchen gemeinsam nach Lösungen. Ergebnisse können frühestens im nächsten Jahresbericht dargestellt werden.

• Der GPV hat 2011 zwei neue Mitglieder bekommen. Es handelt sich um zwei Träger, die Unterstützungs- und Wohnangebote für Menschen mit Suchterkrankungen machen: die Anode gGmbH und die Psychosoziale Beratungsstelle der Diakonie. Die Besprechung der Unterstützungsbedarfe für schwer chronisch suchtkranke Menschen in der Hilfeplankonferenz des GPV lassen die Schnittstellen zwischen dem Suchthilfesystem und der Gemeindepsychiatrie deutlich erkennen. Fragen der gemeinsamen Weiterentwicklung der Angebote werden deshalb Gegenstand eines weiteren Planungsprozesses sein, der im Herbst 2012 beginnen wird.

• Bürgerschaftliches Engagement spielt in der Gemeindepsychiatrie noch eine untergeordnete Rolle. „Nicht-psychiatrische Hilfen“, die bei der individuellen Hilfeplanung berücksichtigt werden sollen, sind in der Realität wenig entwickelt. Sozialraumorientierung ist insgesamt ein Thema, dem noch zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Die Gemeindepsychiatrie ist zwar räumlich in der Gemeinde positioniert, aber noch lange nicht fest verankert und auf der zwischenmenschlichen Ebene eng mit den „gesunden“ Bürgern verbunden. Diesem Thema muss sich der GPV stellen.

- Das Gemeindepsychiatrische Zentrum Friedrichshafen wird erweitert. Den Baubeschluss fasste die Gesellschafterversammlung im Juli 2012. Auf dem Areal des benachbarten ehemaligen Kinocenters wird ein 10 Millionen Euro teurer Neubau entstehen, der voraussichtlich 2015 bezogen werden kann.

Abschließend noch ein Hinweis auf die wesentlichen Neuerungen im Jahr 2011. Jahrelang ersehnt und im März des vergangenen Jahres Wirklichkeit geworden: die Eröffnung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Friedrichshafen durch das ZfP Südwürttemberg. Damit gibt es endlich ein stationäres klinisches Angebot für psychisch kranke Menschen im Bodenseekreis. Im letzten Jahresbericht wurde die Klinik ausführlich dargestellt, in diesem zieht Chefarzt Dr. Ingo Asshauer erstmals öffentlich Bilanz.

Im Herbst 2011 nahm die Unabhängige Beschwerdestelle für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen ihre Arbeit auf. In paritätischer Besetzung beschäftigen sich Betroffene, Angehörige und Fachleute mit den Beschwerden von Patienten und Klienten und sie versuchen gemeinsam Lösungen herbeizuführen.

Sie sehen, der GPV bewegt sich wie eh und je. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Manfred Lucha
Sprecher der Trägergemeinschaft GPV

Andreas Köster
Sozialdezernent des Bodenseekreis

Rainer Barth
Sozialplaner des Bodenseekreis

Was ist der GPV?

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bodenseekreis (GPV) ist ein Zusammenschluss von Trägern psychiatrischer Einrichtungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Angehörigen und des Landkreises als Träger der Eingliederungshilfe, des Arbeitslosengeld II und der Sozialplanung.

Auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung verfolgen die Beteiligten das Ziel, allen psychisch erkrankten und beeinträchtigten Menschen des Landkreises die von ihnen benötigten Hilfen, wann immer möglich innerhalb der Grenzen des Bodenseekreises, bereit zu stellen. Eine weitere wichtige Gemeinschaftsaufgabe ist die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote im Bodenseekreis.

Oberstes Gremium des GPV ist die Arbeitsgemeinschaft GPV, die einmal jährlich zusammentrifft und der neben den Vertretern der Betroffenen und Angehörigen sämtliche Institutionen und Dienste angehören, die in irgendeiner Form im Bereich der Psychiatrie aktiv sind. Die Leistungserbringer (Einrichtungen und Dienste) und der Landkreis übernehmen gemeinsam die Pflichtversorgung für die psychisch kranken Menschen im Kreis. Sie bilden die Trägergemeinschaft GPV, deren Aufgabe es ist, die Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft umzusetzen und die Organisationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung zu planen. Drittes Gremium des GPV ist die monatlich tagende Hilfeplankonferenz.

Die GPV-Mitglieder haben sich auf ein einheitliches personenzentriertes Verfahren zur individuellen Hilfeplanung festgelegt, den Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Die Klienten werden in die Hilfeplanung eng eingebunden und erhalten dadurch die Möglichkeit, ihre eigenen Wünsche und Lebensziele einzubringen. Die Festlegung auf bestimmte Hilfen erfolgt in der monatlich stattfindenden Hilfeplankonferenz, an der sämtliche Leistungserbringer und der Landkreis als Leistungsträger der Eingliederungshilfe beteiligt sind.

Alle Mitglieder des GPV haben sich dazu verpflichtet, keine Leistungen für psychisch kranke Menschen ohne die vorherige Abstimmung der Hilfeplankonferenz zu erbringen.

Eckdaten

Ein paar Eckdaten zur Geschichte des GPV:

01.04.1988:

Startschuss zur Gemeindepsychiatrie im Bodenseekreis. Der Sozialpsychiatrische Dienst in Trägerschaft der Pauline 13 nimmt seine Tätigkeit auf. Schon einen Monat später bietet die Pauline 13 ambulant betreutes Wohnen an.

1991:

In Friedrichshafen wird die psychiatrische Tagesstätte „Werktattcafé Pauline“ eröffnet.

1992 :

Der Kreistag verabschiedet einstimmig den Psychiatrieplan für den Bodenseekreis, ein Gemeinschaftswerk aller Akteure in der Region unter Federführung des Landkreises.

1994:

In Bermatingen nimmt die erste Werkstatt für Menschen mit psychischer Behinderung im Bodenseekreis mit 50 Arbeitsplätzen den Betrieb auf. Träger ist der Verein „Sprungbrett“, die heutige Sprungbrett gGmbH.

1995:

In Oberstenweiler eröffnet die Pauline 13 ein kleines Wohnheim für psychisch kranke Menschen, das erste seiner Art im Bodenseekreis.

1995:

Die Psychiatrische Tagesklinik in Friedrichshafen mit 20 Plätzen geht in Betrieb.

1997:

In Überlingen eröffnet die Vianney-Gesellschaft eine Tagesstätte.

1999:

Die Pauline 13 bietet häusliche psychiatrische Pflege an.

2000 - 2004:

Gemeinsam wird die Idee zur Schaffung von gemeindepsychiatrischen Zentren entwickelt und umgesetzt. Die Gemeindepsychiatrischen Zentren in Überlingen (2003) und in Friedrichshafen (2004) nehmen den Betrieb auf.

2001 - 2004:

Der Bodenseekreis beteiligt sich am bundesweiten Modellprojekt zur Einführung eines Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung. Die bis heute monatlich durchgeführten Hilfeplankonferenzen werden eingeführt.

2005:

Die Pauline 13 eröffnet in Bermatingen ein neu gebautes Wohnheim für psychisch kranke Menschen

01.10.2004:

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bodenseekreis wird gegründet. Beteiligt sind sämtliche Leistungserbringer, die Betroffenen- und Angehörigenvertretungen sowie der Landkreis. Im Vertrag wird die Versorgungsverpflichtung definiert und gleichzeitig verpflichten sich alle Träger, ihre Leistungen nur nach vorheriger Beschlussfassung durch die Hilfeplankonferenz zu erbringen.

01.01.2005:

Nach Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände wird der Bodenseekreis Leistungsträger der Eingliederungshilfe und als Optionslandkreis Träger des Arbeitslosengeld II.

2009:

Die Bruderhaus Diakonie eröffnet in Friedrichshafen ein Fachpflegeheim für psychisch kranke Menschen mit einem ausgeprägten Hilfebedarf.

2009:

Der Bodenseekreis veröffentlicht einen Psychiatriewegweiser als Broschüre und im Internet.

2010:

Der Verbund zur Erbringung von Hilfen für junge Menschen mit komplexem psychosozialen Hilfebedarf (JPV) wird als erster seiner Art in Deutschland im Bodenseekreis gegründet.

17.03.2011:

Am Klinikum Friedrichshafen eröffnet das ZfP Südwürttemberg die erste psychiatrische Klinik im Bodenseekreis (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee).

01.11.2011:

Einrichtung der Unabhängigen Beschwerdestelle, paritätisch besetzt mit Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bodenseekreis 2011

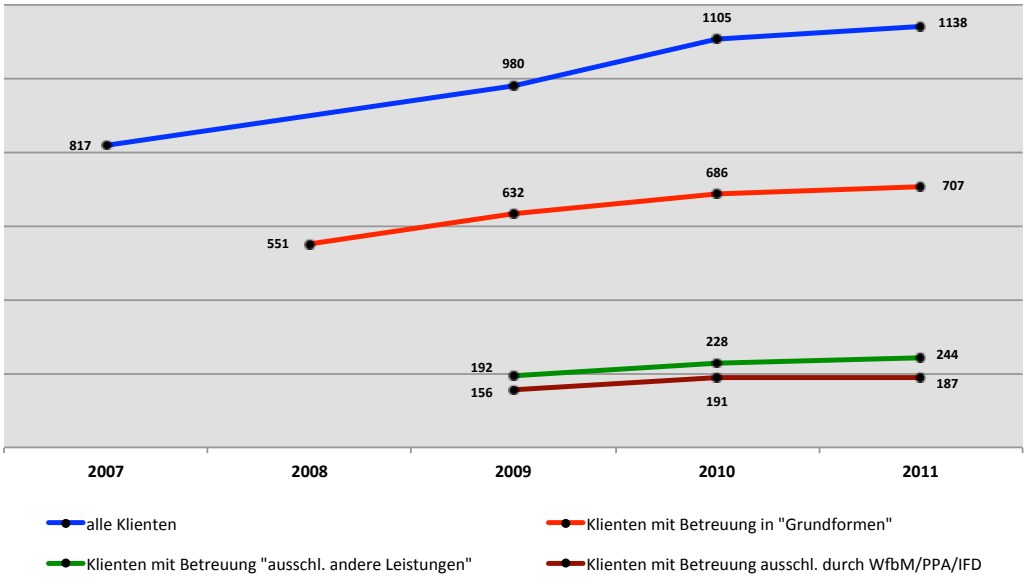
Auswertung der Daten der Basisdokumentation

I. Entwicklung der Klientenzahlen

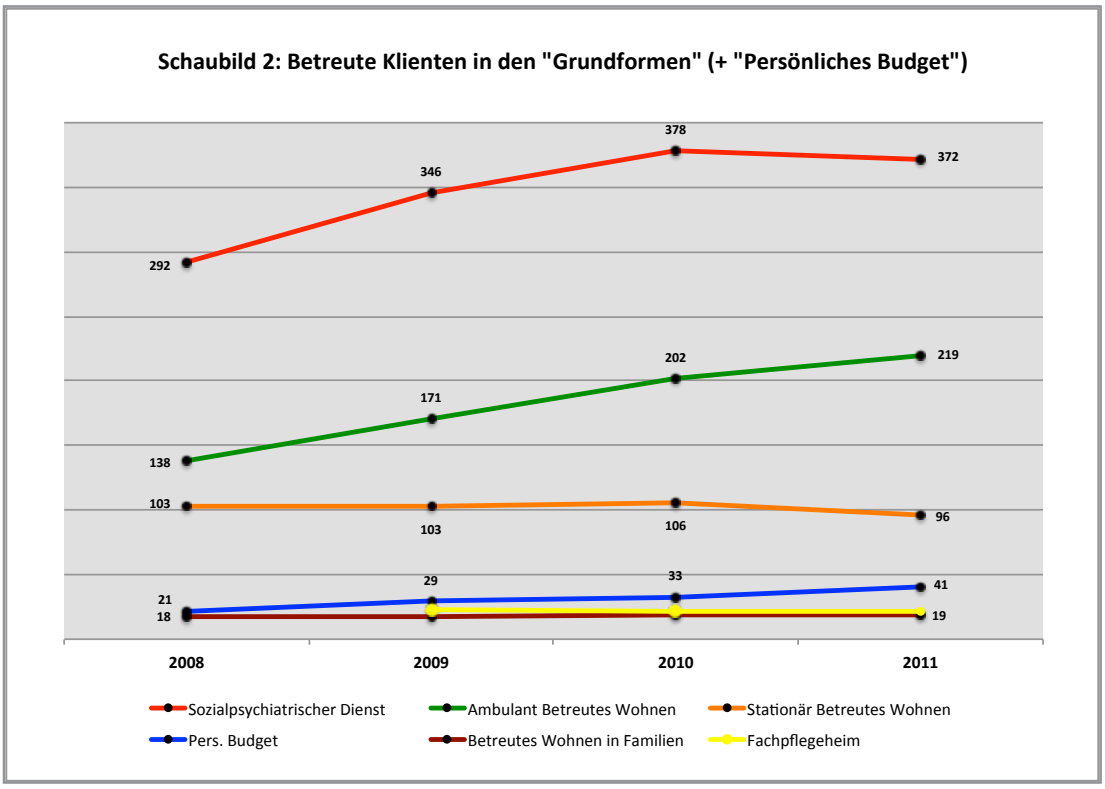
Von den Diensten und Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) Bodenseekreis wurden 2011 insgesamt 1138 Klientinnen und Klienten betreut, das waren 33 mehr, als im Jahr zuvor (s. Schaubild 1). Das entspricht einer Zunahme von nur noch knapp 3% gegenüber 2010, also noch etwa der Hälfte der durchschnittlichen Zuwachsraten von ca. 10% in den Vorjahren. 707 dieser Klienten wurden in einer der in der Dokumentation des GPV so genannten Grundformen[1] betreut, d.h., entweder durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) oder in einer der betreuten Wohnformen[2]. 187 Personen nahmen ausschließlich Leistungen im Rahmen der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes (PPA) oder des Integrationsfachdienstes (IFD) in Anspruch. Schließlich erhielten weitere 244 Klienten Hilfen durch „ausschließlich andere Leistungen“, wie z.B. ambulante Ergotherapie oder Soziotherapie. Außerdem werden in dieser Kategorie diejenigen Personen mitgezählt, die notwendige Hilfen durch ein „Persönliches Budget“ finanzieren.

Der Blick auf die Verteilung der Klienten über die „Grundformen“ (Schaubild 2) zeigt, dass 2011 vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) praktisch genauso viele Klienten betreut wurden wie im Vorjahr, und damit der stetige deutliche Zuwachs in den Vorjahren zum Stillstand gekommen ist. Praktisch unverändert sind die Zahlen auch schon seit mehreren Jahren

Schaubild 1: Betreute Klienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund



1 Als Grundformen werden in der Basisdokumentation des GPV die Betreuungsformen Sozialpsychiatrischer Dienst, Ambulant Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen in Familien, Stationär Betreutes Wohnen und Fachpflegeheim bezeichnet.
2 zu den Betreuungs- und Leistungsangeboten im GPV und deren Finanzierung s. Infokasten auf S.39



im Betreuten Wohnen in Familien (BWF) und im Fachpflegeheim. Da diese Entwicklung im Nachbarlandkreis Ravensburg ebenso zu beobachten ist, kann davon ausgegangen werden, dass beide Versorgungsangebote dem realen Bedarf entsprechend entwickelt sind. Dem BWF sind außerdem auch dadurch Entwicklungsgrenzen gesetzt, dass die Platzzahl nicht einfach erhöht werden kann, weil dieses Angebot vom Engagement privater Haushalte lebt und ein großzügiges Wohnraumangebot der Gastgeberfamilien voraussetzt.

Entgegen der Erwartung zeigen die Daten der Basisdokumentation beim Stationär Betreuten Wohnen (StBW) einen Rückgang der betreuten Personen um knapp 10% gegenüber 2010, obwohl die Zahl der Plätze in den Wohnheimen gleich geblieben ist. Wie eine Überprüfung ergab, geht dies auf einen Dokumentationsfehler zurück, der im Nachhinein nicht korrigiert werden konnte – real ergibt sich auch für diese Versorgungsform keine signifikante Veränderung gegenüber 2010. Auch bezüglich des Stationär Betreuten Wohnens drängt sich der Schluss auf, dass diese Versorgungsform im Landkreis bedarfsgerecht und mit einem differenzierten Angebot an Wohnformen (Wohngruppen, dezentrale Kleingruppen, Einzelwohnungen) entwickelt ist.

Demgegenüber steigt die Zahl der Klienten im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) weiter (+8,5%), wenn auch deutlich langsamer, als in den Vorjahren. Auch die Zahl der Klienten, deren Leistungen über das Persönliche Budget finanziert werden, nimmt weiter zu (+24%). Stellt man in Rechnung, dass – wie

Klassifikation der psychischen Erkrankungen nach ICD-10

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10)[1] ist ein weltweit gültiges, von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenes Diagnoseklassifikationssystem. Nach dem Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik (SGB V) sind Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet, ihre Diagnosen nach ICD-10 zu verschlüsseln. Im Kapitel V werden „Psychische und Verhaltensstörungen“ behandelt und in 10 Krankheitsgruppen (F0 bis F9) eingeteilt. Dies sind im Einzelnen:

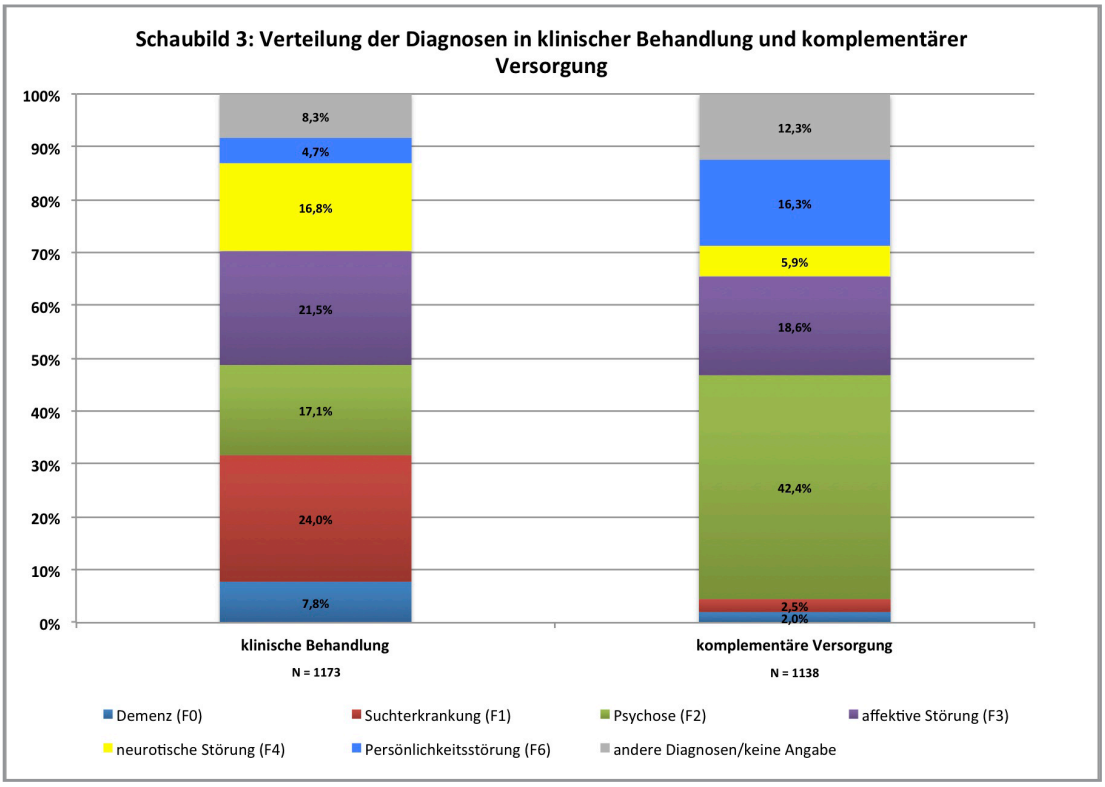
F 00-F 09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F 10-F 19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F 20-F 29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F 30-F 39	Affektive Störungen
F 40-F 48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F 50-F 59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F 60-F 69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F 70-F 79	Intelligenzstörung
F 80-F 89	Entwicklungsstörungen
F 90-F 98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F 99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

1 *engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Die Zahl 10 bedeutet, dass es sich um die 10. - aktuell gültigeRevision - handelt.*

oben erwähnt – die Zahl der betreuten Personen insgesamt nur noch sehr mäßig angestiegen ist, könnte diese Entwicklung ein Beleg dafür sein, dass das Versorgungssystem insgesamt gesehen mittlerweile so gut ausgebaut ist, dass alle Betroffenen Personen erreicht werden, und nur noch Verschiebungen innerhalb des Systems stattfinden. Der Zuwachs beim ABW und im Persönlichen Budget „zu Lasten“ des SpDi könnte in Folge dessen als Hinweis darauf verstanden werden, dass dieser Dienst an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit gestoßen ist und sich dadurch die „Durchlässigkeit“ zu intensiveren Versorgungsformen erhöht hat (vgl. dazu den Artikel auf S.26).

Eine genauere Betrachtung verdient die Entwicklung beim Persönlichen Budget, obwohl die absolute Zahl klein ist (2011: 41 Personen) und deshalb Schlussfolgerungen lediglich den Charakter von Hypothesen haben

können: Die Zahl der Klienten, die ihren Hilfebedarf über ein Persönliches Budget decken, hat sich im Versorgungsbereich des GPV Bodenseekreis – wie ebenfalls aus Schaubild 2 hervorgeht – seit 2008 praktisch verdoppelt. Diese Entwicklung könnte ein Indiz dafür sein, dass das Persönliche Budget für bestimmte Personenkreise besonders attraktiv ist. Die Daten der Basisdokumentation liefern zwei Hinweise dazu: Empfänger des Persönlichen Budgets sind überwiegend weiblich (58,5%) und was die Diagnosen betrifft sind die „affektiven Störungen“ - abgesehen vom SpDi - in keiner anderen Betreuungsform so stark vertreten (15% - s. Schaubild 4) wie bei den Klienten mit Persönlichem Budget. Die Finanzierung der Hilfen über ein Persönliches Budget bietet den Klienten einige Vorteile: Sie sind nicht an einen Anbieter und dessen Leistungsspektrum gebunden, was die Flexibilität hinsichtlich Inhalt und Organisation der Hilfen erhöht. Im Gegensatz zum pauschal finanzierten ABW können bei steigendem Hilfebedarf relativ unkompliziert zusätzliche Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden um einen Umzug in Stationär Betreutes Wohnen zu vermeiden. Nicht zuletzt kommt die Finanzierungsform Persönliches Budget Menschen entgegen, die Wert auf Autonomie und Eigenverantwortung legen. Dem stehen als Nachteil ein verhältnismäßig hoher Aufwand für die Koordination zwischen den Leistungserbringern, sowie für Abrechnung und Verwaltung des persönlichen Budgets gegenüber.



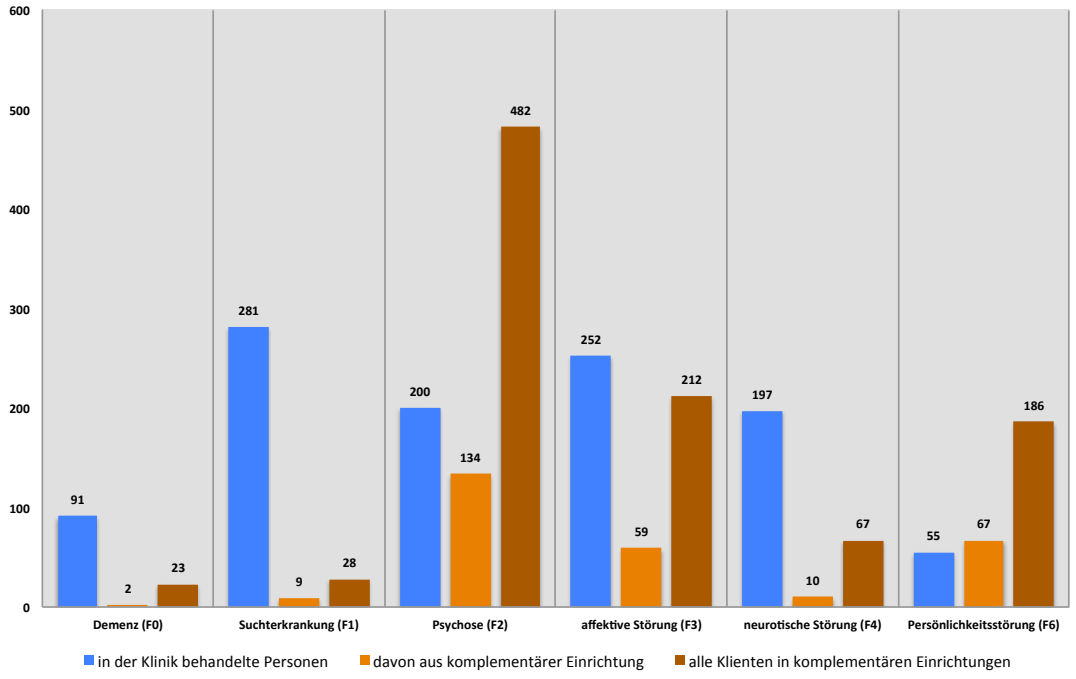
II. Versorgungsformen und psychiatrische Diagnosen

II.1 Vergleich zwischen klinischer Behandlung und komplementärer Versorgung

Die folgenden Schaubilder zeigen die Anteile der Diagnosen bei den Patienten der psychiatrischen Klinik und den Klienten in den komplementären Versorgungsformen.

In Schaubild 3 sind die prozentualen Anteile der Diagnosen von stationärer Krankenhausbehandlung und komplementärer Versorgung gegenübergestellt. Die linke Säule bezieht sich auf die Zahl der Patienten, die im ZfP Südwürttemberg (Weissenau und Friedrichshafen) 2011 stationär behandelt wurden und ihren Wohnsitz im Bodenseekreis hatten. Die rechte Säule bezieht sich auf alle Klienten, die 2011 Leistungen komplementärer Dienste oder Einrichtungen des GPV Bodenseekreis in Anspruch nahmen.

Schaubild 4: Diagnosen von Patienten in klinischer Behandlung und Klienten in komplementären Einrichtungen des GPV



Der Vergleich zeigt, dass in den komplementären Einrichtungen die Gruppe der Menschen mit Psychose zahlenmäßig deutlich überwiegt, während im Krankenhaus einerseits die Verteilung bezüglich der Diagnosegruppen gleichmäßiger ist und andererseits die Suchterkrankungen, gefolgt von den affektiven Störungen die zahlenmäßig stärksten Gruppen repräsentieren. Ins Auge fällt außerdem, dass der Anteil der Personen mit einer Persönlichkeitsstörung bei der Krankenhausbehandlung lediglich knapp 5%, in

der komplementären Versorgung aber über 16% beträgt; in etwa umgekehrt verhält es sich bezüglich der Diagnose neurotische Störung.

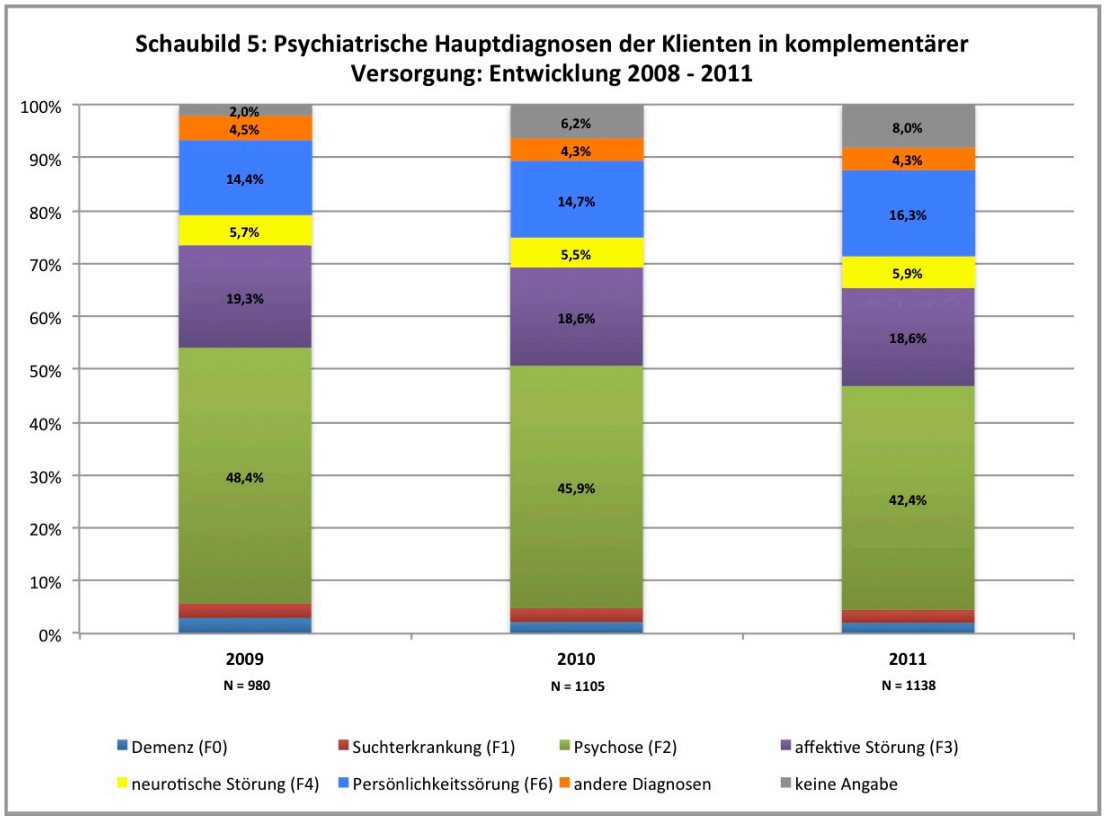
Schaubild 4 stellt die Patientenzahlen in stationärer Behandlung den Personen mit gleicher Diagnose in den komplementären Versorgungsformen gegenüber und zeigt in einem dritten Balken die Schnittmenge. Zusammen mit den Daten aus Schaubild 3 lässt sich so ein Bild der Versorgungslandschaft zeichnen, das Aufschluss darüber gibt, wo das Angebot den Bedarf deckt und wo möglicherweise Lücken der Versorgung bestehen bzw. Überschneidungen mit Versorgungsstrukturen bestehen, die im GPV nicht repräsentiert sind.

Beispiele für letzteren Fall sind die Diagnosegruppen „Demenz“ und „Suchterkrankungen“: beide Diagnosegruppen sind in den komplementären Einrichtungen des GPV nur mit 2 bzw. 2,5% vertreten. Die betroffenen Personen finden komplementäre Versorgungsangebote bei Leistungsanbietern außerhalb des GPV wenn sie komplexe Hilfen benötigen. So haben sich inzwischen die meisten Heime der Altenpflege auf die Versorgung von Menschen mit einer Demenz–erkrankung eingestellt, so dass in den psychiatrischen Fachpflegeheimen nur noch relativ wenige Klienten mit sehr ausgeprägten psychischen Auffälligkeiten betreut werden müssen.

Bezüglich der Personen mit Suchterkrankung vollzieht sich derzeit ein Wandel: Inzwischen haben sich die Einrichtungen der Suchthilfe, die bislang in eigenständigen Netzwerken organisiert waren, dem GPV angeschlossen[3]. Bis 2011 wurden aber lediglich Betroffene, bei denen eine „Suchtdiagnose“ als Nebendiagnose zu einer anderen psychiatrischen Diagnose bestand, schwerpunktmäßig von Anbietern innerhalb des GPV versorgt. Auch diese Personengruppe ist allerdings - wie aus Tabelle 1 hervorgeht - zahlenmäßig nicht unerheblich: in allen Grundformen haben zwischen 17 und 25% der Klienten ein Suchtproblem.

Tabelle 1: Anteil der Klienten mit Nebendiagnose „Suchterkrankung“ in den Grundformen	
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	23%
Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	25%
Betreutes Wohnen in Familien BWF	20%
BWF Gerontopsychiatrie	25%
Stationär Betreutes Wohnen (StBW)	15%
Persönliches Budget	17%
Fachpflegeheim	19%

3 siehe den Artikel „Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen“, S. 24



Für die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ gilt das Umgekehrte wie für die vorigen: Alle Patienten, die wegen dieser Erkrankung stationär behandelt wurden, nehmen auch Versorgungsangebote bzw. Dienste komplementärer Einrichtungen in Anspruch: 67 der 186 Klienten im GPV mit dieser Diagnose mussten 2011 deshalb im Krankenhaus behandelt werden, davon 55 im ZfP Südwürttemberg und weitere 12 in Kliniken, die nicht dem GPV angehören. Aus diesen Daten kann geschlossen werden, dass zumindest für die Patienten, die wegen besonders schwerer Verläufe stationär in der Allgemeinpsychiatrie und nicht in - nicht zum GPV gehörigen - psychosomatischen Fachkliniken behandelt werden, der quantitative Bedarf an Versorgungsangeboten im GPV gedeckt ist.

Bei den „affektiven Störungen“ ist der Anteil in der stationären Behandlung nur geringfügig höher, als in der komplementären Versorgung. Dass nur 59 der 252 im ZfP behandelten Personen mit dieser Diagnose auch komplementär im GPV versorgt werden, ist ein Hinweis darauf, dass fast die Hälfte der Betroffenen[4] keine Unterstützungsangebote des GPV sondern nur ambulante fachärztliche Behandlung (einschließlich Psychotherapie) und möglicherweise zusätzliche nichtpsychiatrische Hilfen in Anspruch nimmt. Ob dieser Sachverhalt so zu interpretieren ist, dass diese Personen die Angebote nicht kennen, sie nicht benötigen oder ob sie ihnen (z.B. von Kostenträgern) vorenthalten werden, kann aus den Zahlen nicht geschlossen werden[5]. Ebenso wenig lassen sich Schlüsse

4 insgesamt handelt es sich um 405 Personen (252+212-59), von denen 193 (252-59), also 47,6% nicht komplementär versorgt werden
5 vgl. dazu auch den Artikel “Wer rettet mich?” auf S. 28

dahingehend ableiten, um welche spezielle Untergruppe es sich bei den jeweiligen Klienten handelt, ob also beispielsweise eine bipolare oder eine schwer verlaufende unipolar depressive Ausprägung der affektiven Störung eher zur Inanspruchnahme von Angeboten des GPV führt.

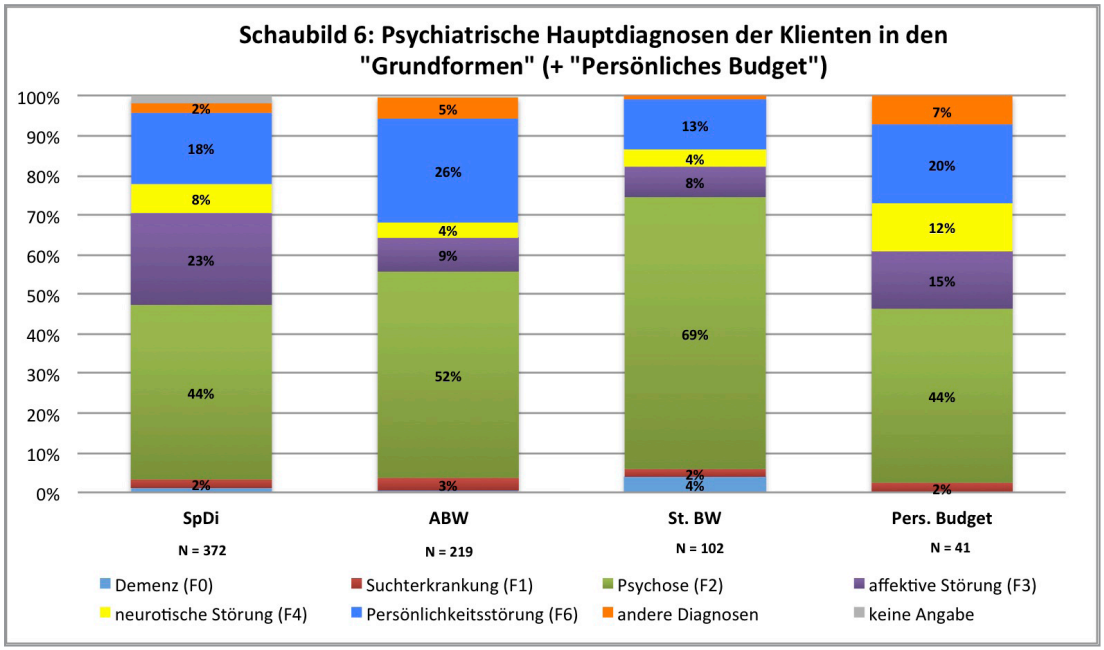
Gleiches gilt analog für die Diagnose „neurotische Störung“. Die Relationen sind hier aber noch ausgeprägter: der Anteil der Betroffenen, die keine Unterstützungsangebote des GPV in Anspruch nehmen, beträgt hier sogar knapp 71%.

II.2 Diagnosen in den komplementären Versorgungsformen

In Schaubild 5 ist die Entwicklung der Diagnosenverteilung in den komplementären Versorgungsformen seit 2008 dargestellt.

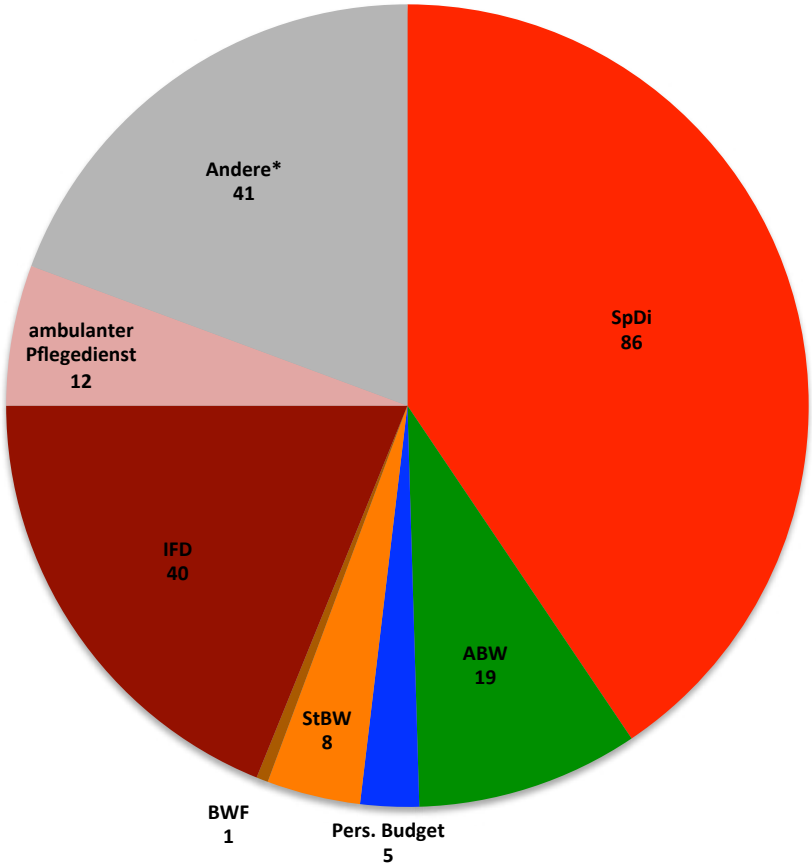
Das Schaubild zeigt keine besonderen Verschiebungen – lediglich einen leicht abnehmenden Anteil bei Klienten mit Psychosen (seit 2009 um 6%) und eine zunehmende Tendenz bei den Klienten mit Persönlichkeitsstörungen. Demenz- und Suchterkrankungen (als psychiatrische Hauptdiagnose) sind – wie im vorigen Abschnitt bereits erwähnt - in den Einrichtungen der komplementären Versorgung selten.

Gibt es Unterschiede bezüglich der Verteilung der Diagnosen in den Betreuungsformen der komplementären Versorgung? Schaubild 4 stellt diese Verteilung für die sogenannten Grundformen und das Persönliche Budget dar[6]: Unmittelbar auffällig ist der hohe Anteil von Klienten mit der Diagnose „Psychose“ im Stationär Betreuten Wohnen (StBW). Dies ist zum Einen sicherlich immer noch der „Bugwelle“ der Enthospitalisierung Ende der 80iger Jahre geschuldet, in deren Verlauf eine große Zahl



6 Das Betreute Wohnen in Familien (BWF) und das Fachpflegeheim wurden bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Wegen der geringen Klientenzahlen (BWF: 19/Fachpflegeheim: 21) ist eine prozentuale Darstellung nicht aussagekräftig, weil geringe Verschiebungen sich überproportional auswirken.

Schaubild 7: Verteilung der Klienten mit affektiver Störung in kompl. Versorgung (N=212)



*) ambulante Ergotherapie/Zuverdienst/Arbeitsgelegenheit nach SGB II/Tagesstätte

damals so genannter „Langzeitpatienten“ mit Psychosen aus den Kliniken in Heime entlassen wurden[7]. Zum Anderen spiegelt sich darin auch ein überdurchschnittlich hoher Hilfebedarf dieser Klientengruppe im Bereich „Wohnen und Selbstsorge“ aufgrund ausgeprägter Antriebslosigkeit (Minussymptomatik).

Personen mit einer Persönlichkeitsstörung, die komplexere Hilfeleistungen benötigen, finden sich dagegen signifikant häufiger in den ambulanten Betreuungsformen Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) und Persönliches Budget. Was Letzteres betrifft, ist hier die Verteilung der Diagnosen ausgeglichener und ähnelt eher der beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), als in den betreuten Wohnformen (Personen mit neurotischer Störung sind im Persönlichen Budget sogar relativ häufiger als beim SpDi). Dies kann als Bestätigung für den oft betonten Vorteil dieser Leistungsform gesehen werden, der darin besteht, dass sehr individuell ausgearbeitete Betreuungskonzepte verwirklicht werden können.

7 Dieser Effekt gilt ganz besonders für das BWF und das Fachpflegeheim

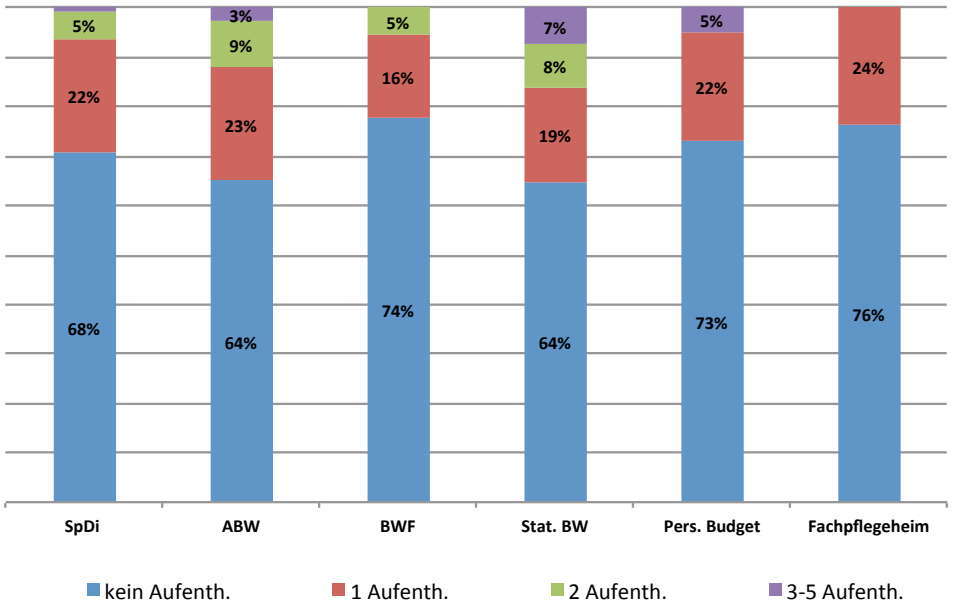
In Abschnitt II.1 wurde u.a. auf die Besonderheiten bei der Versorgung von Klienten mit affektiver Störung hingewiesen. Schaubild 7 stellt die Nutzung komplementärer Hilfsangebote durch diese Klientengruppe differenziert dar: von den 212 betroffenen Personen nehmen nur 33 (15,5%) komplexe Hilfen im Bereich Wohnen (ABW, StBW, BWF, Pers. Budget) in Anspruch, 81 Klienten erhalten Hilfen des Bereichs Arbeit und Beschäftigung (IFD und „Andere“), die übrigen Klienten nutzen ausschließlich den SpDi (86) und den ambulanten Pflegedienst (12).

III. Medizinische Behandlung

Im Versorgungsgebiet des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Bodenseekreis erfolgt die klinische Behandlung psychischer Erkrankungen durch die Kliniken des ZfP Südwürttemberg. Die Kliniken für Allgemeinpsychiatrie, für Suchterkrankungen und für Gerontopsychiatrie sind in den GPV integriert. Seit März 2011 werden Klienten aus dem Bodenseekreis überwiegend auf den beiden allgemeinpsychiatrischen Stationen im Neubau des ZfP beim Städtischen Klinikum Friedrichshafen[8] aufgenommen. Für Klienten mit Suchterkrankungen und über 65-jährige Personen (Gerontopsychiatrie) sind weiterhin die entsprechenden Stationen in Weissenau zuständig. Das ZfP bietet im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) auch ambulante fachärztliche Behandlung an den Standorten Friedrichshafen und Überlingen an.

2011 wurden in den genannten Kliniken 1173 Patienten aus dem Bodenseekreis behandelt. 281 von ihnen (25%) nutzten auch komplementäre Einrichtungen des GPV. Von den 768

Schaubild 8: Anteil der Klienten mit 0 bis 5 stationären Aufenthalten in den Grundformen (+"Persönliches Budget")



8 siehe „Ein Jahr Sektorpsychiatrie in Friedrichshafen“ auf S. 22

Tabelle 2: Dauer stationärer Aufenthalte (in Tagen)			
	kürzester	längster	Durchschnitt
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	1	300	11,4
Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	1	135	19,2
Stationär Betreutes Wohnen (StBW)	1	274	21,0
Betreutes Wohnen in Familien (BWF)	1	93	10,4
Fachpflegeheim	1	131	9,5
Persönliches Budget	3	170	24,5

betreuten Klienten in den „Grundformen“ und im Persönlichen Budget benötigten nur 235 (30%) einen oder mehrere stationäre Behandlungen wegen ihrer psychischen Erkrankung. Schaubild 8 gibt einen differenzierten Überblick über die einzelnen Betreuungsformen.

Obwohl sich die sogenannten Liegezeiten auch in den psychiatrischen Kliniken in den vergangenen Jahren deutlich verkürzt haben, ist aus Tabelle 2 ersichtlich, dass es nach wie vor bei psychischen Erkrankungen in Einzelfällen sehr lange Krankenhausaufenthalte gibt (hier bis zu 300 Tage). Im Durchschnitt lagen die Behandlungszeiten zwischen 9,5 Tagen bei den Klienten aus dem Fachpflegeheim und 24,5 Tagen bei denen, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets betreut werden.

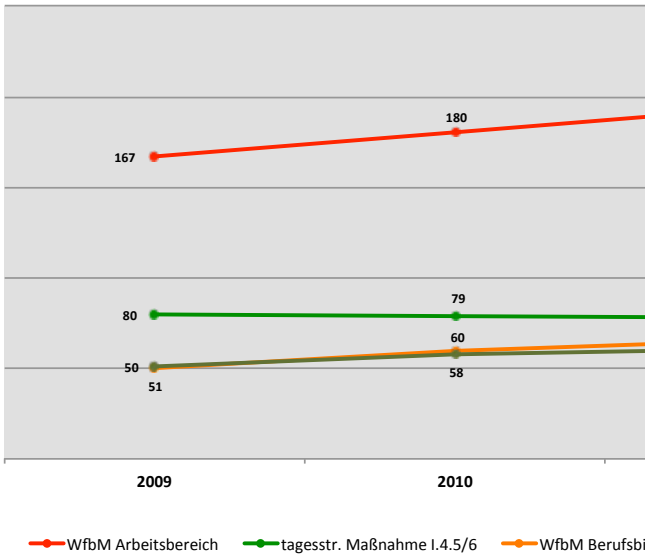
IV. Entwicklung der Betreuungsleistungen im Bereich Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung

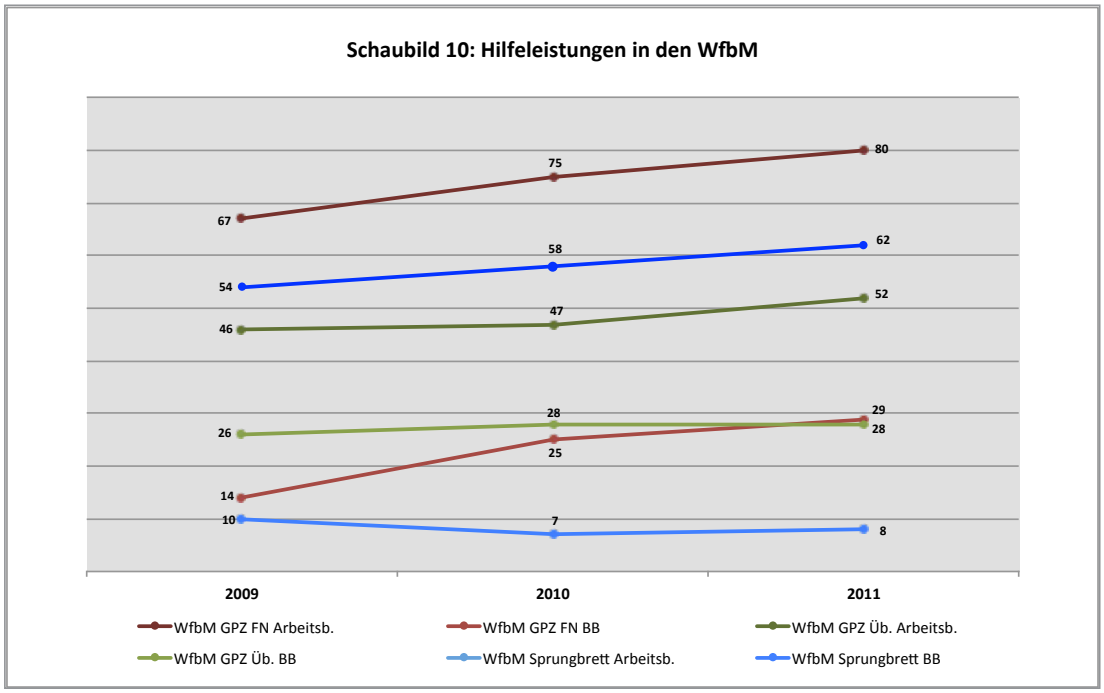
Die folgenden Schaubilder 9, 10 und 11 veranschaulichen die Entwicklung der Versorgungsangebote im Bereich Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung.

Dabei handelt es sich neben den klassischen Angeboten der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) – Berufsbildungs- und Arbeitsbereich – um unterschiedliche Angebotsarten, die sich auch an verschiedene Personenkreise richten:

- niederschwellige Angebote wie tagesstrukturierende Maßnahmen und Zuverdienstarbeitsplätze werden von den Kostenträgern der Eingliederungshilfe finanziert und dienen der Tagesstrukturierung und Hinführung zu regelmäßiger Beschäftigung in einer WfbM;

Schaubild 9: Hilfeleistungen im Bereich Arbeit & Bes



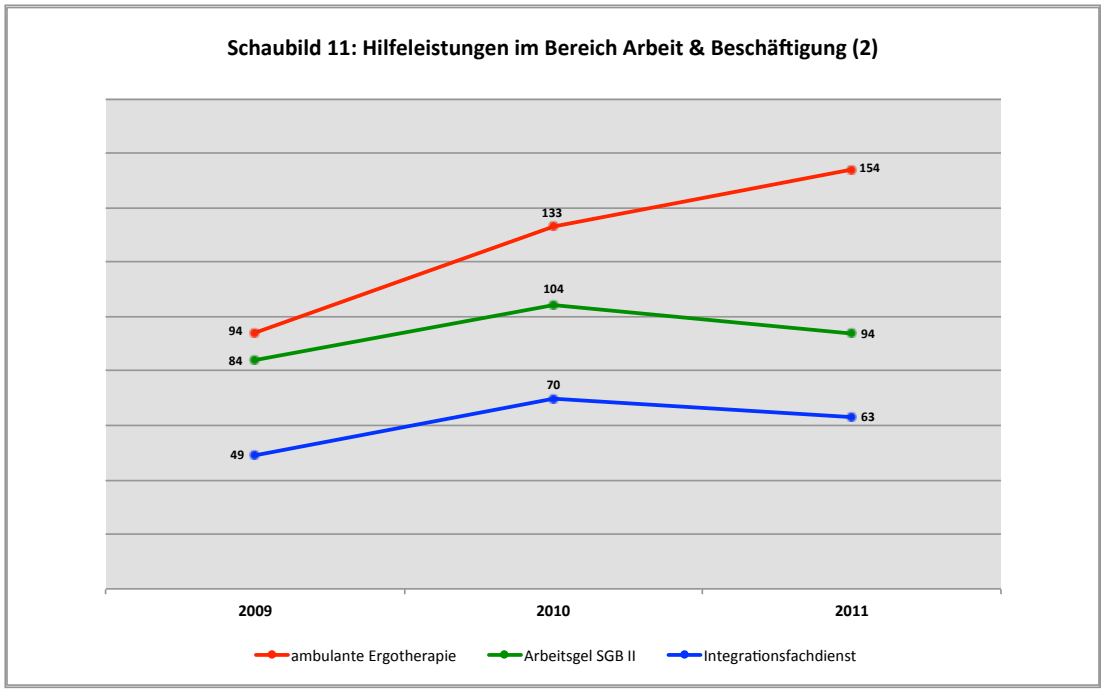


- Angebote wie Arbeitsgelegenheit nach SGB II und Maßnahmen des Integrationsfachdienstes (unterstützte Beschäftigung, berufliches Eingliederungsmanagement) dienen der (Re-)Integration psychisch Kranker Menschen in den ersten Arbeitsmarkt. Die Finanzierung dieser Maßnahmen erfolgt überwiegend aus Mitteln der Jobcenter oder Rehabilitationsträger.

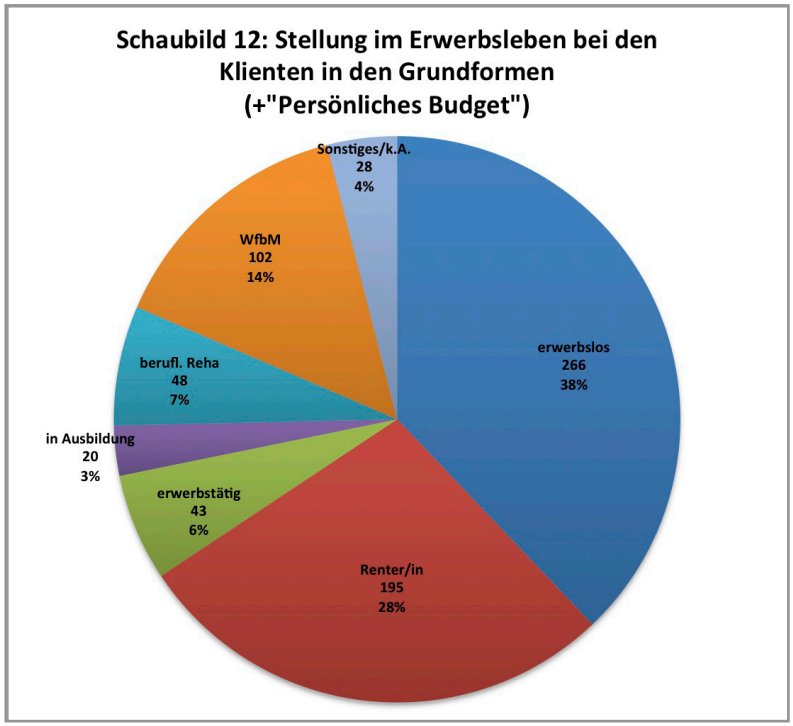
- ambulante Ergotherapie dient der Diagnostik und Therapie von funktionellen Einschränkungen, die durch die psychische Erkrankung entstehen. Sie wird vom Arzt verordnet und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Aus Schaubild 9 geht hervor, dass bei den Maßnahmen der Werkstätten für behinderte Menschen (Berufsbildungs- und Arbeitsbereich) ein Zuwachs von rund 8% gegenüber 2010 zu verzeichnen ist, der sich – wie Schaubild 10 zeigt - gleichmäßig über alle Werkstätten im Versorgungsgebiet verteilt. Bei den tagesstrukturierenden Maßnahmen und den Zuverdienstarbeitsplätzen stagnieren die Fallzahlen.

Was die weiteren Angebote betrifft, so zeigt Schaubild 11 einen deutlichen Zuwachs von über 14% für die ambulante Ergotherapie, während der IFD weniger Personen betreute als 2010 und auch im Bereich „Arbeitsgelegenheit nach SGB II“ weniger Menschen beschäftigt waren (jeweils rund 10%). Dieser Rückgang hat mit der „volatilen“ - weil von aktuellen Haushaltssituationen der Leistungsträger – bzw. in vielen Fällen projektbe-

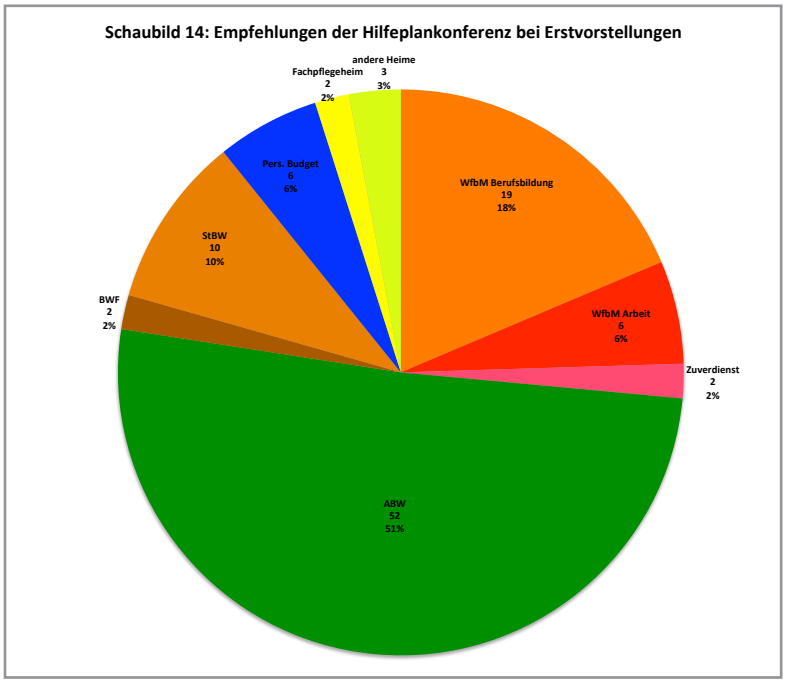


zogenen Finanzierung der entsprechenden Maßnahmen zu tun. Insgesamt nutzten 709 der 1158 im GPV betreuten Klienten eines der Angebote im Bereich Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung, das entspricht 61%. Dies wirft die Frage auf, ob unter den übrigen 39% auch Personengruppen sind, für die es noch keine befriedigenden Angebote zur Förderung ihrer Teilhabe am Arbeitsleben gibt. Das Schaubild 12 veranschaulicht die Verhältnisse für die Klienten, die in den „Grundformen“ betreut werden:



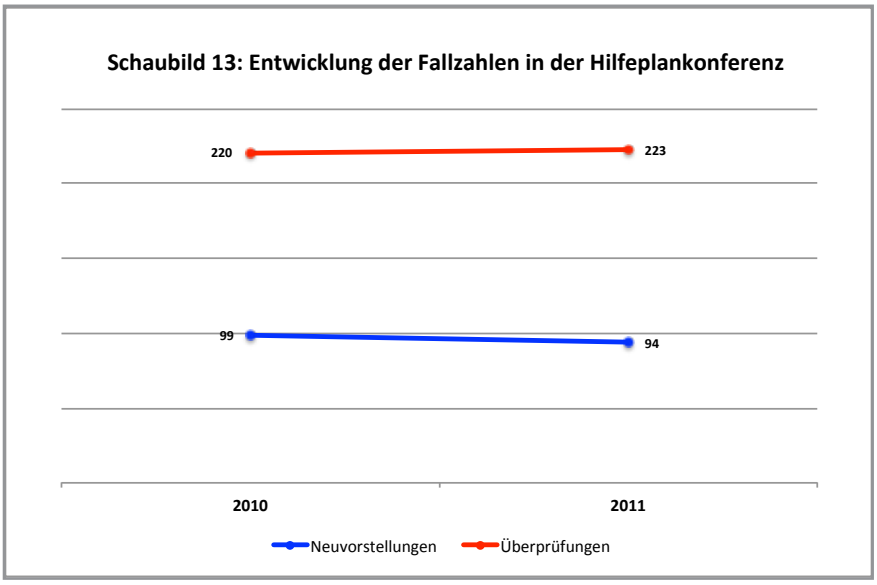
266 Personen (38%) sind erwerbslos, und mit Sicherheit ist auch ein beträchtlicher Anteil derer, die hier als Rentner erscheinen Empfänger von Rente wegen Erwerbsunfähigkeit und

nicht wegen Erreichen der Altersgrenze (vorsichtig geschätzt die Hälfte, also knapp 100 Menschen). Auch sie könnten von Förderung zur Beschäftigung profitieren. Dennoch nutzen nur 139 Klienten im Versorgungsgebiet die für diesen Personenkreis geeigneten tagesstrukturierenden Maßnahmen bzw. Zuverdienstarbeitsplätze (vgl. Schaubild 9).



V. Hilfeplankonferenz

Auch die stagnierenden Fallzahlen der Hilfeplankonferenz sind ein Indiz dafür, dass das Versorgungssystem des GPV mittlerweile quantitativ bedarfsgerecht entwickelt ist.



Bedauerlich ist, dass während des gesamten Jahres 2011 insgesamt nur 17 Klienten an den Fallvorstellungen teilnahmen.

Wie aus dem Schaubild 14 über die ausgesprochenen Empfehlungen ersichtlich ist, bezogen sich die meisten Empfehlungen auf die Wohnform Ambulant Betreutes Wohnen (51%) und die Aufnahme in den Berufsbildungsbereich der WfbM (18%).

Ein Jahr Sektorpsychiatrie in Friedrichshafen

Eine Zwischenbilanz

Am 15. März 2011 ging die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) Bodensee, der insgesamt dritte Satellit des ZfP Südwürttemberg/Die Weissenau, auf dem Gelände des Klinikums Friedrichshafen ans Netz. Nach über einjährigem Bestehen, Zeit für einen Rückblick und eine erste Bilanz.

Zunächst einige Daten: Insgesamt wurden im ZfP Südwürttemberg/Die Weissenau 1089 Patienten mit Wohnort Bodenseekreis im Geschäftsbereich KPP und Psychotherapeutische Medizin behandelt. Das sind insgesamt 100 Patienten mehr als im Vorjahr 2010. Rund ¼ dieser Patienten wurden allein im Suchtbereich des ZfP Weissenau behandelt.

Die KPP Bodensee alleine behandelte mit ihren beiden Stationen und insgesamt 44 Betten im Jahreszeitraum seit Eröffnung 751 Patienten, fast ausschließlich aus dem Bodenseekreis. Das sind je Station deutlich mehr Patienten als die damals zuständige Station für den Bodenseekreis im ZfP Weissenau. Rund 1/3 der Patienten wurde wegen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis behandelt, dicht gefolgt von depressiven Störungen mit 25%, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit rund 20%. Persönlichkeitsstörungen belegten mit 8%, Abhängigkeitserkrankungen mit etwa 8% und organische psychische Störungen einschließlich Demenz mit 4% Rang 4, 5 und 6 im Diagnosespektrum der Klinik. Da die Behandlung von Suchterkrankungen im Suchtbereich der Weissenau erfolgen soll, entspricht der Anteil der hier in Friedrichshafen behandelten abhängigen Patienten erwartungsgemäß dem Grundkonzept der Klinik. Etwa jeder 7. Patient war über 60 Jahre alt, was punktgenau der Bedarfsplanung der Klinik entspricht. Mit 21 Tagen liegt die durchschnittliche Verweildauer über alle Diagnosen im Trend des Gesamthauses. Alle 44 verfügbaren Betten der Abteilung waren ständig ausgelastet, die Belegung lag über 100%. Erfreulicherweise mussten nur in seltenen Fällen Patienten aus dem Bodenseekreis aus Gründen der Überbelegung ins Mutterhaus Weissenau weiter vermittelt werden. Der gegenwärtige Bedarf an psychiatrischen Betten für psychisch kranke Bürger aus dem Bodenseekreis war damit 2011 weitgehend gedeckt.

Im mehrfach preisgekrönten Gebäude der Klinik arbeiten mittlerweile acht Ärzte, davon

fünf Weiterbildungsassistenten (drei in Teilzeit). Die Klinik beschäftigt 31 Pflegekräfte, 4 Spezialtherapeuten, 2 Sozialarbeiterinnen, 2 Sekretärinnen und 2 Psychologie-Praktikantinnen, zum Großteil in Teilzeitbeschäftigung. Die Herausforderungen an ärztliches und pflegerisches Personal sind erwartungsgemäß hoch, um den Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Das ansprechende, überwiegend aus Glas, Holz und Beton errichtete Gebäude wird von den Nutzern der Klinik überwiegend positiv aufgenommen. Ganz entscheidend wird die entspannte Behandlungsatmosphäre durch die offenen Stationstüren geprägt. Die Öffnung der Stationen kollidierte allerdings mehrfach mit den technischen Brandschutzvorgaben: selbst- und fremdgefährdende Patienten entdeckten schnell den leuchtenden Not-Auf-Knopf an der kurzzeitig verschlossenen Eingangstüre, um diese zu öffnen und die Klinik zu verlassen.

Mit nicht unerheblichem finanziellem und baulichem Aufwand wurde nun eine richtlinienkonforme Lösung gefunden, die es der Klinik erlaubt, auch in Friedrichshafen ihren hoheitlichen Aufgaben dauerhaft gerecht zu werden. Die durch die konzeptionelle Kollision begünstigten Entweichungen einzelner Patienten führten Ende vergangenen Jahres zu leichten Spannungen mit den örtlichen Behörden, die aber mittlerweile behoben werden konnten. Weitere Kinderkrankheiten, wie etwa zu scharf eingestellte Brandmelder, lösten dreimalig Feuerwehreinsätze aus, nachdem Patienten zu heiß geduscht hatten. Auch hier musste nachgebessert werden.

Der Kontakt mit den Versorgungsleistern der Region, allen voran dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den Gemeindepsychiatrischen Zentren, den niedergelassenen Nervenärzten und Hausärzten, den Heimen sowie dem Klinikum Friedrichshafen, gestaltete sich positiv. Insbesondere konnte das Konsilwesen im Klinikum Friedrichshafen für psychiatrisch-komorbide Patienten im Klinikum erfreulich ausgebaut werden, sodass durchschnittlich 2-3 Konsile täglich von den Mitarbeitern der KPP Friedrichshafen und der im gleichen Gebäude untergebrachten SINOVA Klinik für psychosomatische Medizin Friedrichshafen durchgeführt werden. Somit konnte die Versorgung depressiver, psychotischer, dementer Patienten, sowie Patienten mit Krebserkrankungen und nach Traumatisierung durch Unfälle auf schnelle und unkomplizierte Weise sicher gestellt werden. Nach wie vor sind wir bemüht das Behandlungskonzept zu verbessern, das Therapieangebot zu differenzieren, die Angehörigenarbeit zu intensivieren und den familiensystemischen Ansatz sowie spezielle Verfahren wie die Elektrokrampf-Therapie und das Bio-Feedback im Behandlungsalltag zu implementieren.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Auslagerung der Sektorspsychiatrie in den Bodenseekreis die Versorgung der psychisch kranken Menschen in der Region deutlich verbessert hat und die baulichen und geographischen Gegebenheiten eine günstige Voraussetzung für eine weitere Verbesserung der Situation dieses Personenkreises liefern.

Dr. med. Ingo Asshauer
Chefarzt KPP Friedrichshafen

Hilfe für Menschen mit Suchtproblematik

Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete (PSB) der Diakonie wird Mitglied im GPV

Im Bodenseekreis ist die Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete (PSB) der Diakonie die zentrale Anlaufstelle für Menschen mit Suchtproblemen. Als Ergänzung hierzu bietet die Psychiatrische Institutsambulanz Sucht (PIA) des ZfP Südwürttemberg in Überlingen und Friedrichshafen jeweils Sprechstunden an. Im Bereich der Versorgung von Drogenabhängigen und jungen Abhängigen und Konsumenten existiert mit der Streetwork und dem Kontra ein weiterer niedrigschwelliger Zugangsweg für diese Personengruppen. In der näheren Region existiert zusätzlich ein breites Versorgungsangebot verschiedenster Träger von Suchthilfeeinrichtungen. Neben der ambulanten Versorgung im Bodenseekreis durch die Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete und die PIA, werden ambulante, ganztägig ambulante (Tages-) und stationäre medizinische Rehabilitation, stationäre, teilstationäre und ambulante suchtpsychiatrische Behandlung über verschiedene Träger angeboten. Im Bodenseekreis wird die Versorgung in der Suchtkrankenhilfe durch die Arbeit von insgesamt 38 suchtspezifischen Selbsthilfegruppen unterstützt und ergänzt. All diese unterschiedlichsten Einrichtungen und Institutionen sind untereinander vernetzt und im Regionalen Suchthilfenetzwerk Bodensee – Oberschwaben zusammengeschlossen.

Im Suchthilfenetzwerk Bodensee-Oberschwaben wurde nach dessen Gründung 2006 eine eigene Fallkonferenz zur Versorgung von Suchtkranken mit komplexem Hilfebedarf eingerichtet. Diese Fallkonferenz wurde im Rahmen einer Projektphase bis Ende 2008 durchgeführt. Aufgabe war die einzelfallbezogene Hilfeplanung mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung. Ende 2008 wurde diese Projektphase durch das Suchthilfenetzwerk Bodensee - Oberschwaben beendet, da die meisten Fälle unter Beteiligung überregionaler Kostenträger zu entscheiden waren, diese aber nicht direkt in die Fallkonferenzen einzubinden waren. Die Fälle in dieser Zuständigkeit werden auch in Zukunft unter den jeweils Beteiligten selbst geregelt und bilateral geklärt.

Vor diesem Erfahrungshintergrund haben wir im Bodenseekreis entschieden ab 2009 die Menschen mit Suchtproblemen und einem komplexen Hilfebedarf, die nicht mit überregionalen Kostenträgern zu besprechen sind, in die bestehende Hilfeplankonferenz des GPV einzubringen. Seit dieser Zeit ist die Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete Mitglied in der HPK Bodenseekreis. Zunehmend konnten danach Menschen aus unserem Versorgungsbereich in der HPK vorgestellt und versorgt werden. Meist werden die durch uns versorgten Suchtpatienten in Absprache von den Einrichtungen der stati-

onären Suchthilfen vorgestellt. Die Zahl der vorgestellten Klienten stieg in den letzten Jahren deutlich an. Die Aufnahme der PSB in die HPK und die explizite Aufnahme bestehender Suchtdiagnosen in das Vorstellungsprotokoll der HPK hatte zur Folge, dass auch bei den bereits im System versorgten Menschen vermehrt Suchtproblematiken festgestellt wurden. Über verschiedenste Kooperationen mit den Trägern des GPV wurde 2010 und 2011 versucht die Versorgung auch für die Klienten, bei denen Suchtprobleme in Zusammenhang mit einer primären chronischen psychischen Erkrankung oder Behinderung auftreten, durch gemeinsame Angebote zu verbessern. Hier besteht für die Zukunft noch erheblicher Ausbau- und Verbesserungsbedarf. Gemeinsam wurden hier auch 2011 einige Klientinnen und Klienten in verschiedenen Wohnformen betreut. Besonderer Bedarf besteht weiter für das ABW nach vorheriger Rehabilitationsbehandlung, welches zeitlich auf 6 Monate befristet ist und von der vorbehandelnden Rehabilitationseinrichtung beantragt wird. Allgemein besteht erheblicher Bedarf nach sogenanntem „trockenem“ Wohnraum in „trockenem“ Umfeld, was es Suchtpatienten mit komplexem Hilfebedarf erst ermöglicht aussichtreiche Abstinenzversuche zu machen oder in eine zufriedene Abstinenz zu finden.

All diese Entwicklungen haben 2011 dazu geführt, dass die Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete der Diakonie über ihren Träger den Evangelischen Kirchenbezirk die offizielle Mitgliedschaft im GPV Bodenseekreis beantragt hat und letztlich als Mitglied in den GPV aufgenommen wurde.

Für die Zukunft stehen neben den bereits erwähnten Weiterentwicklungen für 2012 vor allem, die sowohl im Suchhilfenetzwerk Bodensee-Oberschwaben als auch im GPV Bodenseekreis in den Blick genommenen Fragen zu den Schnittstellen der beiden Versorgungsbereiche im Bodenseekreis an. Hier stehen eine Reihe von Themen zur Besprechung und Klärung, wie die zukünftige Kooperation und Weiterentwicklung der Systeme, der stationären und ambulanten Wohnangebote oder die Abstimmung des zukünftig gemeinsamen Vorgehens. Erste Gespräche hierzu laufen bereits.

Jürgen Schuler M.A.
Leiter Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete der Diakonie im Bodenseekreis

Aufgaben und Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Dienstes

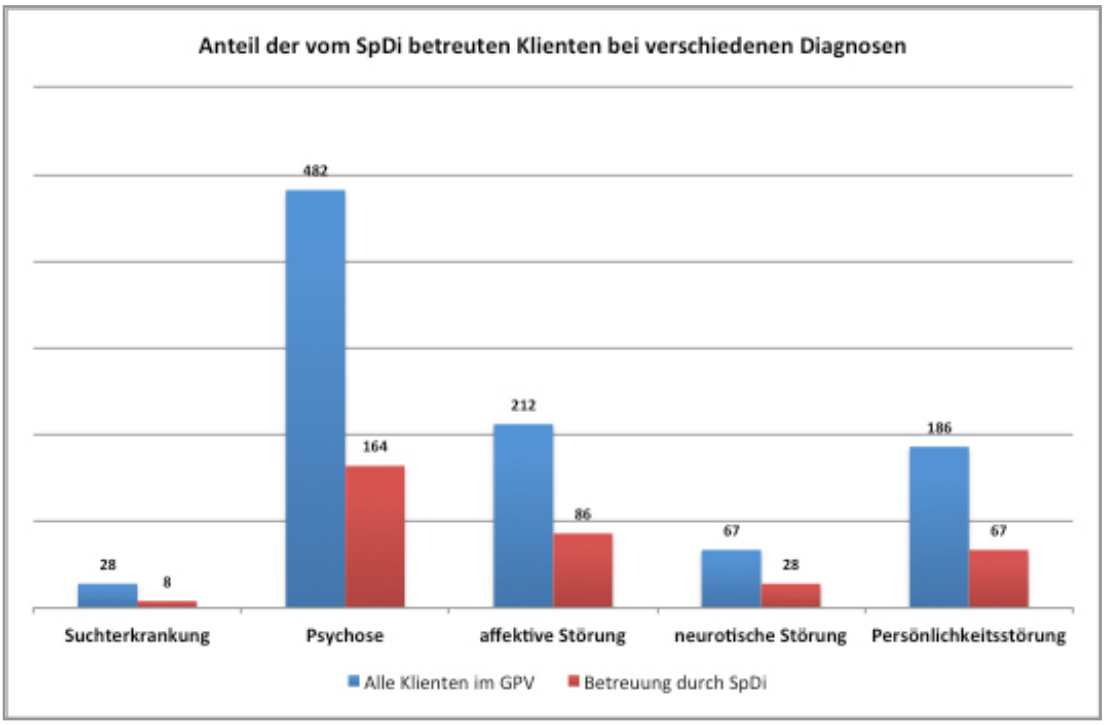
Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist – abgesehen von der Tagesstätte - das einzige nicht fallbezogen finanzierte Unterstützungsangebot für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg.

Aufgrund der vom Gesetzgeber definierten Aufgabenstellung erreicht er im Prinzip alle von psychischer Erkrankung betroffenen Personen; er ist nicht nur für die Erkrankten selbst Anlaufstelle, sondern auch für Angehörige und andere Kontaktpersonen oder rechtliche Betreuer und Mitarbeiter von anderen professionellen Diensten. Durch seine Öffentlichkeitsarbeit wirkt er auch allgemein in die Gesellschaft hinein.

Die Expertenkommission der Bundesregierung definierte 1988 u.a. folgende Aufgaben des SpDi:

- *Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,*
- *Vorsorgende Hilfen, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,*
- *Nachgehende Hilfen um den Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden,*
- *Die Durchführung von Hausbesuchen, um die Situation in der Wohnung und dem näheren sozialen Umfeld persönlich kennenzulernen, ggf. auch um unmittelbar eingreifen zu können,*
- *Koordination der Einzelhilfen,*
- *Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion..., insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,*
- *Zusätzliche Hilfeangebote in Form von Gruppenangeboten für einzelne Patienten, Gruppen und Angehörige, Initiierung von Laienhelfer- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionsberatung*

Damit erhält der Dienst eine wichtige Steuerungsfunktion als „Gatekeeper“ für die intensiveren ambulanten und stationären Betreuungsangebote im GPV, wenn z.B. nach mehreren stationären Aufenthalten entschieden werden muss, ob zusätzliche Hilfen im Alltag nötig sind.



Eine besondere Bedeutung kommt dem SpDi bei der Versorgung von Klienten mit affektiven und neurotischen Störungen zu. Jeweils über 40% der Klienten im GPV mit diesen Diagnosen werden vom SpDi betreut.

Von den Ressourcen des SpDi ist u.a. auch die Durchlässigkeit des Versorgungssystems von ambulant nach stationär und umgekehrt abhängig. Knappe Ressourcen fördern die Tendenz, Klienten früher in andere – in der Regel intensivere, weniger inkludierende und teurere - Betreuungsformen zu vermitteln, auch wenn nur vorübergehend ein erhöhter Hilfebedarf besteht. Dies ist oft nach stationären Aufenthalten nötig, da die Klienten mittlerweile schneller aus der Klinik entlassen werden. Auch der Weg zurück von stationär nach ambulant erdordert vorübergehend ein erhöhtes Engagement des SpDi für die Klienten und strapaziert dessen Ressourcen.

Die Landesregierung Baden-Württembergs ist sich dieser Problematik bewusst geworden und plant, ihren Förderanteil für den SpDi, der 2011 einmalig € 38.700 betrug, im Laufe der Legislaturperiode zu verdoppeln und somit wieder den gleichen Anteil an der Finanzierung des Dienstes zu tragen wie der Landkreis. Damit eröffnet sich die Perspektive, dass durch Intensivierung der SpDi-Betreuung in Kombination mit weiteren ambulanten Leistungen mehr Klienten auf Dauer durch ambulante Dienste und damit im eigenen häuslichen Umfeld versorgt werden können.

Renate Lau, Pauline 13

Reiner Barth, Landratsamt Bodenseekreis
Sozialplaner

Berichte von Betroffenen

Wer rettet mich, wenn ich im Tunnel stehe?

Ich persönlich bin Betroffene. Betroffen macht mich zu allererst vor allem die Wortwahl. Betroffen: Synonyme für betroffen: bestürzt, betreten, aufgelöst, befangen, beklommen, beschämt, verwirrt, außer sich. Ist dies „Achtsame Sprache“, wie sie selbst von Mitarbeitern aus dem sozialpsychiatrischen Bereich im Umgang mit psychisch-kranken Menschen gefordert wird?

Wir Betroffene sind das Produkt des GPV. Die gesamte Psychiatrielandschaft baut sich um uns herum auf. Wir sind nicht nur Leistungsempfänger, wir bringen auch Leistung, denn in „Hochzeiten“ haben auch wir die Power, etwas umzusetzen. In einem Forum des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Regio 2012 in Esslingen sagte eine ehrenamtlich tätige ältere Dame, als sie nach der Vorstellungsrunde in die Menge blickte: „Mein Gott, das sind ja alles intelligente Menschen.“

Ich stelle mir die Frage: Was waren die Gründe einen GPV zu gründen? Sind diese heute noch aktuell, zeitgemäß, im Trend sozusagen? Sind sich die Menschen, die dieses Produkt „psychisch-kranker Mensch“ handeln, ihrer Verantwortung bewusst? Ich sage: „Ja!“

Im Bodenseekreis finden sich mehr Helfer als vielerorts. Die Feuerwehr für Psychos: Pauline 13 z.B., deren Mitarbeiter viele Dienste bestimmt unbezahlt machen, Handys anlassen, weil sie nachts schon angerufen wurden:

„Hilfe ich bin gerade aufgewacht
und steh´ in Überlingen im Tunnel!“

Die Mitarbeiterin der Pauline wusste sofort, die junge Frau ist mitten in einer Psychose. Sie verständigte sofort die Polizei, der gesamte Schienenverkehr wurde lahmgelegt, wieder eine Klientin für´s System gesichert. Bezahlt bekommen hat das die Mitarbeiterin der Pauline mitten in der Nacht wahrscheinlich nicht. Ihr ehrenvoller Einsatz wäre auch ein Bundesverdienstkreuz wert gewesen. Noch ein Hinweis in dieser Sache: Die Gerettete hat sich nach der Rettungsaktion wieder so gut erholt, dass sie arbeiten kann und dies sogar in einem Außenarbeitsplatz.

Dass Politiker und die führenden Kräfte der Landratsämter und Rathäuser, Krankenkassen und anderer Leistungserbringer oder –träger überhaupt darüber nachdenken müssen, ob dies bezahlt werden müsse oder gar die Kosten für solche Aktionen gestrichen werden, ist für den Juristen schon mehr als verwerflich. Der ganz normal denkende und empfindende Bürger ist einfach schockiert über ein solches Denken und bitte: Man kann dadurch krank werden. Psychisch krank! Burn-Out! Psychose! Geschlossene! Gott sei Dank gibt es die Geschlossene seit der Eröffnung des KPP Bodenseekreis im herkömmlichen Sinn nicht mehr.

Und dann dürfen wir uns nicht fragen, ob diejenigen, die die Gesetze machen, wohl Spaß daran haben, Menschen leiden zu sehen oder etwa gar nicht hinsehen, wegsehen, bewusst oder unbewusst. Tunnelblick aufsetzen, um

sich aufs Wesentliche zu konzentrieren? Was ist denn bitte wesentlicher als ein Menschenleben zu retten?

Sind dies bedrohliche Ziffern, wenn wir erfahren, immer mehr Menschen werden psychisch-krank? Die Fallzahlen in der Hilfeplankonferenz (HpK) belaufen sich lt. Aussage des Sozialplaners aktuell auf ca. 8 Neuzugänge und 19 Wiedervorlagen pro Konferenz und diese finden monatlich statt. Mir machen diese Zahlen keine Angst. Nein, ich als Betroffene sehe dies durchaus so, dass hier ein Markt gefunden wurde, der boomt und warum? Die Menschen, die sich psychisch nicht mehr fit fühlen, sehen - allein schon dadurch, dass wir alle persönliche Hemmschwellen überwinden, hinaus gehen in die Welt und uns outen - ja wir sind es, wir waren es und es kann wieder passieren, aber wir leben damit und hier am Bodensee doch wirklich wie im Paradies, dies muss nun allein aufgrund unseres Standortes einmal so geschrieben werden.
Unser derzeit amtierender Außenminister, Dr. Guido Westerwelle sagte in seiner Rede beim Neujahrsempfang am 21.01.2011 im Konzil Konstanz:

„Ich bin gerne hier... Hier unten ist das Leben so liebenswert. So viele beneiden uns darum, auch in Europa. Und was ganz wichtig ist, Baden-Württemberg hat eine Jugendarbeitslosigkeits-Rate von 2,7 %, das ist europaweit Rekord.“ (Anmerkung der Autorin: Hier kümmert man sich um die Jugend, die Alten und auch um psychisch-kranke Menschen). „Und wenn ich mit meiner Auffassung als der letzte Mohikaner gelte, wir mussten den Haushalt konsolidieren, um in der Weltliga dabei zu sein. Deutschland lebt vom Grips. Öl ist bei uns nicht zu finden. Unsere Goldreserven sind überschaubar. Das Gold ist in unseren Köpfen.
Daher setzen wir auf Breitenförderung und Begabtenförderung. Und müssen hier die richtige Balance finden. Wir brauchen die Bildungselite in Deutschland. Die Erfinder, um Arbeitsplätze zu schaffen.
Wir verfügen über ein vielseitiges, maßgeschneidertes Bildungssystem.“

Nun kommen wir zum letztendlichen Grund, warum wir Betroffenen in diesem Jahresbericht 2011 zu Wort kommen sollen und dürfen: Es ist das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). Dazu schreibt Hubert Hüppe, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen im Vorwort der von seinem Amt herausgegebenen Broschüre mit dem Text der Konvention[9]

„Liebe Leserin, lieber Leser,

das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – kurz BRK) dient der Umsetzung und dem Schutz von Menschenrechten. Die Konvention ist am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten. Sie zeigt, was die bestehenden Menschenrechte für Menschen mit Behinderung bedeuten und wie sie in den unterschiedlichen Bereichen unserer Gesellschaft umzusetzen sind. Das Recht auf Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist das zentrale Menschenrecht. Die Konvention hat das Leitbild der sogenannten „Inklusion". Das bedeutet: Nicht der Mensch mit Behinderung muss sich anpassen, um „dabei" sein zu können, sondern wir müssen alle gesellschaftlichen Bereiche seinen Bedürfnissen entsprechend anpassen und öffnen. Niemand darf ausgegrenzt werden. Die Bundesregierung und einige Bundesländer arbeiten an Aktionsplänen, in denen Maßnahmen beschrieben werden, die zur Umsetzung der Konvention notwendig sind. Entsprechend dem Geist der Konvention beteiligt die Bundesregierung dabei – wie noch bei keinem anderen politischen Vorhaben – die Betroffenen und ihre Verbände. Was alles verändert werden muss, um die Teilhabe Aller tatsächlich zu ermöglichen, wird in zahlreichen Veranstaltungen und Veröffentlichungen diskutiert. Damit auch Sie mitdiskutieren können, finden Sie den Inhalt der Konvention in diesem Heft in der amtlichen deutschen Übersetzung, aber auch den englischen Originaltext. Zusätzlich veröffentliche ich erstmals auch die sogenannte deutsche „Schattenübersetzung", die von Menschen mit Behinderungen erarbeitet wurde. Für Menschen mit Lernschwierigkeiten gibt es den Text in leichter Sprache. Ich wünsche mir die Mithilfe aller, damit der Text der UN-Konvention so schnell wie möglich Wirklichkeit wird!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Hubert Hüppe
Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen"

Artikel 33 der Konvention, der die konkrete innerstaatliche Umsetzung und deren Überwachung zum Inhalt hat bestimmt in Absatz 3: *„Die Zivilgesellschaft, insbesondere Menschen mit Behinderung und die sie vertretenden Organisationen, wird in den Überwachungsprozess einbezogen und hat in vollem Umfang daran teil".*

Am 3. Mai 2008 ist das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Kraft getreten.

9 Diese Broschüre steht unter folgendem Link zum download bereit: http://www.behindertenbeauftragter.de

Nachdem Ecuador am 3. April als zwanzigster Mitgliedsstaat die Ratifikationsurkunde in New York hinterlegt hat, ist das Übereinkommen nun, vier Wochen später für alle Mitgliedsstaaten, die bereits ratifiziert haben, völkerrechtlich wirksam. Dieses universelle Vertragsinstrument konkretisiert bestehende Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel, ihre Chancengleichheit in der Gesellschaft zu fördern.

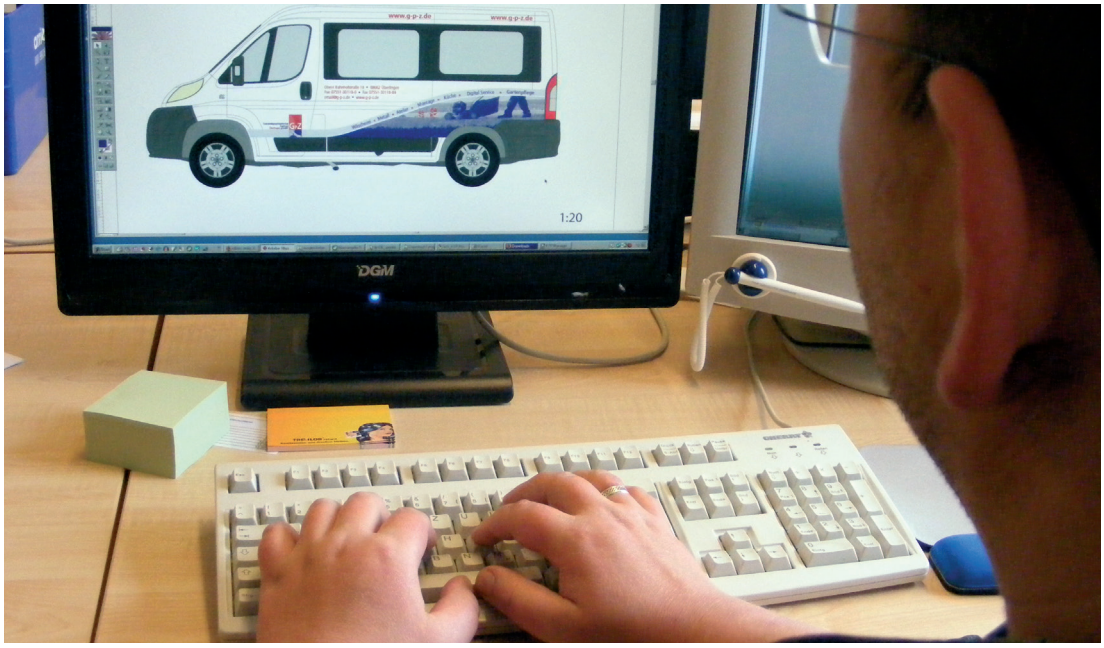
Das Vertragswerk stellt einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Rechte von weltweit rund 650 Millionen behinderten Menschen dar. Deutschland hat als einer der ersten Staaten das Übereinkommen am 30. März 2007 unterzeichnet. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales arbeitet verstärkt daran, die Ratifikation innerstaatlich voranzutreiben.

Wohlgemerkt das Übereinkommen wurde am 30. März 2007 unterzeichnet und die Bemühungen etwas innerstaatlich voranzutreiben dauern im Zeitalter von internet, social media, t-mobile etc. nun schon mehr als 5 Jahre, das musste die Badische Hausfrau gerade nochmal zur Prüfung direkt an den Fingern abzählen.

Lassen Sie uns abschweifen in die nahe Ferne. Ich war am 24.03.2011 in der Aula der Uni St. Gallen. Dort wurde im Rahmen des Symposiums *„Zeigen Sie, dass es geht! Arbeitswelten von Menschen mit Behinderung“* der ComToAct Award[10] verliehen. Den 1. Preis für Großunternehmen erhielt AUDI Deutschland.

Es waren hauptsächlich körperlich behinderte Menschen anwesend. Ich muss ehrlich gestehen, was ich bereits in dieser Einladung vermisste, waren die Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankung behindert wurden. Daher führte kein Weg daran vorbei, mich auf den Weg nach St. Gallen zu machen, weil ich wissen wollte, was wird für uns getan, was können wir tun oder ändern.
Der Sponsor des ComToAct Award war die Evangelisch-reformierte Kirche des Kanton St. Gallen, vertreten durch Urs Noser, Kirchenrat Rheintal. Dessen Fazit: *„Alle Menschen sollten nach ihren Begabungen und Stärken gemessen werden, nicht an Schwächen und Beeinträchtigungen.“*

10 ComToAct steht für Commitment to act = Engagement bzw. Verpflichtung zum Handeln. Der ComToAct-Preis wird vom Center for Disability and Integration (CDI) (Zentrum für Behinderung und Integration) der Universität St. Gallen verliehen.



Interessant waren auch die Zahlen die Prof. Dr. Stephan Böhm, Direktor des CDI-HSG in seinem Vortrag „Gezeigt, dass es geht! Erfolgreiche Praxisbeispiele aus Unternehmen“ aufzeigte. Weltweit sind behinderte Menschen die größte Minderheit mit einem Anteil in 2011 von 650 Mio Menschen lt. WHO (World Health Organisation – Welt Gesundheits Organisation), was 10 % der Gesamtbevölkerung entspricht, es gab in 2006 lt. UN in der EU bereits 16 % behinderte Menschen. Und was auffällt, die psychischen Diagnosen sind der häufigste Invaliditätsgrund.

Mittlerweile bin ich nach 7 jähriger Tätigkeit im GpZ Überlingen im Digital Service zur Werkstatträtin gewählt worden. Es ist bundesweit bislang doch eine außerordentlich einmalige Chance, was uns hier offeriert und geboten wird an Akzeptanz und vor allem, dass wir unseren Fähigkeiten und Ausbildungen entsprechend eingesetzt werden können. Ich hatte bisher gar keine Zeit darüber nachzudenken, ob ich hierauf besonders stolz bin oder ein derartiges Amt mit Würde füllen möchte oder kann. Nein, der Grund, mich zur Wahl aufzustellen zu lassen, war, etwas für mich persönlich voranzutreiben und letztendlich dient dies Allen! Mein eigener Beitrag an die Gesellschaft, ich habe Hilfe erfahren über lange Jahre hinweg, bin dankbar und versuche nun zurückzugeben, wenn auch nur auf indirektem Wege.

Daher denke ich, sind wir auf dem richtigen Weg, wenn wir eigene Interessen stärker wahrnehmen, nach dem Motto: „Hilf dir selbst, dann hilft Dir Gott!“

Wir haben im GPZ Überlingen sogar das Angebot einen Englisch-Kurs zu besuchen. Das Wort one-upmanship haben wir mit Überheblichkeit übersetzt. Die Dozentin bezog dies auf die Situation, die manche Lehrer

einnehmen, weil sie mehr zu wissen vorgeben. Bitte: Dieses one-upmanship nehmen auch manchmal Mitarbeiter von Behörden für sich in Anspruch und spielen es gegen Menschen, die dringend auf deren Hilfe angewiesen sind, durchaus aus oder vermitteln zumindest den Eindruck. Zu diesem Thema möchte ich zum Schluss Hermann Hesse zu Wort kommen lassen[11]:

„Lebendige und zielbewußte Fürsorge stößt überall auf Hemmnisse und Widerstände in Bürokratentum, Wichtigmacherei, Streberei und dilettantischer Unsachlichkeit. Daß das Wichtigste gut und rasch geschehe, das scheitert unendlich oft nur an der Gleichgültigkeit oder gar Feindseligkeit eingesessener Vereine und Instanzen oder – noch häufiger – an persönlichen Interessen und persönlicher Eitelkeit einzelner. Um solche Widerstände besiegen zu können, ohne Dreiviertel der verfügbaren Energiedaran zu verschwenden.., dafür ist ein Zusammenschluß all derer nötig, die zum Helfen fähig und reinen Willens sind. Es gibt deren genug, in hundert Behörden und Vereinen sind einzelne zu finden. Die Besten sitzen irgendwo allein, nachdem sie sich verbittert zurückgezogen haben. Sie alle, die zerstreut keine Macht haben gegenüber der Routine der Bürokraten und Gschaftelhuber, gilt es zu sammeln, damit sie eine unwiderstehliche, das Gute wirkende Macht werden.“

Bitte, bevor laufend Aufwand betrieben wird und soziale Einrichtungen besucht werden zur Untersuchung, um mit dem Bleistift zu kürzen und zu radieren.

Kommen Sie uns besuchen, nicht am Tag der offenen Tür, nein nur mutig ohne Anmeldung, einfach als Interessenten, um zu sehen, wie professionell Betroffene und Mitarbeiter beispielsweise in den Gemeindepsychiatrischen Zentren im Bodenseekreis miteinander arbeiten. Was produziert wird, wie produziert wird. Was umgesetzt wird. Wie wir werben. Wir ziehen alle unseren Hut vor den Geschäftsführern im Bodenseekreis, die das Schiff in der Krise nicht verlassen haben und sicher gesteuert haben im Sturm. In anderen Landkreisen hat man den Klienten einfach das Geld radikal gekürzt. Wir haben das große Glück, dass wir von Menschen mit Verstand und Courage geführt wurden und immer noch werden. Und deren Philosophie dringt bis in die Basis durch. Danke.

Wir sollten uns alle gemeinsam bei der Anpassung an EU Richtlinien nicht im Wege stehen und uns nicht gegenseitig behindern, denn behindert wird, wer gehindert wird. Lassen wir uns doch abschließend auf den Gedanken ein, dass Behinderungen wirklich keine Krankheiten sind, sondern Besonderheiten, da wir doch alle etwas Besonderes ausstrahlen.

Daniela Schmid
Werkstatträtin GPZ Überlingen

11 Auf diese Worte aus Hesses „Lektüre für Minuten“ bin ich durch einen Beitrag von Dr. Gustav Schöck vom Landesverband Gemeindespsychiatrie Baden-Württemberg bei der Tagung „Teilhabe sichern – Vernetzung im Sozialraum Gemeinde“ in Stuttgart im April 2010 aufmerksam gemacht worden; er zitierte sie am Schluss seines Vortrags „20 Jahre Landesverband Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg“. (http://de.scribd.com/doc/36551566/HERMANN-HESSE-LEKTURE-FUR-MINUTEN-FOLGE-2)

Angehörigengruppe

Die Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch kranker Menschen

Wer wir sind:

Die Selbsthilfegruppe wurde vor 24 Jahren gegründet. Inzwischen gibt es eine Gruppe „Bodenseekreis-West“ in Überlingen und eine Gruppe „Bodenseekreis-Ost“ in Friedrichshafen. Die Überlinger Gruppe trifft sich sporadisch, die Gruppe Friedrichshafen immer am letzten Dienstag im Monat in der Tagesklinik in Friedrichshafen. Meistens kommen 10 bis 15 der etwa 30 Mitglieder zu den monatlichen Treffen.

Was wir tun:

In der Begegnung miteinander können wir unsere Sorgen und Nöte austauschen; im Erfahrungsaustausch lernen wir, mit der Erkrankung unserer Angehörigen besser umgehen zu können. „Neulingen“ in der Gruppe versuchen wir, mit Rat und Tat zu helfen.
Wir bilden uns weiter, in dem wir kompetente Fachleute zu Vorträgen und Diskussionen einladen oder an Fachtagungen teilnehmen. Auch die Rundbriefe unseres Landesverbandes enthalten wertvolle Beiträge. Aber auch die Geselligkeit kommt nicht zu kurz: wir unternehmen gemeinsame Ausflüge und treffen uns auch mal zum Grillen.

Was wir uns wünschen:

Wir wünschen uns ganz besonders, dass sich Kostenträger und Dienstleister im GPV gemeinsam mit uns um das Wohl der uns anvertrauten Menschen kümmern. Im vergangenen Jahr haben wir uns immer wieder mit der Sorge von Angehörigen beschäftigt, dass im Betreuten Wohnen die Betreuungsqualität nachlässt, dass z.B. Suchtprobleme und Verwahrlosung zunehmen und Beschäftigungs-, bzw. Freizeitangebote Personaleinsparungen zum Opfer fallen. Wir wünschen uns, dass diese Entwicklung nicht weiter fortschreitet und die Betreuungssituation wieder verbessert wird.

Helmut Lukas, Tettnang

Unabhängige Beschwerdestelle

Seit Oktober 2011 gibt es im Bodenseekreis für psychisch Kranke und deren Angehörigen eine Beschwerdestelle.
Nach einer Vorlaufzeit von acht Monaten, konnte die unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie im Oktober 2011 die ersten Beschwerden entgegen nehmen. Viel Formelles, Rechtliches und Personelles musste im Vorfeld besprochen und zu Papier gebracht werden. Flyer wurden erstellt und die Werbe-

trommel gerührt. Die 8 Mitglieder treffen sich seither bei Bedarf monatlich und bilden eine feste Arbeitsgruppe, die sich aus folgenden Bereichen zusammensetzt:

- Psychiatrie-Erfahrene
- Angehörige
- Juristen und Betreuer
- Fachkräfte der psychiatrischen Versorgung
- Patientenfürsprecher

Die Beschwerden werden von dem Patientenfürsprecher telefonisch, persönlich oder per Mail entgegen genommen. Dieser trägt sie bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe vor und gemeinsam wird das weitere Vorgehen besprochen.

Die Bearbeitung der Beschwerden ist absolut vertraulich und kostenfrei.

Von Oktober 2011 bis März 2012 kamen 4 Personen mit 7 Beschwerden auf die Beschwerdestelle zu. Hiervon konnte in einem Fall nicht geholfen werden, eine Beschwerde wurde zurückgezogen und bei den restlichen fünf kam es zu klärenden Gesprächen.

Die Sprechzeiten der Beschwerdestelle Psychiatrie sind dieselben wie die der Patientenfürsprecherin, jeden Dienstag von 15.00 Uhr bis 16.30 Uhr im Franziskuszentrum in Friedrichshafen, Zimmer 33. Telefonisch ist die Beschwerdestelle über die Nummer 07541/93284 zu erreichen, wobei der Anrufbeantworter täglich abgefragt wird.

Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecher für psychisch Kranke und deren Angehörige

Die Patientenfürsprecherin wurde im vergangen Jahr von 27 Personen aufgesucht, wobei 4 davon in der Beschwerdestelle vorgestellt wurden.

Die Einrichtung der Beschwerdestelle wird von der Patientenfürsprecherin als große Erleichterung empfunden. In der Vergangenheit gab es hin und wieder Situationen in denen es schwierig war kompetente Ansprechpartner zu finden bzw. zu erreichen, insbesondere wenn es um rechtliche Fragen ging.

Auch von den Menschen die in die Sprechstunde kommen wird das Angebot, die Beschwerde vor der Beschwerdestelle anzusprechen, sehr positiv aufgenommen. Auch wenn sich nicht alle Beschwerdeträger dazu durchringen können, so freuen sie sich doch über die Möglichkeit, es vielleicht zu einem andern Zeitpunkt in Anspruch nehmen zu können.

Projekt „Senioren für Senioren“

Halbzeit für „Aktiv für ältere Menschen mit Behinderung – Senioren für Senioren-“

Ein kurzer Projektbericht

Seit Oktober 2010 existiert im Bodenseekreis ein Angebot, das es älteren Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung ermöglicht ihre Freizeit im Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Rente oder dann aber vor allem im Ruhestand individueller zu gestalten.

Mit dem Projekt „Aktiv für ältere Menschen mit Behinderung – Senioren für Senioren –„ ist es dem Netzwerk Behindertenhilfe unter Einbeziehung des GPV gelungen, diesen Menschen zusätzlich eine kostenfreie Begleitung anbieten zu können. Die Baden-Württemberg Stiftung unterstützt dazu das Projekt für den Zeitraum von drei Jahren im Rahmen ihres Programmes „Förderung der Selbstständigkeit von älteren Menschen mit Behinderung“.

Möglich wird die Begleitung der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung durch den engagierten ehrenamtlichen Einsatz von aktiven älteren Bürgerinnen und Bürgern. Diese Menschen melden sich bei der Fachkraft des Projektes, informieren sich über die Rahmenbedingungen (Versicherung, Aufwandsentschädigung u.a.) und Inhalte und bestimmen dann mit wen, wann, wo und wie lange sie eine Person begleiten wollen. Zudem steht ihnen ein auf ihre Anforderungen zugeschnittenes, kostenfreies Schulungsprogramm zur Verfügung, sowie die Möglichkeit sich monatlich mit den anderen Ehrenamtlichen des Projektes auszutauschen. Die älteren Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung finden den Weg ebenfalls über die Fachkraft in das Projekt. In der Regel melden sich Einrichtungen oder Dienste und fragen für die Menschen an, die sie begleiten. Das Projekt ist in der Zwischenzeit sowohl im Netzwerk Behindertenhilfe als auch im GPV bekannt, vernetzt und ein allseits geschätztes Angebot.

Es findet ein Kennenlerngespräch zwischen der interessierten Person und der Fachkraft statt, bei dem es neben den Wünschen und Interessen der Person auch um deren tatsächlichen Begleitungsbedarf geht. Danach wird eine oder ein Ehrenamtlicher gesucht, der sich vorstellen kann diesen Menschen zu begleiten und der ähnliche Vorstellungen und Wünsche hat bzgl. seiner Freizeitgestaltung wie die Person selbst.

Im Beisein der Fachkraft lernen diese Menschen sich dann kennen und entscheiden, ob sie sich sympathisch sind und sich vorstellen können gemeinsam ihre Freizeit zu verbringen. In der Regel treffen sie sich dann

wöchentlich bis vierzehntägig und gehen zusammen spazieren oder wandern, Kaffee trinken oder besuchen kulturelle Angebote. Auf diese Art und Weise werden aktuell 17 Menschen im gesamten Bodenseekreis von 20 bürgerschaftlich Engagierten begleitet.

Der Bedarf an einer Freizeitbegleitung ist allerdings wesentlich höher, so dass laufend weitere Bürgerinnen und Bürger gesucht werden, die Interesse haben sich einzubringen. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die gemeinsame Gestaltung der Freizeit von beiden Seiten als Bereicherung erlebt wird, auf die die Beteiligten nicht mehr verzichten wollen.

Friedrichshafen, den 09.05.2012
Corinne Haag (Projektverantwortliche)

Ex-In - Experienced Involvement

EX-IN Ausbildung für Psychiatrie–Erfahrene zum Genesungsbegleiter und Dozenten

EX-IN (engl.: experienced involvement) bedeutet die entgeltliche, professionelle Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in die Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen. Psychiatrie-Erfahrene haben ein besonderes Verständnis für die Not ihrer „Leidensgenossen“. Die innovative Grundidee ist, ihr individuelles Erfahrungswissen über psychische Krisen als Wir–Wissen im psychiatrischen Hilfesystem nutzbar zu machen. Das macht aus PatientInnen kompetente Akteure und hilfreiche Partner.

Berufsbilder für Absolventen der Ex-In-Ausbildung sind z.B. Genesungsbegleiter (also die längerfristige Begleitung von Mitbetroffenen), Dozententätigkeit an Fachhochschulen und Unis. Weitere Einsatzgebiete könnten sein: Aus– und Weiterbildung von Fachkräften, politische Arbeit, Öffentlichkeits– und Gremienarbeit, Patientenfürsprecher, Selbsthilfegruppenleiter.

EX-IN wird aus dem EU-Programm „Leonardo da Vinci“ gefördert. Die ersten Kurse wurden in Bremen und Hamburg durchgeführt. In Stuttgart fand die Ausbildung erstmals 2010/2011 statt. Sie wird dort vom Verein „Offene Herberge“ organisiert, einem von Psychiatrie-Erfahrenen geführten Selbsthilfeverein, der auch Träger psychosozialer Einrichtungen ist. Der aktuelle Kurs beginnt im August 2012. Bewerbungsfrist dafür war Ende März, die Teilnehmerzahl ist auf derzeit 15 - 20 Personen pro Kurs begrenzt. Für 2012 gab es ca. 40 Bewerbungen.

Die Ausbildung:

Die Ausbildung ist für psychisch stabile psychiatrieerfahrene Menschen geeignet, die über sich reflektieren können und ihr Wissen austauschen und nutzen wollen. Der Kurs umfasst 300 Unterrichtsstunden, gegliedert in 12 Module und dauert ein Jahr. Jedes Semester beinhaltet ein Praktikum mit einem Mindestumfang von 40 Stunden. Pro Monat wird ein Modul an drei zusammenhängenden Tagen unterrichtet. Der Kurs wird von einer psychiatrischen Fachkraft und einem Team von EX–IN zertifizierten Psychiatrie–Erfahrenen geleitet. Die Qualifizierungsmaßnahme ist gegliedert in einen Grund– und Aufbaukurs.

Der Grundkurs:

1.Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden
2.Empowerment in Theorie und Praxis
3.Erfahrung und Teilhabe
4.Trialog
5.Recovery

Der Aufbaukurs:

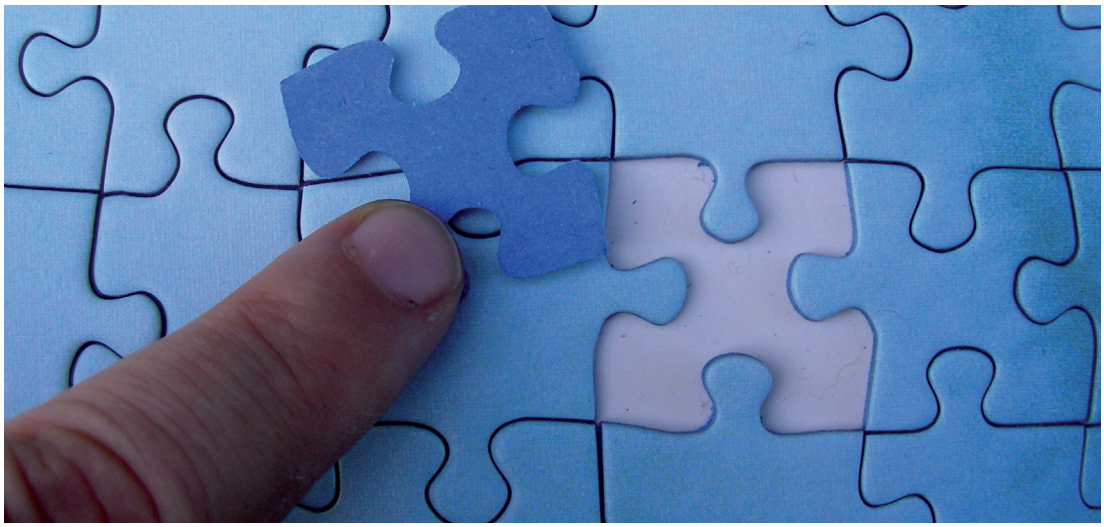
1.Selbsterforschung
2.Fürsprache
3.Beraten und Begleiten
4.Krisenintervention
5.Bestandsaufnahme und Zukunftsplanung
6.Lehren und Lernen
7.Abschlusspräsentation

Die Kursgebühren für 2012 belaufen sich auf 1500 Euro, hinzu kommen Anreise, Verpflegung und Unterkunft.

Kontakt:

offene Herberge e.V., Schlosserstrasse 28a - 70180 Stuttgart, Tel. 0711/46917345
e-mail: kontakt@ex-in-bw.de - web: www.ex-in.info
Geschäftszeiten: Freitag von 10.00- 12.00 Uhr

Rainer Schaff
Werkstattrat, GPZ Überlingen



Versorgungs- und Betreuungsangebote

Versorgungs- und Betreuungsangebote im Gemeindepsychiatrischen Verbund Bodenseekreis

Angebot[12]	Anbieter	Standorte
I. Ambulante und stationäre medizinische Behandlung		
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	ZfP Südwürttemberg	Friedrichshafen Überlingen Markdorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP)	ZfP Südwürttemberg	Friedrichshafen
II. Ambulante Dienste		
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)[13]	Pauline 13 e.V.	Friedrichshafen Überlingen Bermatingen
Soziotherapie	Pauline 13 e.V.	Friedrichshafen Überlingen Bermatingen
ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (PPP)	Pauline 13 e.V.	Bodenseekreis
III. Angebote der Wohnbetreuung		
Stationär Betreutes Wohnen (St.BW)	Bruderhausdiakonie Pauline 13 e.V. Vianney-Hospital ZfP Südwürttemberg	Friedrichshafen Bermatingen Überlingen Friedrichshafen
Betreutes Wohnen in Familien (BWF)	Arkade e.V.	Bodenseekreis
Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	BruderhausDiakonie Pauline 13 e.V. Vianney-Hospital	Friedrichshafen Friedrichshafen Bermatingen Überlingen

12 zur Erläuterung der einzelnen Leistungsangebote s. Glossar S. 41
113 zu Aufgaben und Finanzierung des SpDi s. „Aufgaben und Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Dienstes“ S. 26

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW)	ZfP Südwürttemberg	Friedrichshafen
Persönliches Budget	BruderhausDiakonie	Friedrichshafen
	Pauline 13 e.V.	Friedrichshafen
		Überlingen
		Bermatingen
	ZfP Südwürttemberg	Friedrichshafen
Fachpflegeheim	BruderhausDiakonie	Friedrichshafen

Leistungsangebot	Anbieter	Standorte
IV. Betreuungsangebote im Bereich Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung		
Tagesstätte	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Friedrichshafen
	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Überlingen
Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Friedrichshafen
	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Überlingen
	Sprungbrett Werkstätten gGmbH	Bermatingen
		Markdorf
Zuverdienstarbeitsplätze	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Friedrichshafen
	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Überlingen
	Sprungbrett Werkstätten gGmbH	Bermatingen
Arbeitsgelegenheit nach SGB II	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Friedrichshafen
	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Überlingen
ambulante Ergotherapie	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Friedrichshafen
	Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)	Überlingen
Integrationsfachdienst (IFD)	Arkade-Pauline 13 gGmbH	Bodenseekreis

Glossar

Was ist eigentlich...? Eine kurze Einführung in den GPV-Fachjargon

ABW - Ambulant Betreutes Wohnen:

Das ABW ist eine pauschal finanzierte Betreuungsform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (SGB XII). Wohnen und fachliche Betreuung sind getrennt, d.h. der Klient bewohnt eine (in der Regel gemietete) eigene Wohnung oder ein gemietetes Zimmer in einer Wohngemeinschaft. Die fachliche Betreuung entsprechend dem persönlichen Hilfebedarf erfolgt durch qualifiziertes Personal eines Fachdienstes. Die Mitarbeitenden dieser Dienste sind in der Regel Fachpflegekräfte mit Zusatzqualifikation oder Sozialpädagogen. Der Betreuungsschlüssel beträgt 1:10, was bedeutet, dass pro Klient im Durchschnitt 4 Betreuungsstunden (inkl. Verwaltungstätigkeit) zur Verfügung stehen. Gegenwärtig liegt die Betreuungspauschale bei ca. € 600,- pro Monat.

Ambulante Ergotherapie:

Leistungen der ambulanten Ergotherapie werden ärztlich verordnet und von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert. Bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen dient sie neben der Diagnose und Therapie funktioneller Einschränkungen auch zur Unterstützung der Tagesstrukturierung und zur Förderung der Fähigkeit, eine regelmäßige Beschäftigung aufzunehmen.

PPA - Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst:

Der PPA ist ein ambulanter Pflegedienst, der auf Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen spezialisiert ist und über entsprechend ausgebildete Mitarbeiter verfügt. Leistungen und Arbeitsweise des PPA entsprechen denen anderer Pflegedienste, die Finanzierung erfolgt entweder durch die gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) und/oder durch die Pflegeversicherung (SGB XI).

Arbeitsgelegenheit nach SGB II:

Dabei handelt es sich um eine Form öffentlich geförderter Arbeit, deren Ziel laut Gesetzestext „die (Wieder-) Heranführung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an den allgemeinen Arbeitsmarkt“ ist. Sie soll außerdem „die soziale Integration fördern und die Beschäftigungsfähigkeit aufrecht erhalten bzw. wiederherstellen“.
Entsprechende Maßnahmen für Menschen mit seelischer Behinderung werden im Bodenseekreis in den GPZ angeboten und vom Jobcenter finanziert.

BWF - Betreutes Wohnen in Familien:

Das BWF hieß bis vor wenigen Jahren „Familienpflege“. Diese Betreuungsform geht auf Erfahrungen aus dem 19. Jahrhundert zurück und wurde im damaligen PLK Weissenau in den 80iger Jahren wiederentdeckt und weiter entwickelt. Gastfamilien, die über geeigneten Wohnraum verfügen und die nötige Zeit und Bereitschaft aufbringen, eine Person mit einer seelischen Behinderung zu betreuen, bieten diese Wohnform an. Die Finanzierung erfolgt über eine Pauschale, zusätzlich können u.a. Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch genommen werden.

Die Arkade e.V. hat zu diesem Zweck einen spezialisierten Fachdienst eingerichtet, der Gastfamilien und Klienten professionell betreut. Zwischenzeitlich bietet die Arkade e.V. spezialisierte Dienste für Menschen über 65 (BWF Gerontopsychiatrie) und unter 18 Jahre (Junge Menschen in Gastfamilien – JuMeGa) und hat ihr Angebot in Zusammenarbeit mit dem ZfP Südwürttemberg auch auf die Akutbehandlung ausgedehnt (BWF akut).

Fachpflegeheim / Pflegeheim:

Das Fachpflegeheim der Bruderhausdiakonie im Wilhelm-Maybach-Stift und das Vianney-Hospital bieten Wohnbetreuung für Menschen mit einer seelischen Behinderung an, die zusätzlich pflegebedürftig sind. In der Regel handelt es sich um ältere Klientinnen und Klienten oder um Personen, die an einer Demenz leiden und wegen besonderer Verhaltensauffälligkeiten nicht in Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden können. Die Maßnahmen werden in Form einer Mischfinanzierung aus Mitteln der Eingliederungshilfe (SGB XII) und der Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert.

HPK - Hilfeplankonferenz:

An der monatlich tagenden HPK nehmen Vertreter aller Leistungserbringer im GPV, sowie Vertreter des Landratsamtes als Leistungsträger der Eingliederungshilfe teil. In der HPK werden fallbezogen auf der Grundlage des individuellen Hilfebedarfs fachliche Empfehlungen für geeignete Versorgungs-, Betreuungs- und Hilfeangebote diskutiert und eine Empfehlung ausgesprochen.

IFD - Integrationsfachdienst:

Integrationsfachdienste - kurz IFD - beraten und unterstützen sowohl arbeitsuchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber. Finanziert wird die Arbeit der Integrationsfachdienste zur Unterstützung schwerbehinderter Menschen aus der Ausgleichsabgabe, die alle Arbeitgeber zahlen müssen, die weniger schwerbehinderte Menschen beschäftigen, als gesetzlich vorgeschrieben ist. Für behinderte Menschen ohne Schwerbehindertenausweis trägt der zuständige Rehabilitationsträger die Kosten.

Persönliches Budget:

Das Persönliche Budget ist kein Leistungsangebot im eigentlichen Sinn, sondern eine alternative Finanzierungsform für komplexe Betreuungsleistungen. Dabei erhält die berechtigte Person ein in der Höhe vom individuellen Hilfebedarf abhängiges monatliches Budget. Der Hilfeempfänger beauftragt damit Dienste oder einzelne Personen, die konkreten Unterstützungsmaßnahmen zu leisten, die über Stundensätze vergütet werden. Da es sich dabei in der Regel überwiegend um Maßnahmen handelt, die dem Bereich Wohnen und Selbstsorge zuzurechnen sind, wird das Persönliche Budget im Leistungsgeschehen meist in diesem Kontext eingeordnet.

PIA – Psychiatrische Institutsambulanz:

Die PIA ist ein Angebot der ambulanten fachärztlichen Versorgung für Menschen mit genau definierten chronischen psychischen Erkrankungen. Die Ärztinnen und Ärzte sind

Angestellte des ZfP Südwürttemberg und arbeiten wie niedergelassene Fachärzte. Die Vergütung erfolgt durch die gesetzliche Krankenkasse in Form einer Fallpauschale.

SpDi - Sozialpsychiatrischer Dienst:

Die Leistungen des SpDi werden im Unterschied zu allen anderen Leistungsangeboten fallunabhängig aus Mitteln des Landes und der Landkreise finanziert und sind für die Leistungsempfänger kostenlos. Die Aufgaben des SpDi sind durch Richtlinien des Sozialministeriums definiert. Weiteres s. den Artikel auf S. 26

Soziotherapie:

Soziotherapie ist eine ambulante, von der gesetzlichen Krankenkasse finanzierte Leistung für Menschen mit einer besonders schweren psychischen Erkrankung (insbesondere aus dem schizophrenen Formenkreis). Sie muss von einem Arzt verordnet werden und hat das Ziel, die erkrankte Person in die Lage zu versetzen, andere medizinische Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Leistungserbringer für die Soziotherapie ist mit dem SpDi verknüpft und im Bodenseekreis die Pauline 13 e.V.

StBW - Stationär Betreutes Wohnen:

StBW bezeichnet heute die klassische vollstationäre Versorgungsform der Eingliederungshilfe (SGB XII), die früher als „Wohnheim“ bezeichnet wurde. Im Unterschied zum ABW ist der Klient im StBW nicht Bewohner der eigenen Wohnung, sondern Bewohner eines Heimes. Die Unterbringung wird als Eingliederungshilfeleistung bezahlt, der Klient erhält einen Barbetrag zur Deckung der persönlichen Bedürfnisse.
Im Bodenseekreis sind die Wohnheime der Eingliederungshilfe gemeindeintegriert und teilweise dezentral organisiert.

WfbM – Werkstatt für behinderte Menschen:

Personen, die aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen als wesentlich behindert gelten, und deshalb nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig werden können, haben ein Recht auf einen Platz in einer WfbM. Eine Anerkennung als Schwerbehinderter ist nicht Voraussetzung. Neben Werkstattplätzen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die über Mittel der Eingliederungshilfe (SGB IX) finanziert werden, bieten die Werkstätten auch Plätze im Berufsbildungsbereich zur beruflich-sozialen Rehabilitation an; der Berufsbildungsbereich wird in der Regel durch die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung finanziert.

Zuverdienst:

Zuverdienst-Arbeitsplätze sind ein niederschwelliges Arbeits- und Beschäftigungsangebot für psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen, die die Anforderungen eines WfbM-Arbeitsplatzes noch nicht erfüllen. Sie ermöglichen eine Tagesstrukturierung, dienen als Belastungserprobung und sollen zu einer WfbM-Tätigkeit hinführen.

Adressen

Landkreis Bodensee

Landratsamt Bodenseekreis
Sozialplanung und Psychiatriekoordination Bodenseekreis
Rainer Barth
Albrechtstraße 75 • 88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/2 04-53 06

Sozialdezernent Bodenseekreis
Andreas Köster
Albrechtstraße 75 • 88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/2 04-5311

Hilfeplankonferenz

Koordinatorin Hilfeplankonferenz im GPV Bodenseekreis
Natalia Erm • Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg • Telefon 0 75 41/6 03-54 40

Einrichtungsträger

Sprecher der Trägergemeinschaft im GPV Bodenseekreis
Manfred Lucha - Mitglied des Landtag
Bündnis 90/Die Grünen
im Landtag von Baden-Württemberg
Konrad-Adenauer-Straße 12 • 70173 Stuttgart
Telefon 0711/20 63-617
Fax 0711/20 63-660

Gemeindepsychiatrisches Zentrum Friedrichshafen
Geschäftsführer Ulrich Ott
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 42/40 94-211

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Allgemeinpsychiatrische Institutsambulanz im GPZ Friedrichshafen
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-310

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Wohnheim- Pflegeheim Dezentrale Wohngruppen
Dr. Michael Konrad
Weingartshoferstraße 2 • 88214 Ravensburg
Telefon 07 51/7601-2537

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Wohnheim- Pflegeheim Dezentrale Wohngruppen
Christine Schuler
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-313

Bruderhaus Diakonie
Sozialpsychiatrische Hilfen
Wohngruppen Friedrichshafen
Matthias Wackermann
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-330

Pauline 13 e.V.
Leiterin Ambulante Dienste Friedrichshafen
Ariane Rudka
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-211

Pauline 13 e.V.
Ambulante Dienste und
Wohnheim Bermatingen
Peter Unterricker • Wohnheimleiter
Bahnhofstraße 14 • 88697 Bermatingen
Telefon 0 75 44/95 40-0

Pauline 13 e.V.
Psychiatrischer Pflegedienst
Thomas Buneta • Pflegedienstleiter
Bahnhofstraße 14 • 88697 Bermatingen
Telefon 0 75 44/95 40-0

Diakonie
Suchtberatung Friedrichshafen
Katharinenstr. 16 • 88045 Friedrichshafen
Telefon 07541 / 950 180

Klinik

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bodensee • Station 91/92
Dr. Ingo Asshauer
Röntgenstraße 8 • 88048 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/603-5400

Arkade Pauline gGmbH
Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen
Dr. Matthias Krüger
Merkurstraße 3 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/60 01-0

Werkstatt und Tagesstätte

Gemeindepsychiatrisches Zentrum
Friedrichshafen
Werkstatt- und Tagesstättenleitung
Norbert Braun
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-111

Gemeindepsychiatrisches Zentrum
Friedrichshafen
Begleitender Dienst
Julia Grieb
Paulinenstraße 12 • 88046 Friedichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-113

Sprungbrett Werkstätten gGmbH
Geschäftsführer Horst Stelzel
Telefon 07 51/76 01-2710
Werkstattleiter Martin Hahn
Ziegeleistraße 46 • 88697 Bermatingen
Telefon 0 75 44/95 27-12

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Vorsitzender des Werkstättenverbundes
Bodensee-Oberschwaben
Horst Stelzel
Weingartshofer Straße 2 • 88214 Ravensburg
Telefon 07 51/76 01-2710

Beratung

Patientenfürsprecherin
Carola Metzler
Telefon 0 75 41/9 32 89
E-Mail: metzler.carola@web.de
Sprechzeiten von 15 bis 16.30 Uhr

Kreisteil Überlingen

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Allgemeinpsychiatrische Institutsambulanz
im GPZ Überlingen
Obere Bahnhofstraße 18 • 88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 118 -49

Gemeindepsychiatrisches Zentrum
Überlingen
Geschäftsführer /Werkstattleiter
Ingo Kanngießer
Obere Bahnhofstraße 18 • 88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 118 -11

Pauline 13 e.V. im GPZ Überlingen
Leiter Ambulante Dienste Überlingen
Rüdiger Sattmann
Obere Bahnhofstraße 18 • 88662 Überlingen
Telefon 07551/30 118 -50

Gemeindepsychiatrisches Zentrum
Überlingen
Begleitender Dienst
Robert Hack
Obere Bahnhofstraße 18 • 88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 118 -36

Vianney Hospital
Wohnheim
Geschäftsführerin und Hospitalleiterin
Sandra Holiczek
Auf dem Stein 17 • 88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/95 28-0

Kreisübergreifend

Arkade-Pauline gGmbH
Geschäftsführer Hubert Kirchner
Gartenstraße 3 - 88212 Ravensburg
Telefon 07 51/3 66 55-11

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Wohnheim- Pflegeheim Dezentrale Wohngruppen
Dr. Michael Konrad
Weingartshoferstraße 2 • 88214 Ravensburg
Telefon 07 51/7601-2537

Arkade-Pauline gGmbH
Integrationsfachdienst
Albrecht Rapp
Schubertstraße 1 - 88212 Ravensburg
Telefon 07 51/3 66 30-12

Arkade e.V.
Betreutes Wohnen in Familien
Richard Gerster
Eisenbahnstraße 30/1 - 88212 Ravensburg
Telefon 07 51/3 66 55-80

Bruderhaus Diakonie
Sozialpsychiatrische Hilfen Ravensburg Bodenseekreis
Andreas Weiß
Riesen 1 • 88213 Ravensburg
Telefon 07 51/79 04-0

Anode gGmbH
Geschäftsführer Hansjörg Ebe
Meersburger Straße 2 • 88213 Ravensburg
Telefon 0751/5601-2824

Der GPV Bodenseekreis

LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

GEMEINDEPSYCHIATRISCHES ZENTRUM
FRIEDRICHSHAFEN gGmbH

GpZ

Hospital Vianney

ARKADE
PAULINE 13

bruderhaus DIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

PAULINE 13 e.V.

Sprungbrett
Werkstätten gGmbH

zfp
Südwürttemberg

Gemeindepsychiatrisches
Zentrum
Überlingen gGmbh
GpZ