GPV Bodenseekreis

LANDRATSAMT BODENSEEKREIS

GPZ
GEMEINDEPSYCHIATRISCHES ZENTRUM FRIEDRICHSHAFEN gGmbH

Diakonie
IN DER TAT HILFREICH
Suchtberatung Friedrichshafen

bruderhaus DIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

Gemeindepsychiatrisches Zentrum Überlingen gGmbH GPZ

PAULINE 13 e.V.

VIANNEY
Gesellschaft e.V. Überlingen

ARKADE
PAULINE 13

zfp
Südwürttemberg

Sprungbrett
Werkstätten gGmbH

ANODE

GPV Bodenseekreis

# Jahresbericht 2015

Gemeindepsychiatrischer Verbund Bodenseekreis

## INTERESSENVERTRETUNG

**Angehörigenvertretung Friedrichshafen**

Ansprechpartnerin Frau Maier
Merkurstraße 3
88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/53 372

**Selbsthilfegruppe für Angehörige psychisch kranker Menschen Überlingen**

Ansprechpartnerin Linde Butschan
Obere Bahnhofstraße 18
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 118 – 502
Fax 0 75 51/30 118 – 8502
linde.butschan@pauline13.de

**Initiative Psychiatrie-Erfahrener Bodenseekreis e.V.**

Ansprechpartner Rainer Schaff
Obere Bahnhofstraße 18
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 11 8 – 149
info@ipebo.de


## Impressum

Herausgeber: Gemeindepsychiatrischer Verbund Bodenseekreis
V.i.S.d.P.: Brigitte Göltz
Druck: Druckstudio GpZ Überlingen
Auflage: 300
Fotos: Fotolia - Kenishirothie (Seite 1), GpZ FN gGmbH (Seite 3, 14)

# Adressen

## GPV

**Sprecherin der Trägergemeinschaft des GPV Bodenseekreis**

Brigitte Göltz
Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 07541/4094-222 oder -210
Fax 07541/4094-250
brigitte.goeltz@pauline13.de

**Koordinatorin Hilfeplankonferenz im GPV Bodenseekreis**

Silvia Stein
Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 07541/40 94-331
Fax 07541/40 94-370
silvia.stein@bruderhausdiakonie.de

**Sozialplanung und Psychiatriekoordination**

Landratsamt Bodenseekreis
Rainer Barth
Albrechtstraße 75
88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/204-53 06
Fax 0 75 41/204-73 06
rainer.barth@bodenseekreis.de

## EINRICHTUNGEN UND DIENSTE

**Anode gGmbH**

Eisenbahnstraße 43
88212 Ravensburg
Telefon 07 51/36 25 73-11
Fax 07 51/36 25 73-29
sabine.gnannt-kroner@zfp-zentrum.de

**Arkade-Pauline 13 gGmbH**

Gartenstraße 3
88212 Ravensburg
Telefon 07 51/3 66 55-0
Fax 07 51/36 655-79
info@arkade-pauline.de

**BruderhausDiakonie**

Sozialpsychiatrische Hilfen
Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 07541/40 94-330
Fax 07541/40 94-370
sph.fn@bruderhausdiakonie.de

**Diakonie**

Suchtberatung Friedrichshafen
Katharinenstr. 16
88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41 /95 01 80
Fax 0 75 41/95 01 820
info@suchtberatung-fn.de

**Gemeindepsychiatrisches Zentrum Friedrichshafen gGmbH**

Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-0
Fax 0 75 41/40 94-1 50
info@gpz-fn.de

**Gemeindepsychiatrisches Zentrum Überlingen gGmbH**

Obere Bahnhofstraße 18-22
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 118 -0
Fax 0 75 51/30 118-80
email@g-p-z.de

**Landratsamt Bodenseekreis Eingliederungshilfe**

Glärnischstr. 1-3
88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/204-5302
Fax 0 75 41/204-7302
eingliederungshilfe@bodenseekreis.de

**Pauline 13 e.V. in Friedrichshafen**

Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 075 41 / 40 94-210
Fax 075 41 / 40 94 – 250
info@pauline13.de

**Sprungbrett Werkstätten gGmbH**

Ziegeleistraße 46
88697 Bermatingen
Telefon 0 75 44/95 27-0
Fax 0 75 44/95 27-34
martin.hahn@sprungbrett-werkstaetten.de

**Vianney-Gesellschaft e.V.**

Auf dem Stein 17 -21
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/95 28-0
Fax 0 75 51/68 050
info@vianney-hospital.de

**ZfP Südwürttemberg**

Wohnheim – Pflegeheim
Dezentrale Wohngruppen
Weingartshoferstraße 2
88214 Ravensburg
Telefon 07 51/76 01-0



# Inhalt


Editorial ..... 2

Der Besuch einer Kommission und die strategischen und fachlichen Konsequenzen für den GPV ..... 4

Strategiediskussion im GPV ..... 4

Vorläufige Darstellung der bisher ermittelten Fragestellungen ..... 5

Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV ..... 8

Einrichtung einer Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle) im Bodenseekreis .... 10

Initiative Psychiatrie-Erfahrener Bodensee (iPEBo) ..... 12

Anhang Grafiken und Statistik mit Kommentaren ..... 15

Adressen ..... 24

## Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

Ein GPV im Umbruch. Mit diesem Schlagwort können die Aktivitäten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Bodenseekreis im Jahr 2015 charakterisiert werden. Zwei umfassende Diskussionsprozesse, die beide von elementarer Bedeutung für die künftige Arbeit sein werden, wurden parallel geführt – und beide sind bis zur Jahresmitte 2016 noch nicht abgeschlossen:

- Auf der Zielgeraden: Die Neugestaltung der Organisationsstruktur. Die bestehende Struktur, die 2004 bei der Gründung des GPV von allen Beteiligten als verbindliche Grundlage beschlossen wurde, soll überarbeitet und veränderten Rahmenbedingungen, fachlichen Anforderungen und neuen Sichtweisen (Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen, Inklusion…) angepasst werden.

- Im Visier: Die Festlegung von inhaltlichen Schwerpunkten zur Weiterentwicklung der Angebote, mit denen sich der GPV in naher Zukunft beschäftigen wird. Versorgungslücken waren seit geraumer Zeit offenkundig. Der Bericht der Besuchskommission der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. Ende 2014 hat die Themen aufgegriffen und im Verlauf eines Klausurtags im Oktober 2015 wurden diese intensiv diskutiert. Dieser Bericht enthält den umfangreichen, noch vorläufigen Katalog der zu behandelnden Themen.

Mit der Festlegung auf eine neue Organisationsstruktur werden die Grundlagen dafür geschaffen, wie der GPV zukünftig arbeiten und sich organisieren will, um wirkungsvoll und zielorientiert im Sinne eines lernenden und sich erneuernden Systems zu arbeiten: die „Lücken“ benennen, die es zu füllen gilt, erkennen und markieren, welche Prozesse für welche Akteure und/oder Klienten des GPV frustran laufen und daraus Ziele entwickeln, diese verfolgen, hinterfragen, korrigieren, neu ausrichten. Mit der Benennung dieser Themen im Jahresbericht als künftige Handlungsfelder möchten wir einen ersten Schritt tun für dieses dynamische Verständnis des GPVs. Damit soll der Jahresbericht in Zukunft über die reine Berichterstattung hinaus zu einem unerlässlichen Planungs- und Arbeitsinstrument werden. In diesem Übergang fällt der diesjährige Jahresbericht auch anders und schmaler aus, da wir für die künftige Nutzung als Qualitätsinstrument die notwendigen Grundlagen noch erarbeiten wollen.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle das Inkrafttreten des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes Baden-Württemberg zum 1.1.2015, dessen Regelungen für die Gemeindepsychiatrischen Verbünde, den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Informations- und Beschwerdestelle usw. nicht zufällig den Strukturen im Bodenseekreis sehr nahe kommen. Manne Lucha, jetzt Sozialminister und bis vor wenigen Jahren Sprecher unseres GPV Bodenseekreis, bezeichnete die im Landkreis vorhandenen Strukturen als „Blaupause“ für dieses Gesetz. Darauf dürfen wir stolz sein.

Ein weiteres bemerkenswertes Ereignis waren Bezug und Einweihung des Neubaus des GPZ Friedrichshafen: Am 18.11.2015 wurde nach gut zweijähriger Bauzeit der Erweiterungsneubau des GPZ Friedrichshafen mit einer Fläche von 2800 qm feierlich



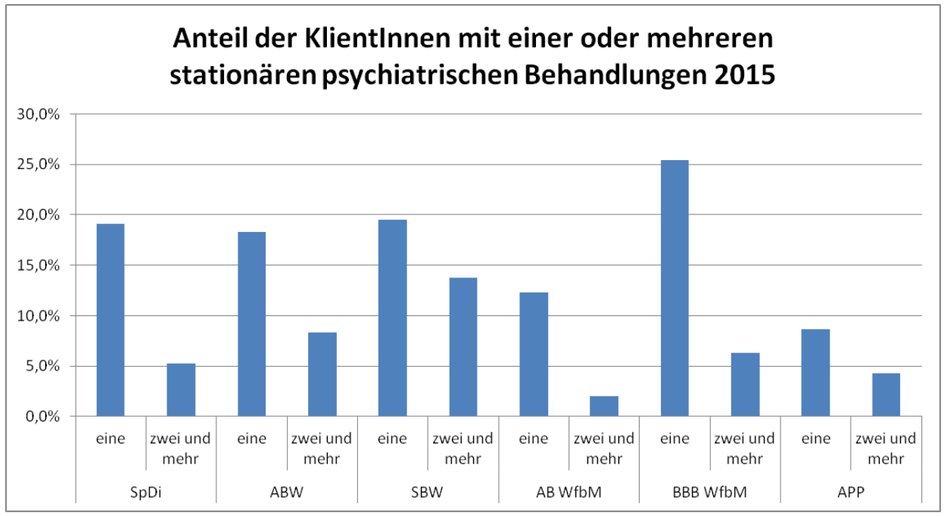


**Abb. 10 Anteil der KlientInnen mit einer oder mehreren stationären psychiatrischen Behandlungen**

Nicht immer lassen sich stationäre Aufnahmen in die psychiatrische Klinik verhindern. Die sog. komplementären Angebote des GPV tragen aber maßgeblich dazu bei, die Wahrscheinlichkeit von (Re-)Hospitalisierungen zu reduzieren. So konnten auch 2015 die meisten Klienten des SpDi, des Ambulant und Stationär Betreuten Wohnens und die Beschäftigten der WfbM einen stationären Aufenthalt im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg vermeiden. Wiederholte Aufnahmen waren zudem nur in Ausnahmefällen erforderlich.

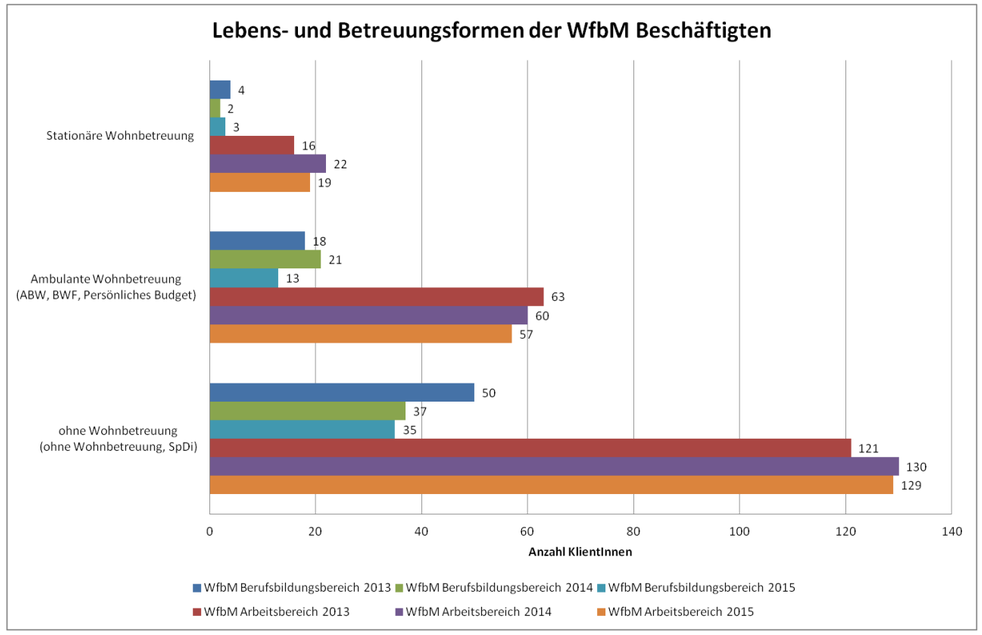


**Abb. 9 Lebens- und Betreuungsform der WfbM Beschäftigten**

Für Menschen mit seelischen Behinderungen sind Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Unterstützung der Tagesstruktur von besonderer Bedeutung in Hinblick auf die psychische Stabilität – gerade, wenn sich das persönliche soziale Netz als alleine wenig tragfähig erweist. Wie hier dargestellt, reicht bei zwei Drittel der Klienten eine Beschäftigung in der WfbM, ggf. ergänzt um ambulante Hilfestellungen im Wohnumfeld oder durch den SpDi, aus und eine stationäre Wohnform ist nicht erforderlich. Dies unterscheidet sich z.B. von der Arbeit mit Menschen mit geistigen Behinderungen. Hier sind die WfbM-Beschäftigten wesentlich häufiger zusätzlich auf stationär betreute Wohnformen angewiesen.



eröffnet. Das GpZ Friedrichshafen selbst und seine direkt beteiligten Netzwerkpartner Pauline 13, BruderhausDiakonie, ZfP Südwürttemberg sowie die Arkade konnten ihre Betreuungsangebote und Maßnahmen zur sozialen, gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation noch detaillierter und personenzentrierter ausbauen. Mit dem gelungenen Zusammenfügen von Alt- u. Neubau entstand ein inklusives und soziales Dienstleistungshaus. Unter einem Dach planen und erbringen die genannten Leistungserbringer gemeinsam und mit den betroffenen Menschen das jeweils passende Unterstützungsangebot. Mittlerweile kommen täglich über 250 Menschen ins GPZ Friedrichshafen um diese Angebote zu nutzen. Das gute Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Einrichtungen, den Leistungsträgern sowie die aktive Einbindung der Klienten in das Hilfesystem ergibt ein modernes, gut strukturiertes und inklusives Unternehmen, welches im Herzen der Stadt Friedrichshafen immer mehr Anerkennung und Zugehörigkeit findet.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und freuen uns über kritische und inspirierende Rückmeldungen.

Brigitte Göltz

Sprecherin der Trägergemeinschaft des GPV Bodenseekreis

Rainer Barth

Sozialplaner des Bodenseekreises

## Der Besuch einer Kommission und die strategischen und fachlichen Konsequenzen für den GPV

Der GPV Bodenseekreis ist Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V (BAG GPV). Dort sind derzeit Gemeindepsychiatrische Verbünde aus 25 Regionen in ganz Deutschland zusammengeschlossen. Voraussetzung für die Aufnahme ist die Einhaltung definierter Standards im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung (Näheres im Internet unter www.bag-gpv.de).

Seit 2007 besucht eine Gruppe der BAG GPV regelmäßig die Mitgliedsverbünde. Die Besuche dienen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Arbeit der BAG und ihrer Mitglieder. Sie geben dem besuchten Verbund kollegiale Rückmeldung über die Qualität der Zusammenarbeit im Verbund und Anregungen für die Weiterarbeit.

Eine sechsköpfige Besuchskommission besuchte unseren GPV am 9. und 10. Dezember 2014. Mit einem straff durchorganisierten Terminkalender besuchten jeweils zwei Mitglieder der Kommission alle Dienste, die Hilfeplankonferenz und sprach mit Vertretern der Betroffenen und Angehörigen. Ihre Beobachtungen fasste die Kommission in einem 15-seitigen Papier zusammen, das auch Empfehlungen zur Veränderung in verschiedenen Bereichen enthält.

## Strategiediskussion im GPV

Dieser Bericht war Anstoß für zwei Strategiediskussionen im GPV, an denen auch Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen teilnahmen (am 22.4 und 12.6.2015). Die Ergebnisse dieser Treffen bildeten die inhaltliche Grundlage für einen Klausurtag am 9.10.2015 mit einem nochmals erweiterten Teilnehmerkreis (z.B. Akteure der Bereiche Jugendhilfe-, Suchthilfe-, Altenhilfeplanung). Ziele waren

- die Erarbeitung von Grundlagen für die künftige Struktur des GPV und
- die Erstellung eines Strategie-Papiers für die künftige fachliche-inhaltliche Arbeit des GPV.

Zunächst soll die derzeit noch laufende, komplexe und langwierige Diskussion um die neue organisatorische Struktur des GPV zum Abschluss gebracht werden. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts besteht die Hoffnung, dass es zum Jahresende 2016 eine neue Kooperationsvereinbarung geben wird. Der Einstieg in die Strategiediskussion könnte dann Anfang 2017 erfolgen.

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf die bisher benannten inhaltlichen Schwerpunkte für die Arbeit im GPV. Es handelt sich um die Auswertung der Metaplanaufschriebe der Klausur und stellt insofern keine abschließende Aufstellung dar, es erfolgte auch noch keine Verständigung über Prioritäten. Ob zur Präzisierung weitere Strategiegespräche ausreichen oder ob ein grundlegender Planungsprozess eingeleitet werden soll, steht aktuell noch nicht fest.

Fragen der Finanzierung der Arbeit im GPV folgen nach der Klärung der künftigen Struktur und berücksichtigen die für die Umsetzung der Strategie erforderlichen Mittel.



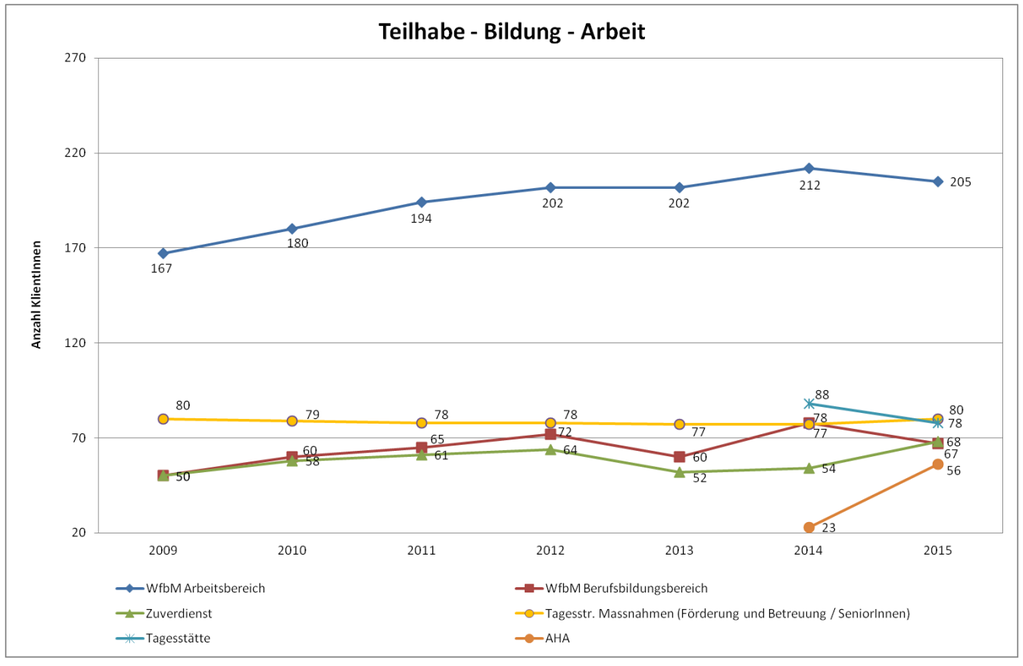


**Abb. 8 Teilhabe – Bildung – Arbeit**

Der GPV bietet unterschiedliche Formen tagesstrukturierender Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Förderung der beruflichen Bildung an. Diese können teils niederschwellig genutzt werden wie die Tagesstätten oder Zuverdienstmöglichkeiten, teils erfordern sie ein aufwändigeres Bewilligungsverfahren wie die Tätigkeit in den Arbeits- und Berufsbildungsbereichen der WfbM. Der Arbeitsbereich nimmt hier den größten Anteil ein. Anders als das Schaubild suggeriert, besteht das Angebot der Tagesstätte bereits seit vielen Jahren, wird für diese Statistik aber erst seit 2014 eigenständig erfasst. Die Maßnahme „Aktivierung, Heranführung und Arbeitserprobung“ (AHA) hat zum Ziel Langzeitarbeitslose wieder auf ein sozialversichungspflichtiges Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnis vorzubereiten bzw. ihnen die Aufnahme einer beruflichen Rehabilitation zu ermöglichen. Angeboten wird die Maßnahme in Zusammenarbeit mit dem Jobcenter seit 2014.

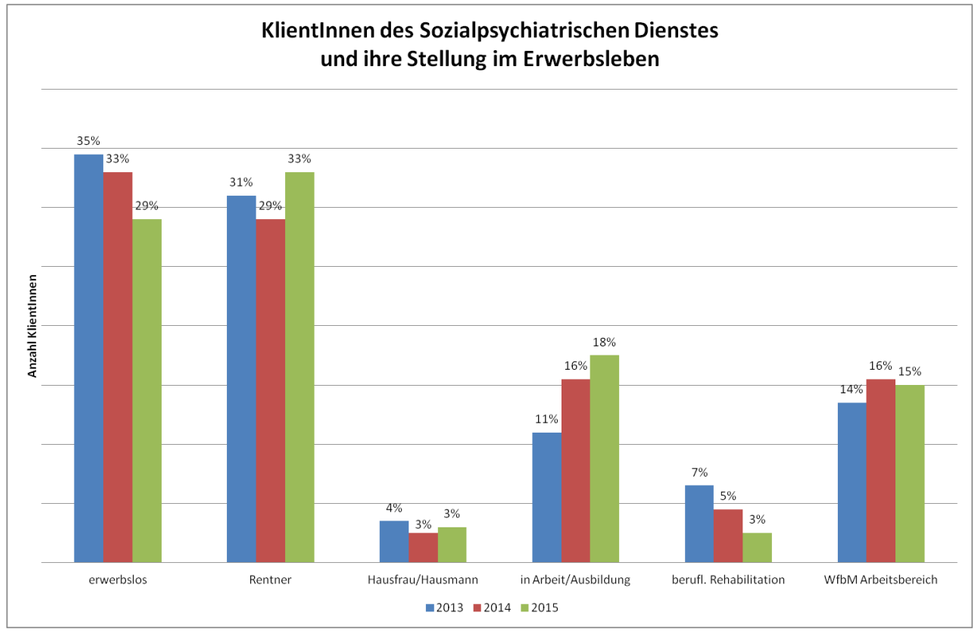


**Abb. 7 KlientInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und ihre Stellung im Erwerbsleben**

2 von 3 Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) sind erwerbslos oder beziehen eine Rente (in der Regel Erwerbsminderungs-, selten Altersrente, vgl. Abb. 1 Altersstruktur). Hier wird die integrative Funktion des SpDi deutlich. Er kümmert sich vorrangig um chronisch psychisch kranke und bereits behinderte Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind. Begünstigt durch die gegenwärtig aus Arbeitnehmersicht günstige Arbeitsmarktsituation gehen derzeit vergleichsweise viele Klienten einer regulären Arbeit nach oder absolvieren eine Ausbildung.



## Vorläufige Darstellung der bisher ermittelten Fragestellungen

**Krisendienst**

- An den Abenden und am Wochenende sind die Dienste in der Regel nicht erreichbar. Bei Krisen zu diesen Zeiten nur Aufnahme in Klinik, keine ambulanten Angebote.
- Könnte durch Bündelung bestehender Angebote (Pool) ein Krisendienst eingerichtet werden?
- Krisendienst gemeinsam mit anderen Leistungsbereichen (Jugendhilfe…)?

**Klinische Versorgung (stationär, teilstationär, ambulant)**

- Einbindung der Psychiatrie-Erfahrenen in die Behandlung (Ex-In)
- Verbesserung des tagesklinischen Angebots für das „klassische“ GPV-Klientel
- Eine zweite Tagesklinik in Überlingen?
- Ausbau von Hometreatment und Integrierter Versorgung (und bessere Verzahnung mit den anderen gemeindepsychiatrischen Angeboten
- Pflichtversorgung Gerontopsychiatrie (in Friedrichshafen aktuell nur sechs Betten), Sucht sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie außerhalb des Bodenseekreises

**Wohnen in unterschiedlichen Formen**

- Entwicklung neuer Wohnkonzepte, gemischte Wohnformen (Mehrgenerationenhaus)
- Schaffung von geeignetem Wohnraum
- Differenzierung der Leistungen beim ambulant betreuten Wohnen
- Kein stationäres Wohnangebot in Überlingen
- Bedarf an geschlossenen Plätzen
- Eingliederungshilfe bei Menschen über 65
- Schnittstelle Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe
- Warteliste beim Fachpflegeheim
- Plätze für junge Menschen mit speziellen Bedarfen

**Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur**

- Tagesstrukturangebote für Menschen über 65 und andere Personengruppen, für die Zuverdienst und WfbM nicht geeignet sind
- Schnittstelle Allgemeiner Arbeitsmarkt – WfbM: Zu wenig Übergänge
- Integrationsfirma

**Schnittstellen und Zusammenarbeit der Verbünde**

- Optimierung der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe (JPV), Suchthilfe, Altenhilfe und Behindertenhilfe

**Konzeptionelle Arbeit / Zielgruppen**

- Systemübergreifende Abstimmung (alle SGBs) für passgenaue Hilfen („alles wird irgendwie schon gemacht, nur häufig nicht abgestimmt"). Vision: Eine Anlaufstelle für alle.
- Entwicklung spezieller Angebote für junge Menschen mit besonderen Bedarfen
- Entwicklung von Angeboten für Menschen über 65 Jahre
- Entwicklung von Angeboten für Flüchtlinge

**Bürgerschaftliches Engagement**

- Bisher kaum freiwilliges Engagement von Bürgern im GPV
- Gewinnung von „Paten", „Bürger helfen Bürgern", Stärkung nachbarschaftlicher Hilfen

**Inklusion, Sozialraumorientierung**

- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung
- Öffentliche Veranstaltungen, Inforeihen mit VHS, Vereinen etc.
- Nutzung der „Regelangebote" in Vereinen, Treffpunkten etc.
- Informationen über psychische Erkrankungen in Schulen, Projekttage
- Gefahr durch hohe räumliche Konzentration der Angebote in den Gemeindepsychiatrischen Zentren: Öffnung für nichtpsychiatrische Angebote und verstärktes Agieren in den Sozialraum/Gemeinde hinein. Öffnung der GPZ für Bürger



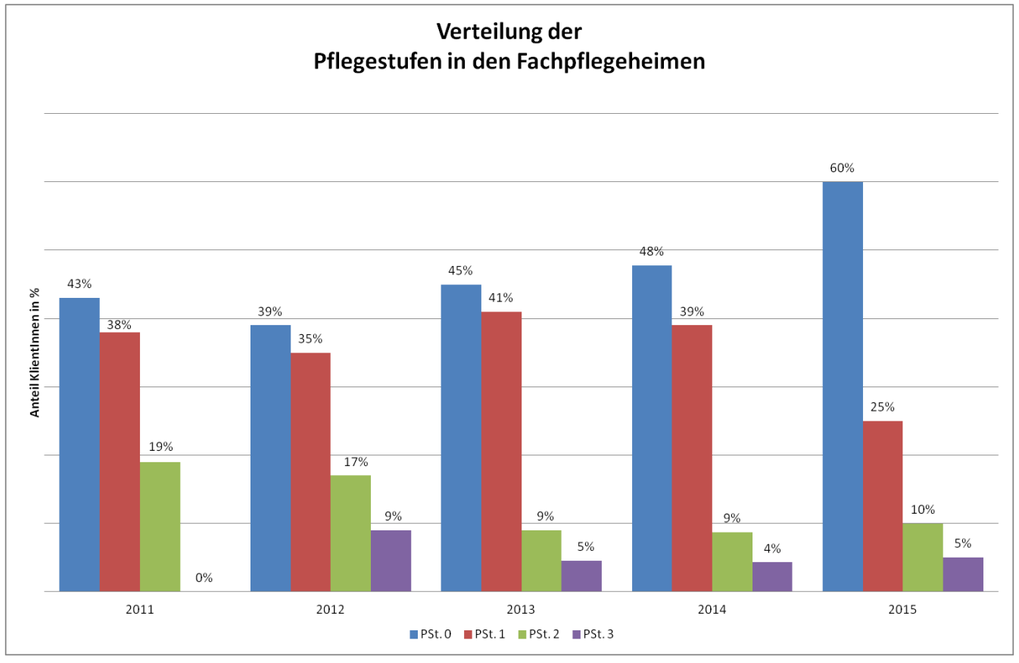


**Abb. 6 Verteilung der Pflegestufen in den Fachpflegeheimen**

Der Anteil der Klienten in Pflegestufe 2 und 3 entspricht im Fachpflegeheim nur noch 14 – 15 % in den letzten drei Jahren. Über 85% der KlientInnen hat Pflegestufe 0 bzw. 1. Im System der Altenhilfe würden diese KlientInnen nicht in einem Heim, sondern allein oder mit Partner zu Hause leben. Sie sind offensichtlich nicht wegen der Pflegebedürftigkeit, sondern wegen der hohen Betreuungsintensität im Fachpflegeheim Wilhelm Maybach Stift. Zu nennen sind hier die verlässliche Nachtwache und der gemeinsame Mittagstisch. Die Frage ist, ob die Rahmenbedingungen eines Fachpflegeheims erforderlich und adäquat sind für diese Klientel. Es stellt sich die Frage, welcher Steuerungsmechanismus hinter dieser Form der Belegung liegt.

Weiter offen bleibt die Frage, ob dieser Bedarf anderweitig im GPV gedeckt werden kann. Künftige Überlegungen innerhalb des GPV sollten daher auf entsprechende Angebote abzielen, die einen Verbleib dieser Menschen in der eigenen häuslichen Umgebung ermöglichen und so einen Umzug in ein Fachpflegeheim und eine entsprechende Fehlversorgung verhindern.

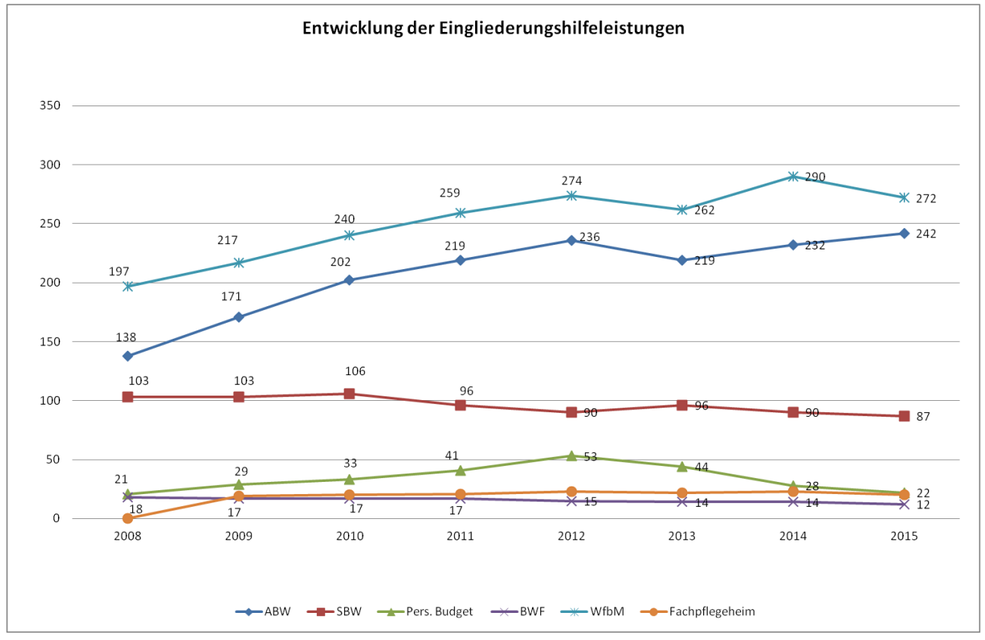


**Abb. 5 Entwicklung der Eingliederungshilfeleistungen**

Die meisten und weiter ansteigenden Eingliederungshilfeleistungen des GPV finden in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)[2] und aufsuchend im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) statt. Der Rückgang im Stationär Betreuten Wohnen (SBW) ist im Wesentlichen bedingt durch Verlagerungen in andere Wohnformen z.B. in „Teilweise selbstverantwortete Ambulant Betreute Wohngemeinschaften“ (TABeWo), die als stationäre Wohnformen gelten und dezentral angeboten werden. Die Klienten werden zudem im Betreuten Wohnen in Familien (BWF), dem Fachpflegeheim oder individuelle abgestimmt im Rahmen eines Persönlichen Budgets betreut.

[2] Die WfbM bietet ihren Klienten neben Eingliederungsleistungen im Arbeitsbereich auch noch beruflich-soziale Rehabilitation im Berufsbildungsbereich an. Diese sind aufgrund inhaltlicher Überschneidungen hier ebenfalls mit berücksichtigt.



**Hilfeplanung / Hilfeplankonferenz (HPK)**

- Künftige Funktion der HPK (Qualität der Hilfeplanung, Gesamtschau auf alle Lebenslagen)
- Unabhängige Fallsteuerung
- Teilnahme von Klienten
- Teilnahme von Klientenvertretern (und Angehörigen?) als Regelmitglieder der HPK
- Teilnahme von Fachärzten
- Teilnahme weiterer Leistungsträger zusätzlich zur Eingliederungshilfe
- Weiterentwicklung des Planungsinstruments IBRP
- Verstärkte Beachtung nicht professioneller Unterstützungen aus dem Umfeld der Klienten / Sozialraum
- Schnittstelle Hilfeplankonferenz und Fallmanagement der Eingliederungshilfe
- Schnittstelle zur Jugendhilfe, JPV

**Struktur des GPV, Beteiligung**

- Erarbeitung einer neuen Struktur und Erstellung einer neuen Kooperationsvereinbarung
- Bessere Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen im GPV
- Verbesserung der Kooperation zwischen GPV und Beschwerdestelle, Patientenfürsprecher
- Anbindung des GPV an die Kommunale Gesundheitskonferenz
- Finanzierung des GPV

Aus diesem bunten Strauß an Themen wird nach Abschluss der Strukturdiskussion eine Priorisierung zur Umsetzung der strategischen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrischen Versorgung im Bodenseekreis erarbeitet.

## Hilfeplankonferenz - Fallsteuerung des GPV

Die Hilfeplankonferenz (HPK) ist das zentrale Instrument der Fallsteuerung und Nutzerbeteiligung im GPV. Diese findet monatlich in Friedrichshafen statt. Ihre Aufgabe ist die Abstimmung der Leistungserbringung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Sie berät über Hilfeplanungen, die von der koordinierenden Bezugsperson mit den KlientInnen erstellt wurden. Ziel ist die passgenaue Bestimmung des Unterstützungsangebots, das sich aus dem individuellen Hilfebedarf der KlientInnen ergibt.

In der HPK treffen Leistungsträger und Leistungserbringer der Region zusammen, um gemeinsam den ermittelten individuellen Bedarf zu erörtern. Der Schwerpunkt liegt in der Diskussion von Leistungen der Eingliederungshilfe, v.a. im Bereich der verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens sowie für stationäre Fachpflege. In geringem Umfang werden auch Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung diskutiert. Wünschenswert ist, dass die KlientInnen an der Vorstellung teilnehmen und sich selbst vertreten. Von dieser Möglichkeit machen leider nur zwischen 15 und 20 % der KlientInnen Gebrauch.

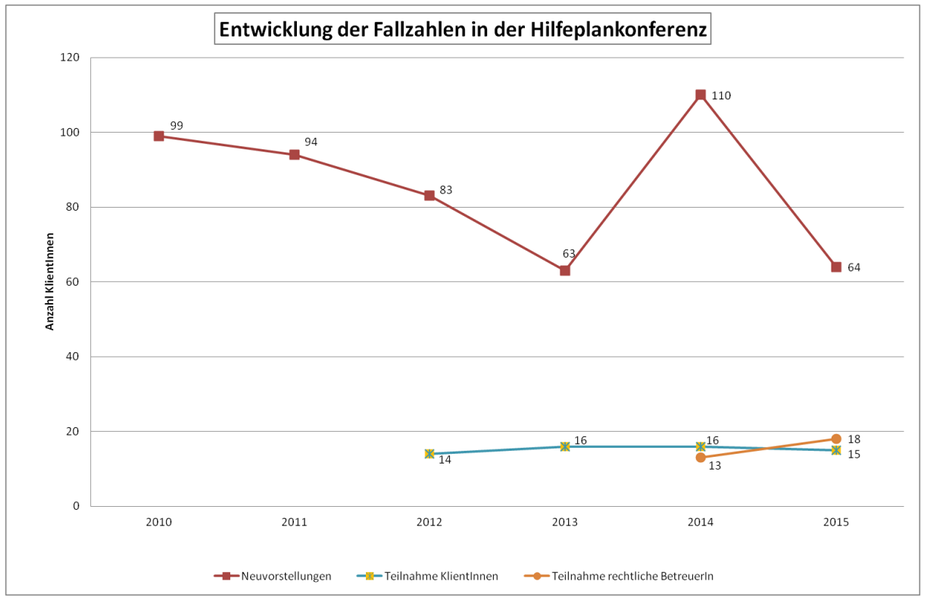


**Abb. 1 Entwicklung der Fallzahlen in der Hilfeplankonferenz**

Während die Neuvorstellungen in der Hilfeplankonferenz (HPK) Anfang der 2010er Jahre schrittweise zurückging, zeigt sich in den vergangenen beiden Jahren kein durchgehender Trend. Die Zahl der Neuvorstellungen ist im Jahr 2015 gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Für das Jahr 2016 zeichnen sich jedoch bereits wieder deutlich höhere Zahlen ab. Die Ursache dieser starken Schwankungen ist nicht bekannt.



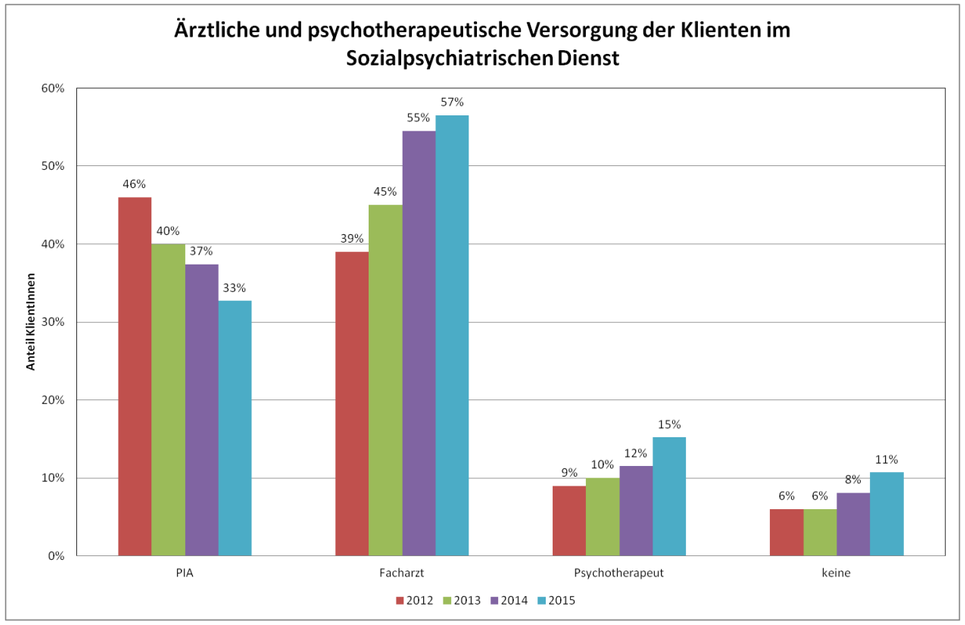


**Abb. 4 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst**

Abhängig von der Art, Dauer und Schwere der psychischen Erkrankungen werden die Klienten in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), von niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten oder ambulanten Psychotherapeuten behandelt. Ein kleiner, aber offenbar wachsender Anteil, wird in dieser Hinsicht gar nicht oder ausschließlich von Hausärzten versorgt. Bedingt u.a. durch strenge Restriktionen in Hinblick auf die Möglichkeit die psychiatrische Komplexbehandlung der PIA in Anspruch nehmen zu können, nahm der relative Anteil der in der PIA behandelten Klienten ab. Absolut gesehen wurden im dargestellten Zeitraum nicht mehr SpDi-Klienten bei niedergelassenen Fachärzten oder Psychotherapeuten behandelt.

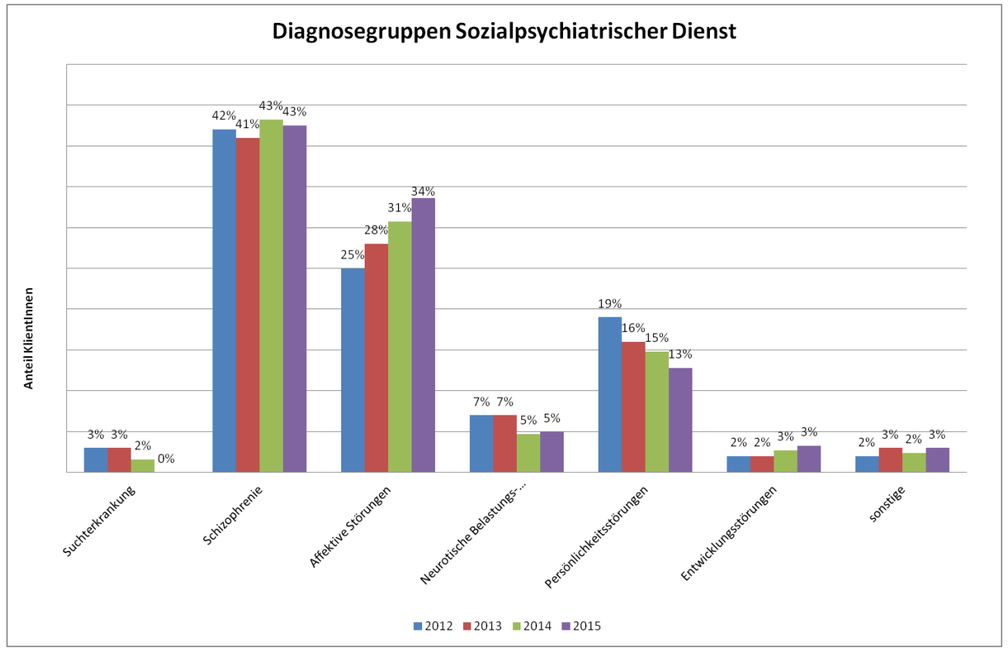


**Abb. 3 Diagnosegruppen Sozialpsychiatrischer Dienst**

Während der Anteil von Klienten aus dem schizophrenen Formenkreis auf hohem Niveau nahezu gleich geblieben ist, zeichnet sich eine Verschiebung hin zu den affektiven Störungen und weg von den Persönlichkeitsstörungen ab. Möglicherweise handelt es sich hier mehr um ein Artefakt aufgrund veränderter Diagnosestellung/-priorisierung als um Veränderungen der tatsächlichen Diagnosehäufigkeiten. Beide Erkrankungsarten sind häufig miteinander vergesellschaftet (Komorbidität) und begünstigen sich gegenseitig. Klienten mit Suchterkrankungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Entwicklungsstörungen werden häufig (auch) von anderen Diensten wie Suchtberatungsstellen oder Behinderteneinrichtungen betreut und seltener vom SpDi.



Klienten und Betreuer wird die Teilnahme an der HPK angeboten, was jedoch nur ein kleinerer Teil in Anspruch nimmt. Die Erfassung der Teilnahme erfolgt erst seit 2012 bzw. 2014 aufgrund des Wunsches hier mehr Partizipation zu ermöglichen. Ergänzend: Da eine Wiedervorstellung in der HPK aufgrund von Verfahrensanpassungen inzwischen nur noch bei Veränderungen des Unterstützungsbedarfs erforderlich ist, sind die Überprüfungen erfreulicherweise deutlich zurückgegangen und haben so zu einer dringend notwendigen Entlastung der HPK-Teilnehmer geführt.

Ein zentrales Problem ist die angespannte Lage auf dem Wohnungsmarkt, wobei in den nächsten Jahren kaum eine Entspannung zu erwarten ist. Weil die Menschen auf dem Wohnungsmarkt nahezu chancenlos sind, muss das Angebot einer ambulanten Begleitung oft mit dem Angebot eines Wohnplatzes, meist in Wohngemeinschaften, einhergehen. Inzwischen stehen den Leistungserbringern aber nicht in ausreichendem Maße Wohnungen zur Verfügung, was eine zeitnahe Leistungserbringung sehr erschwert.

Jährlich werden von der Koordinierungsstelle ca. 20 Anfragen aus anderen Regionen zurückgewiesen, weil keine persönlichen Bezüge zum Bodenseekreis bestehen, sondern lediglich die Qualität der Angebote und des Netzwerks das Interesse geweckt hat.

Beobachtet wird eine zunehmende Komplexität der Problemstellungen, für die das klassische Leistungsinstrumentarium häufig keine passgenauen Angebote bietet.

Dies betrifft beispielweise junge Erwachsene mit multiplen Störungsbildern und häufig einer Suchtproblematik. Sie wurden in der Vergangenheit von Akteuren der Jugendhilfe versorgt und die Hilfeplanung erfolgte in der HPK des JPV. Hilfen für Menschen mit schweren Suchterkrankungen werden ebenfalls in wachsender Zahl in der HPK beraten und auch hier bedarf es neuer Angebote und Kooperationsformen.

Diese Themen werden in der anstehenden Strategiediskussion Berücksichtigung finden und in die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrischen Versorgung einfließen. Die qualitative Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenz wird ebenfalls eine bedeutende Rolle spielen. Die vor ein paar Jahren erfolgte Herausnahme des Bereichs Arbeit und Beschäftigung sollte kritisch überprüft werden, eine personenzentrierte umfassende Hilfe- und Unterstützungsplanung sollte alle Bereiche des Lebens umfassen. Zu wenig Beachtung finden auch die aktive Einbindung des persönlichen Umfelds, des Sozialraums und nichtprofessionelle Unterstützungen. Strukturell wird aufgrund steigender Fallzahlen und Vorstellungen in der HPK und der gewünschten und angedachten Erweiterung um die Bereiche Arbeit und Beschäftigung zu klären sein, ob eine Regionalisierung (HPK westlicher/östlicher Bodenseekreis) oder ein veränderter Turnus die Arbeit der HPK erleichtern und strukturieren kann.

## Einrichtung einer Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle) im Bodenseekreis

Zur Gesetzeslage:

Mit Beginn des Jahres 2015 trat in Baden-Württemberg das Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetz (PsychKHG) in Kraft. In § 9 des PsychKHG ist die Einrichtung einer Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle) auf Stadt- und Landkreisebene gesetzlich vorgeschrieben.

Dies bedeutet, dass nun alle Stadt- und Landkreise eine/n unabhängigen Patientenfürsprecher/-fürsprecherin bestellen, der/die in besonderem Maße die Belange von Menschen mit psychischer Erkrankung oder psychischer Behinderung vertritt. Diese Aufgabe, die bislang in einigen Landkreisen wie dem Bodenseekreis über die unabhängigen Beschwerdestellen bereits erfüllt wurde, erfährt durch die neue gesetzliche Regelung eine deutliche Gewichtung. Patientenfürsprecher/innen sind nach § 9(1) des PsychKHG vermittelnd tätig zwischen Betroffenen und ggf. deren Angehörigen und den stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtungen.

Das Amt des Patientenfürsprechers hat auch dahingehend eine Veränderung und Stärkung erfahren, dass die Teams der IBB-Stellen tetralogisch besetzt sein werden. Zum Team einer IBB-Stelle gehören (je mindestens 1 Vertretung)

- Patientenfürsprecher/in
- Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung
- Angehörige
- Fachkräfte aus dem psychiatrischen Bereich

Gemeinsam bilden sie ein Team, das Anfragen entgegennimmt, Beratungen durchführt, Informationen zu psychiatrischen Versorgungsangeboten sammelt und weitervermittelt und im Bedarfsfall als unabhängige Stelle Beschwerden nachgeht und mit allen Beteiligten nach Lösungsansätzen sucht. Über den Patientenfürsprecher wird eine enge Zusammenarbeit mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund gewährleistet.

Zur Situation im Bodenseekreis

Im Bodenseekreis gibt es seit 2011 eine unabhängige Beschwerdestelle. Die zuständige Patientenfürsprecherin, die seit Gründung der Beschwerdestelle dieses Amt innehatte, hat im Berichtszeitraum wöchentliche Sprechstunden in Friedrichshafen im Altenhilfezentrum am Franziskusplatz angeboten. Pro Jahr sind zwischen 35 und 55 Anfragen und Beschwerden bei der Patentenfürsprecherin eingegangen.

In die Arbeit des GPV war sie regelmäßig und fest integriert. Über diese Mitarbeit war sie mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Fachkräften aus dem psychiatrischen Versorgungsbereich in regelmäßigem Kontakt. Von einzelnen Personen gab es bereits konkrete Signale und Interessensbekundungen, im Team der IBB-Stelle mitzuarbeiten.

Die Verwaltungsvorschrift zum Aufbau der IBB-Stelle wurde schließlich Ende November 2015 den Landkreisen bekannt gemacht.



## Anhang Grafiken und Statistik mit Kommentaren

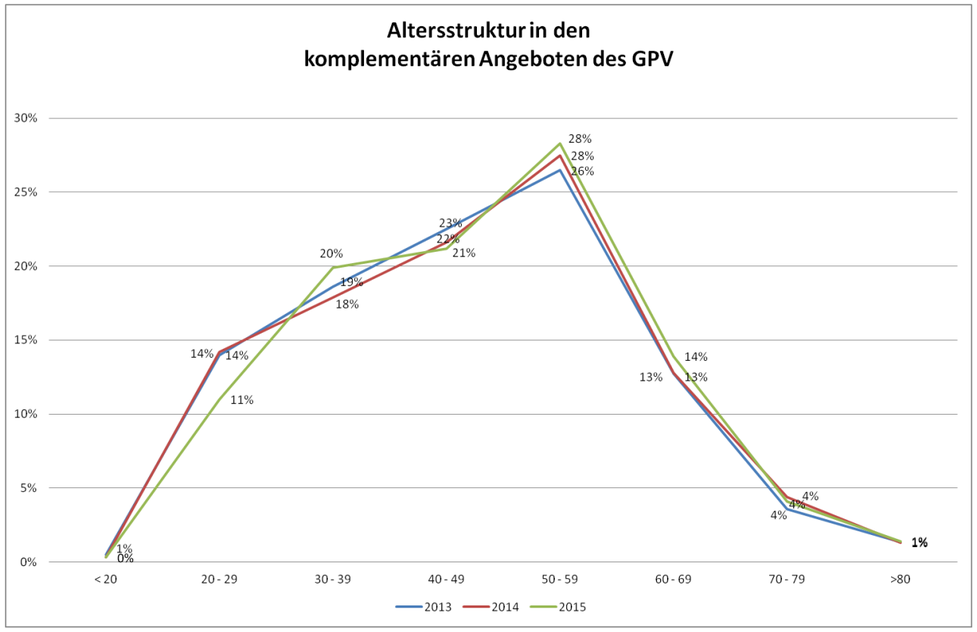


**Abb. 2 Altersstruktur in den komplementären Angeboten des GPV Bodenseekreis[1]**

Die Altersstruktur der Nutzer komplementär-psychiatrischer Angebote hat sich in den letzten Jahren nur marginal verändert. 4 von 5 Nutzern befinden sich im mittleren Lebensabschnitt von 20-60 Jahren. Im Vergleich zur bundesdeutschen Altersstruktur* sind Personen unter 20 Jahren (18,1%) und über 60 Jahren (27,1%) unterrepräsentiert, denn Kinder, Jugendliche und ältere Menschen werden in vielen Fällen von Anbietern außerhalb des GPV versorgt. Die prognostizierte Alterung der Gesellschaft* wird allerdings auch im GPV zu veränderten Bedarfen und erforderlichen Anpassungen der Angebotsstruktur in den kommenden Jahrzehnten führen.

*Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung 2015. Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Datengrundlage: Statistisches Bundesamt, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Bevölkerung Deutschlands bis 2060.

[1] Abweichende Kurven gehen auf Abweichungen in den Nachkommastellen zurück.

8. Die Erfolge bzw. Effekte und Beschwerden sollen qualitativ und statistisch erfasst und ausgewertet werden. Bei der Erstellung von Berichten soll die Situation von Frauen gesondert erfasst werden.
9. Bei Einstellungsgesprächen sowohl von Klientinnen als auch von Personal soll auf Wunsch eine weibliche Person, die personalverantwortlich ist, anwesend sein.

Wir sind überzeugt, in 2015 in vielerlei Hinsicht zusammen mit den Profis in der Region wegweisende Schritte in die richtige Richtung gegangen zu sein und freuen uns auf die weitere kooperative Zusammenarbeit.

Friedrichshafen, im Juli 2016

Für iPEBo

Petra Rist

Planung und Aufbau der IBB-Stelle

Zwischen Anfang Oktober und Anfang Dezember 2015 fanden im Franziskuszentrum und im GPZ Friedrichshafen insgesamt 3 Sitzungen zur Planung der IBB-Stelle statt.

An allen 3 Sitzungen waren jeweils Fachkräfte aus den GPZs Friedrichshafen und Überlingen, Psychiatrie-Erfahrene, Angehörigenvertreter und zuständige Mitarbeiter des Landratsamtes beteiligt.

Im Wesentlichen ging es bei diesen Treffen um folgende Punkte:

- Standort der IBB-Stelle (Angebot der Pauline 13 zur Anmietung von Büroräumen in der Kleinebergstraße)
- Wunsch nach einem zweiten IBB-Standort in Überlingen
- Finanzierung der Beratungsstelle und Vergütung der Teammitglieder
- Personelle Zusammensetzung des IBB-Teams und entsprechende Aufteilung der Aufgaben
- Überprüfung der Muster-Geschäftsordnung
- Ausstattung des Büros
- Gemeinsame Büronutzung mit IPEBo
- Inhalte der Verwaltungsvorschrift

Der lebhaft und engagiert begonnene Prozess zum Aufbau der IBB-Stelle wurde ab Mitte November 2015 aus folgenden Gründen „ausgebremst“:

- Die Patientenfürsprecherin hat Ende 2015 ihr Amt niedergelegt.
- Dasselbe haben auch die beiden Vertreter der Angehörigen bekundet.
- Es gab Unklarheiten darüber, wie die Aufgaben der einzelnen Team-Mitglieder der IBB-Stelle vergütet werden können.
- Es gab Unklarheiten zum Mietvertrag für die Büroräumlichkeiten.

Ein Austausch mit den Verantwortlichen aus weiteren Landkreisen hat gezeigt, dass allgemein noch Unklarheiten über Details zur Arbeitsweise der IBB-Stellen bestehen.

Die offenen Fragen werden im Jahr 2016 geklärt und der Aufbau der IBB-Stelle weiter geplant und entwickelt.

## Initiative Psychiatrie-Erfahrener Bodensee (iPEBo)

iPEBo
Initiative Psychiatrie-Erfahrener Bodensee e.V.
Obere Bahnhofstraße 18
88662 Überlingen
07551-30118149
info@ipebo.de
ipebo.de

Im Jahr 2015 hatte iPEBo neben dem üblichen Alltagsgeschäft vor allem folgende Schwerpunkte in seiner Arbeit:

1. Es wurde auf Initiative von iPEBo ein Ländernetzwerk für die drei Regionen der Bodenseeregion (Deutschland Österreich, Schweiz) auf den Weg gebracht, in dem sich Psychiatrie-Akteure (Profis und Betroffene) engagieren und vernetzen. Ein erstes, gemeinsames und länderübergreifendes Projekt ist die Etablierung einer EX-IN-Ausbildungsstätte in Friedrichshafen, die für alle drei Regionen zuständig sein wird. EX-IN wird bislang nur in Stuttgart und in anderen Orten im Bundesgebiet angeboten. Hier leistet iPEBo Pionierarbeit.

2. Im gemeindepsychiatrischen Verbund Bodenseekreis ist iPEBo aktiv und soll zusammen mit den Angehörigen strukturell mit den anderen Mitgliedern im GPV gleichgestellt werden. Damit werden Mitbestimmung und gleiche Rechte ermöglicht. iPEBo fordert zudem eine Anbindung an die Gesundheitskonferenz, um die Inklusion im Bereich Psychiatrie voranzutreiben.

3. Professionelle auf Bundesebene haben angeregt, dass die Psychiatrie-Erfahrenen sich um die Gründung eines alternativen Bundesnetzwerks der Selbsthilfe von Betroffenen bemühen sollten, um eine konstruktive Zusammenarbeit zu ermöglichen. Den bisherigen Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener halten die Profis für wenig kooperativ und handlungsfähig. Hier hat iPEBo sich an den Gründungsvorbereitungen eines alternativen Bundesnetzwerks aktiv beteiligt.

4. Im Bodenseekreis hat iPEBo sich an einer Arbeitsgruppe zum wichtigen Thema „Krisendienst“ beteiligt und zentrale Forderungen eingebracht. Ein solcher Krisendienst würde eine große Lücke in der ambulanten und vorstationären Versorgung von Betroffenen schließen und entspricht auch den Forderungen der Angehörigen, die oft alleingelassen und überfordert sind mit Krisen außerhalb der üblichen Sprechzeiten der Versorger. Vorreiter sind hier München und Berlin.

5. Nach wie vor setzen wir uns für angemessen bezahlte Beschäftigungsverhältnisse von Psychiatrie-Erfahrenen und EX-INlern ein und stoßen hier dankenswerterweise auf offene Ohren bei den Profis in der Region. Konkrete Ansätze müssen noch entwickelt werden.



Beispielsweise können Psychiatrie-Erfahrene am o.g. Krisendienst sinnvoll eingesetzt werden.

6. Als Verein haben wir auch beratende Tätigkeiten übernommen, wie zum Beispiel im Landkreis Ravensburg, wo wir Psychiatrie-Erfahrene bei ihrer Selbstorganisation unterstützen und beraten. Für die kommenden Jahre haben wir die Vision, einen Länderverbund Psychiatrie-Erfahrener DACH (Deutschland, Österreich, Schweiz) zu etablieren, in dem die Psychiatrie-Erfahrenen der gesamten Bodenseeregion vernetzt werden. Professionelle sollen nunmehr von uns gezielt eingesetzt und angefragt werden statt wie bislang üblich umgekehrt.

7. Nach wie vor sprechen wir auch mit unseren Selbsthilfegruppen und kulturellen Aktivitäten viele Betroffene im Bodenseekreis an und erfahren so ihre Wünsche und Bedürfnisse, die wir als Verein auf struktureller Ebene einbringen können. Dies ist dem Einzelnen so sicher nicht möglich und hier leistet iPEBo eine Vorreiterarbeit im Bundesgebiet auf der Meso-Ebene. Es bleibt nach wie vor eine Herausforderung, Menschen, die nicht so leistungsfähig sind oder großen Schwankungen unterliegen, angemessen zu beteiligen. Hier kommt den Vorständen und den Leitungen der Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle zu.

8. In programmatischer Hinsicht haben wir unter der Federführung unseres Mitglieds Petra Rist ein Positionspapier zur Vertretung von Interessen von Klientinnen formuliert, das hier veröffentlicht wird. Frauenförderung und –forschung ist als Querschnittsaufgabe zu verstehen, die in allen Gremien und politischen Aktivitäten umzusetzen ist und bislang auch in medizinischer Hinsicht viel zu wenig berücksichtigt wird. So ist beispielsweise in der Genderforschung der Medizin schon längst bekannt, dass der weibliche Körper anders auf Psychopharmaka reagiert und somit Patientinnen anders beraten, aufgeklärt und auch behandelt werden müssen. In der Praxis geschieht das so gut wie nie. Auch sind viele Beschwerden, die Klientinnen in diesem Zusammenhang haben, normalerweise aus Scham nicht mit männlichen Profis zu thematisieren und fallen somit unter den Tisch. Auch das Thema Schwangerschaft/Kinderwunsch und psychische Erkrankung ist noch weitgehend tabuisiert.

Deshalb möchten wir folgende Forderungen in den nächsten Jahren umsetzen:

**Positionspapier von iPEBo zur Förderung der Interessen von Frauen**

1. Es sind nach Geschlechtern getrennte Ruheräume in sämtlichen Einrichtungen (GpZ FN, ÜB, Sprungbrett Bermatingen, KPP) einzurichten.
2. Es ist in jeder Einrichtung ein Rückzugsort/raum speziell für Frauen einzurichten, sofern 1. zunächst nicht umgesetzt werden kann.
3. Es ist in jeder Einrichtung eine Beauftragte für die Interessen von Klientinnen zu etablieren bzw. einzuarbeiten. Diese soll mit den Institutionen der Stadt zusammenarbeiten (Frauenbeauftragte, Frauen helfen Frauen).
4. Es sollen Kinderbetreuungsangebote in den Einrichtungen etabliert werden.
5. Bei der Vergabe von Medikamenten soll die weibliche Konstitution berücksichtigt werden.
6. Auf Wunsch soll Klientinnen eine Ärztin/Therapeutin zugeordnet werden und dieses Angebot soll auch publik gemacht werden.
7. Das Personal der Einrichtungen soll Fortbildungen im Bereich der Genderforschung in der Psychiatrie (s.o. Themen) erhalten.