Jahresbericht 2005/06

gemeinnützige GmbH des
Projektevereins

Jahresbericht 2005/06 • gemeinnützige GmbH des Projektevereins

Jahresbericht 2005/2006

Korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt Bayern e.V.

Projekteverein gGmbH

Inhalt

1. **Vorwort** 4

2. **Reintegration, Teilhabe und Entstigmatisierung** – Gedanken zum diesjährigen Jahresbericht 10

Beratung und Begleitung

3. **Sozialpsychiatrischer Dienst** – Arbeit zwischen dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und dem SGB IX 14

4. **Case-Management** – Teilhabe psychisch kranker Menschen 22

5. **Gerontopsychiatrische Dienste** und ihr Beitrag zur Integration im Alter 28

6. **Psychiatrische Krisenintervention** – Hilfe in ausweglosen Situationen 32

Wohnen und Betreuung

7. **BEW** – Unterstützung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 42

8. **Schwanseestraße** – von stationär zu ambulant 48

9. **Wohnprojekte Gravelottestraße** – Lebensqualität durch Teilhabeorientierung 56

10. **Betreuungsverein** 62

11. **Projekt Icking** 68

12. **Modellprojekt** – Flexible Hilfe für psychisch kranke Menschen in durchlässigen Systemen 78

Tagesstruktur – Arbeit

13. **Tagesstätten** – über Gemeinschaft zurück in die Gesellschaft 86

14. **Zuverdienst** als Möglichkeit der Integration in die Gesellschaft 92

15. **Integrationsfachdienst** – München-Freising gGmbH 102

Statistik 107
Adressen 110
Impressum 114

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten den ersten Jahresbericht der gemeinnützigen GmbH des Projektevereins in Händen. Der „Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V. München“ (Verein) hat zum 1.1.2006 das operative Geschäft in die „Gemeinnützige GmbH des Projektevereins“ (gGmbH) überführt. Gesellschafter sind der Verein und die Arbeiterwohlfahrt Kreisverband München-Stadt e.V. Alle Einrichtungen des Vereins sind am 1.1.2006 in die Trägerschaft der GmbH überführt worden. Einzige Ausnahme ist die Therapeutische Wohngemeinschaft Orleansstraße, die beim Verein verbleibt. Zum Geschäftsführer der GmbH wurde Horst Reiter, zur Prokuristin Julia Sterzer bestellt. Die Geschäftsführung wird unterstützt durch fünf ReferentInnen (siehe Organigramm Seite 9). Horst Reiter bleibt weiterhin Geschäftsführer des Vereins.

Der Grund für den Betriebsübergang vom Verein zu einer gemeinnützigen GmbH (gGmbH) war die Notwendigkeit, das operative Geschäft des Vereins, das inzwischen auf 32 Einrichtungen mit 160 MitarbeiterInnen und einem Haushaltsvolumen von ca. 9 Mio. Euro angewachsen war, durch eine Rechtsform weiterzuführen, die dieser Größenordnung angemessen ist. Die Verantwortung, insbesondere in Bezug auf das Haftungsrisiko, für ehrenamtliche Vorstandsmitglieder in einem Verein dieser Größenordnung ist so hoch, dass sich immer weniger Privatpersonen bereit erklären, diese Verantwortung zu übernehmen. Zudem sieht sich der Verein nicht nur im Bereich der Sozialpsychiatrischen / Gerontopsychiatrischen Dienste einem wachsenden Kostendruck ausgesetzt. Durch die Überführung des operativen Geschäfts in eine gemeinnützige GmbH werden wir uns diesem Druck flexibler und professioneller stellen können.

Die Ziele des Vereins sind auch die Ziele der gGmbH: die Ausgrenzung von BürgerInnen mit psychischen Störungen aus der Gesellschaft zu verhindern bzw. bei der Wiedereingliederung mitzuwirken. Integration, Teilhabe und Entstigmatisierung von BürgerInnen mit einer psychischen Störung sind deshalb wichtige Themen, denen wir uns in unserem Tätigkeitsberichts 2005 / 2006 widmen wollen.

Ausgrenzung erfolgt durch Stigmatisierung. Als psychische Störungen werden erhebliche Abweichungen vom Erleben oder Verhalten seelisch gesunder Menschen bezeichnet. In Deutschland leiden ca. 8 Millionen Menschen an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, die besonders von Ausgrenzung bedroht sind. Ausgrenzung erfolgt insbesondere durch Armut. BürgerInnen mit psychischen Störungen sind mehr denn je von Armut bedroht. Hier entsteht ein Teufelskreis: die Gesellschaft trägt durch Gesetze wie Hartz IV aktiv zu Ausgrenzung bei, diese führt zu weiteren Sozialleistungen, für die wiederum das Geld fehlt. Menschen mit psychischen Behinderungen stellen einen kleinen Teil von BürgerInnen mit einer psychischen Störung dar. Sie leiden jedoch an einer Vielzahl von Beeinträchtigungen, die sehr folgenreich sind. Folgenreich insbesondere in sozialen Bereichen, bei der Selbstversorgung, Tagesgestaltung und Kontaktstiftung, bei der Arbeit und in der Ausbildung. Diesem Thema widmen sich mehrere Beiträge aus dem Betreuungs- und Wohnbereich. Durch Rehabilitation und Teilhabe nach dem SGB IX sollen diese BürgerInnen die notwendigen Sozialleistungen erhalten, die sie benötigen, um am Leben in der Gesellschaft und insbesondere am Arbeitsleben teilnehmen zu können. Diese Leistungen müssen flexibel und personenorientiert erbracht werden. Ein Beitrag widmet sich einem Modellprojekt zur Flexibilisierung der Betreuung im Wohnbereich.

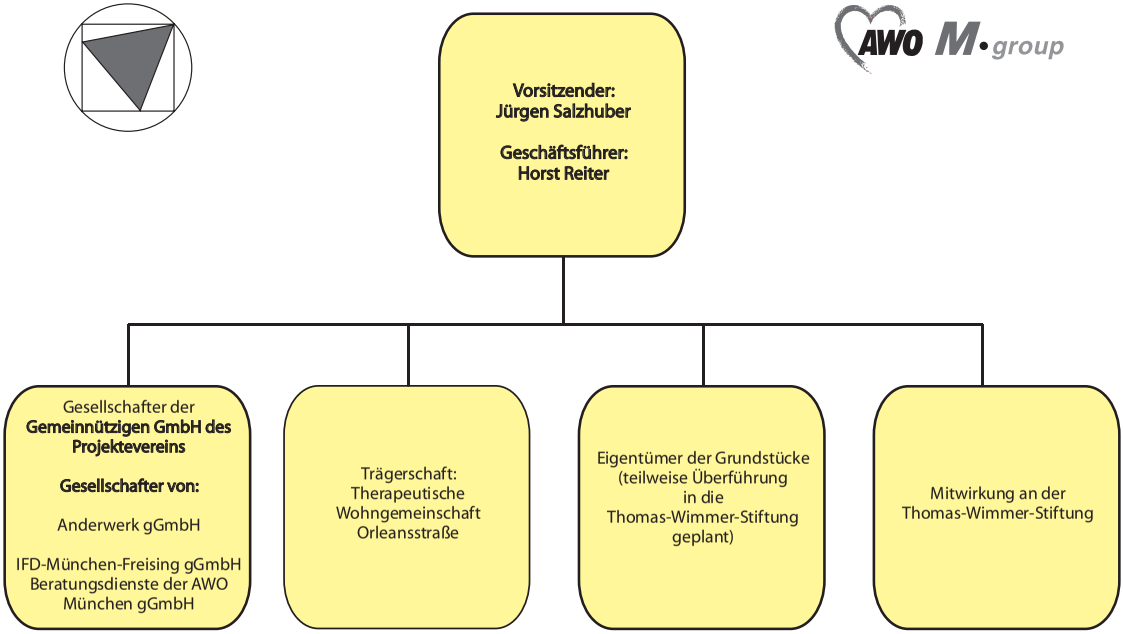
Wer eine Arbeit hat, ist weniger von Ausgrenzung bedroht. Der Erhalt von Arbeitsplätzen für BürgerInnen mit psychischen Störungen ist die Aufgabe der Integrationsfachdienste. Im Januar 2005 hat der Projekteverein zusammen mit dem Berufsförderungswerk München gGmbH und dem Bayerischen Landesverband für die Wohlfahrt Gehörgeschädigter e.V. den Integrationsfachdienst GmbH München-Freising gegründet und im Oktober 2005 den Integrationsfachdienst Oberbayern-Ost mitgegründet. Integrationsfachdienste sind umfassende Dienstleister zur Verbesserung der beruflichen Integration von behinderten Menschen. Als Fachträger in der Sozialpsychiatrie ist es uns ein besonderes Anliegen, die berufliche Integration von psychisch behinderten BürgerInnen zu verbessern und Ausgrenzung aus dem Arbeitsleben zu verhindern.

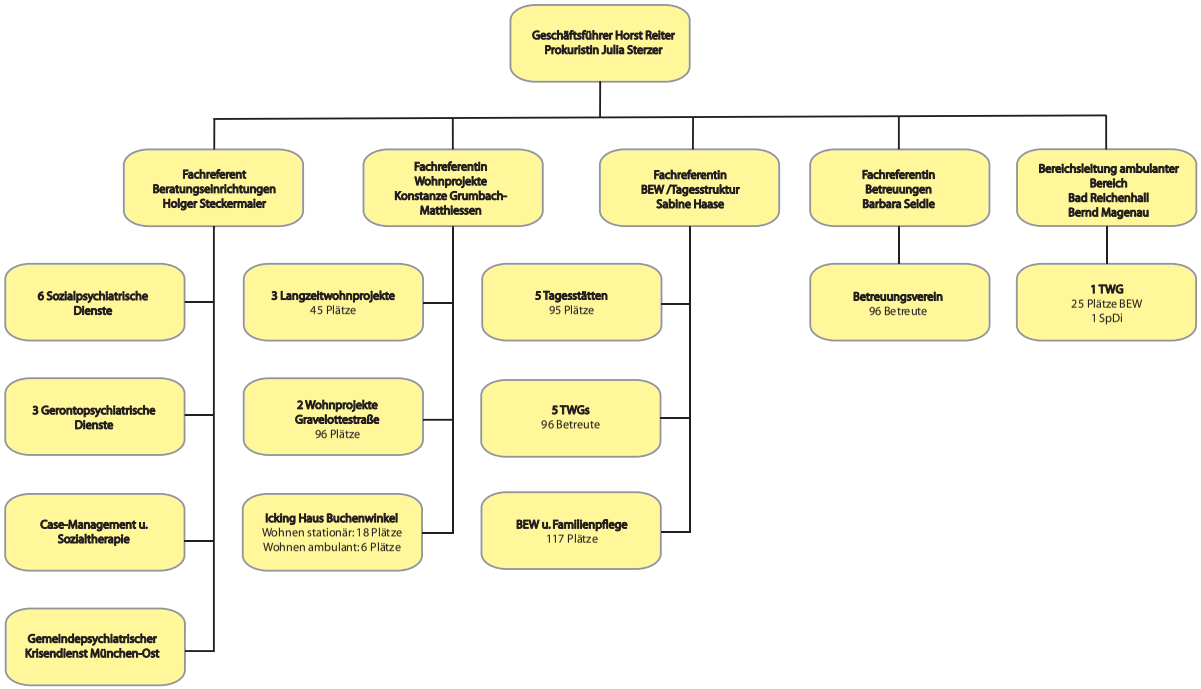
Wir hoffen, dass wir auch in Zukunft unsere Arbeit fortsetzen können, um Ausgrenzung von BürgerInnen mit psychischen Störungen zu verhindern und Wiedereingliederung fördern können. Ganz besonders danken wir unseren MitarbeiterInnen, die sich immer wieder von neuem und tatkräftig für Menschen mit psychischen Störungen einsetzen. Wir danken den politisch Verantwortlichen und den MitarbeiterInnen der Zuschussgeber für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Unsere Arbeit wäre nicht vorstellbar ohne die Einbindung in die Arbeiterwohlfahrt auf allen Ebenen. Aus diesem Grund sind wir Mitglied der AWO M·group und korporatives Mitglied beim Landesverband der Arbeiterwohlfahrt. Der Bezirksverband der AWO unterstützt uns auf der Ebene des Bezirks Oberbayern. Ohne die Unterstützung des Bundesverbandes der AWO, insbesondere bei den Anträgen an Aktion Mensch wären viele Projekte nicht möglich. Wir danken den Verantwortlichen der Arbeiterwohlfahrt auf allen Ebenen für die tatkräftige Unterstützung.

Wir danken insbesondere Jürgen Salzhuber, der als Gründer des Projektevereins den Grundstein gelegt und als Vorstandsvorsitzender die Geschicke des Projektevereins verantwortet. Ohne sein unermüdliches Engagement gäbe es mehr Ausgrenzung und Stigmatisierung von BürgerInnen mit psychischen Störungen in München und im Landkreis Berchtesgadener Land.

Horst Reiter, Geschäftsführer

Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V. Korporatives Mitglied der AWO LV Bayern




Geschäftsführer Horst Reiter
Prokuristin Julia Sterzer
Fachreferent Beratungseinrichtungen Holger Steckermaier
Fachreferentin Wohnprojekte Konstanze Grumbach-Matthiessen
Fachreferentin BEW /Tagesstruktur Sabine Haase
Fachreferentin Betreuungen Barbara Seidle
Bereichsleitung ambulanter Bereich Bad Reichenhall Bernd Magenau
6 Sozialpsychiatrische Dienste
3 Gerontopsychiatrische Dienste
Case-Management u. Sozialtherapie
Gemeindepsychiatrischer Krisendienst München-Ost
3 Langzeitwohnprojekte
45 Plätze
2 Wohnprojekte Gravelottestraße
96 Plätze
Icking Haus Buchenwinkel
Wohnen stationär: 18 Plätze
Wohnen ambulant: 6 Plätze
5 Tagesstätten
95 Plätze
5 TWGs
96 Betreute
BEW u. Familienpflege
117 Plätze
Betreuungsverein
96 Betreute
1 TWG
25 Plätze BEW
1 SpDi

Reintegration, Teilhabe und Entstigmatisierung
Gedanken zum diesjährigen Jahresbericht.

Unser diesjähriger Jahresbericht beschäftigt sich wohl mit den wichtigsten Aufgaben der Sozialpsychiatrie *Reintegration, Teilhabe und Entstigmatisierung.* Drei Schlagworte, die jedoch die grundlegenden Ziele sozialpsychiatrischer Arbeit beschreiben und im Grunde dasselbe aussagen: Die vorurteilsfreie Miteinbeziehung psychisch Kranker in unsere Gemeinschaft.

Drei Ziele, die zum einen untrennbar miteinander verbunden sind, da sie nur gleichzeitig oder gar nicht erreichbar sind, zum anderen jedoch auch einen Teufelskreis ergeben, der psychische Erkrankungen zu einer besonderen Herausforderung macht. Vollständige Integration kann nur gelingen, wenn psychische Krankheit kein Stigma bedeutet, genauso wie Stigmatisierungsprozesse vermutlich entfallen, wenn psychisch Erkrankte in allen Lebensbereichen die selben Chancen auf Teilhabe haben wie nicht Betroffene.
Im Gegensatz zur Medizin und deren Auftrag der Heilung von psychischen Störungen sehen wir unsere Aufgabe vor allem darin, psychisch erkrankten und seelisch belasteten Mitmenschen die Möglichkeit zu geben, in der Gesellschaft dauerhaft wieder Fuß zu fassen oder noch besser eine Desintegration überhaupt nicht zuzulassen.
Allerdings, das kann nicht oft genug wiederholt werden, haben sich die Bedingungen für Betroffene, ihren Platz in unserer Gesellschaft zu finden und zu behalten, in den letzten Jahren massiv verschlechtert. Ist es für gesunde Menschen bereits schwierig, mit den Anforderungen der modernen Welt zurecht zu kommen, bauen sich für psychisch Kranke mittlerweile Hürden auf, die zu umgehen größte Anstrengungen und eine extra Portion Glück benötigen. Der Ausgang jedoch bleibt ungewiss. Aber was können diese Begriffe nun konkret für uns und unsere Arbeit bedeuten?

Die Reintegration oder zurück auf Los

Spricht man von *Reintegration,* setzt dies voraus, dass der Betroffene irgendwann einmal integriert war. Und genau da setzen wir in der Sozialpsychiatrie an. Oberstes Prinzip unserer Arbeit ist es, die Ressourcen unserer KlientInnen zu entdecken und ihre Potentiale zu fördern. Mittlerweile mag das ressourcenorientierte Arbeiten zwar zum Standardspruch geworden sein, ob aber tatsächlich auch drin ist, was draufsteht, ist eine andere Frage. Eines ist jedoch sicher, ohne die Potentiale unserer KlientInnen zu nutzen, wird uns dies nicht gelingen.

Reintegration meint aber nicht, dass alles wieder wie vor der ersten Psychose sein muss. Vielmehr kann es bedeuten, trotz bestehender krankheitsbedingter Einschränkungen ein zufriedenes, sinnerfülltes und aktives Leben zu führen. Gesundheit kann vielfältig sein. Nicht unbedingt ist Symptomfreiheit das Gegenteil von Krankheit. Viel wichtiger sind die Möglichkeiten der Betroffenen, ihr Leben so zu gestalten, wie sie es selbst für sinnvoll halten. Für Mitmenschen und auch uns Professionelle ist das oft schwer auszuhalten. Studien zur Lebenszufriedenheit psychisch Kranker zeigen jedoch, dass vor allem diejenigen die größte Zufriedenheit aufweisen, die nichts von Krankheitskonzepten und Negativprognosen wissen wollten und deren Compliance nicht die beste war. Ein Ergebnis, das zum Nachdenken anregt.

Teilhabe oder auch ein Stück vom Kuchen

Eigentlich eine Selbstverständlichkeit! Oder? Jeder Mensch in unserer Gesellschaft soll entsprechend seinen Fähigkeiten und Neigungen an dieser partizipieren können. Leider ist dies nur in Ansätzen verwirklicht. Tatsächlich ist und bleibt es eines unser wichtigsten Anliegen, von psychischen Störungen betroffenen Menschen die Unterstützung zu bieten, dass sie so weit wie

möglich ein Leben führen können, dass man gemeinhin als normal bezeichnet. In der eigenen Wohnung leben, einer sinnstiftenden und Existenz sichernden Tätigkeit nachgehen, Freundschaften pflegen, Freizeit genießen und nicht zuletzt eine Partnerschaft zu führen und sogar eine Familie zu gründen. *Hohe Ziele,* werden viele KollegInnen jetzt denken. Wie soll dies alles gelingen, vor allem, wenn eine schwere psychische Erkrankung vorliegt, vielleicht sogar in chronifizierter Form? Wir dürfen aber nicht vergessen, dass ein vernünftiger Optimismus mit ausschlaggebend für einen Gesundungsprozess ist.

Um Prof. Michaela Amering zu zitieren: „Niemand würde sich anstrengen, gesund zu werden, wenn er glauben müsste, es wäre umsonst."

Und was machen wir mit den Betroffenen, die partout nicht teilhaben wollen an unserer Idee vom *Leben in der Gesellschaft*, wie es die Kollegin in ihrem Artikel über die Schwanseestraße so schön beschreibt? Nichts, denn sein Leben bestimmt jeder noch selbst. Womit wir gleich zum nächsten Thema kommen.

Entstigmatisierung *oder weg mit der Narrenkappe*

Eines ist eindeutig: Stigmatisierung behindert Gesundungsprozesse und Selbsthilfe.

Jedoch, wenn man von Entstigmatisierung spricht, ist es wichtig zu überlegen, wer hier eigentlich angesprochen werden soll. Zuerst fällt einem natürlich die Gesellschaft ein, quasi die anderen, die man darauf aufmerksam machen muss, dass psychische Erkrankung kein Manko ist. Damit ist tatsächlich ein großer Teil angesprochen, allerdings fehlt da noch was. Es bedeutet nämlich, dass wir als Professionelle unsere eigenen stigmatisierenden Verhaltensweisen und Einstellungen hinterfragen. Es bedeutet vielleicht auch,

den Betroffenen mehr zuzutrauen als bisherige Diagnosen und Prognosen voraussagen. Nicht umsonst versuchen namhafte Vertreter der *Antistigma Kampagnen* auch, Stigmatisierungstendenzen von Professionellen zu reduzieren. Nicht zuletzt bedeutet Stigmatisierung auch Selbststigmatisierung der Betroffenen. Eine psychische Krise kann das Selbstbewusstsein völlig aus dem Gleichgewicht bringen. Das ist ein Nährboden für Selbststigmatisierung. Alles was nun diesen Nährboden entzieht, das Selbstbewusstsein fördert, die Möglichkeit zur Integration und Teilhabe in gewünschte Lebensvollzüge bietet, wird zur Überwindung eigener Stigmatisierungstendenzen beitragen.

Das ist unsere Aufgabe und unser Ziel. Darum bemühen sich die MitarbeiterInnen unserer Sozialpsychiatrischen Dienste, unsere Tagesstätten, unsere Wohn- und Arbeitsprojekte und nicht zuletzt unser psychiatrischer Krisendienst.

Holger Steckermaier, Fachreferent, Beratungsstellen

Sozialpsychiatrischer Dienst
Arbeit zwischen dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und dem SGB IX

In den vergangenen Jahren ist viel über die Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis) geschrieben, diskutiert und politisch verhandelt worden: Von der rasanten Entstehungsgeschichte Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts, dem Kampf um den Erhalt der Multiprofessionalität, der mit der Streichung der Arztstellen zum Teil verloren ging, bis zur jüngsten Kürzungswelle auf Grund der Finanznot der Bezirke in Bayern, die über die SpDis hinweg schwappte und zu einigen Stellenkürzungen führte. Und jetzt? Ruhiges Alltagsgeschäft, politische Konsolidierung durch die neuen Rahmenleistungsvereinbarungen, Zielvereinbarungsgespräche, Leistungsdokumentationen? Weit gefehlt!

Aber vielleicht gehören SpDis und ein einfaches, ruhiges Leben und Arbeiten nicht zusammen. Vielleicht gibt es eine tiefgründige, unbewusste Logik, als SpDi-MitarbeiterIn, als Team immer wieder in Nöte zu kommen, wie wir sie bei unserer Klientel ständig erleben: In der Existenz bedroht, die Mittel zum Leben letztlich zu wenig, von Sorgen um eine ungewisse Zukunft geplagt. Aber auch die internen, psychologischen Mechanismen der Paranoisierung: Was wird uns nun schon wieder zugemutet? Welch *böse* Absichten könnten hinter diesem und jenem stecken?

Wenn es aus rein *diagnostischen* Zwecken lohnenswert erscheint, über die „Seelenverwandtschaft“ der SpDis und ihrer Klientel nachzudenken, so keinesfalls deshalb, um eine negative Prognose abzugeben und einer Chronifizierung das Wort zu reden. Im Gegenteil: Wir können unsere Existenzprobleme nur dann lösen, wenn wir sie in ihren verschiedenen, auch tieferen Dimensionen erkannt haben und den problematischen Ursachen mit erfolgversprechenden Methoden begegnen. Auch hier verbindet sich unser Schicksal mit der widersprüchlichen Situation, mit der die Menschen mit Psychose-

Erfahrungen konfrontiert sind und bei der sie unsere Hilfestellung benötigen. Erst das Eingeständnis, dass es sich um eine psychotische Erkrankung handelt, unter der sie leiden, schafft eine ausreichende Grundlage, die richtigen Bewältigungsschritte für die Erkrankung und ihre Folgen zu finden. Die antipsychotische Medikation reicht in aller Regel nicht aus. Erfolgreiche Psychosebewältigung erfordert die richtige Kombination pharmakologischer, psychotherapeutischer und – insbesondere bei längerem Verlauf – sozialpsychiatrischer Hilfestellungen! Denn die soziale Existenz und Zugehörigkeit ist bei Psychosen immer auch ein zentrales Thema, besonders bei den früh erkrankten Adoleszenten, deren *Ich* in seinem Entwicklungsprozess zwischen Elternhaus und eigener gesicherter Existenz quasi *stecken geblieben* ist. Insofern ist es durchaus folgerichtig, dass die Finanzierungsgrundlagen der SpDis die Hilfen zur sozialen Wiedereingliederung (psychisch) Behinderter darstellen, in der Diktion des SGB IX heißt es *soziale Teilhabe.*

Damit sind wir beim Thema *Auftrag* und *Rahmenbedingungen* angelangt: Wie ist es um die sozialrechtliche Eingliederung der SpDis bestellt? Die angegebene Grundlage für die Rahmenleistungsvereinbarungen wird als freiwillige Pflichtleistung bezeichnet, ist also von politischen Entscheidungen abhängig. Die Pauschalförderung der Dienste eröffnet die notwendigen Strukturmerkmale Anonymisierung, Niederschwelligkeit, Kostenfreiheit, geringer bürokratischer Aufwand, Handlungsfreiheit, wie sie für die aufsuchend-explorative Beratungs- und Besuchsarbeit der Dienste notwendig sind. Diese Freiheitsgrade sind jedoch erkauft um den Preis der mangelhaften Sicherung der eigenen Existenz: SpDis sind in keinem der Sozialgesetzbücher als Begriff und Institution erwähnt, es gibt wohl kein einklagbares Recht auf Betreuung durch SpDis.

Obwohl viel jüngere Institutionen den Weg in das Gesetzbuch geschafft haben, ist dies den SpDis in Bayern bisher nicht gelungen. Zu unterschiedlich sind die in den einzelnen Bundesländern entwickelten Modelle der SpDis hinsichtlich Trägerschaft, Finanzierungsweise, Zielvorgaben, Arbeitsschwerpunkte etc. Der von Projekteverein und AWO gestartete Versuch, den SpDis einen gesicherten Platz im Rahmen eines modernisierten *Psychisch-Kranken-Gesetzes* zu verschaffen, liegt auf politischem Eis. Es ist ungewiss, ob sich bei einer Gesetzesnovellierung des Bayerischen Unterbringungsgesetzes substantielle Fortschritte für die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen und die involvierten Institutionen, also auch für die SpDis, werden durchsetzen können.

Zwischenzeitlich erfreuen sich die Psychiatrischen Institutsambulanzen immer größeren Zuspruchs, auch für Ergotherapie und Soziotherapie wurden die gesetzlichen Grundlagen geschaffen. Bei letzterem hat man sogar einen verwandten Begriff verwendet, aber gleichzeitig ein Gesetz geschaffen, das an den Notwendigkeiten der Praxis weit vorbeigeht und das in der Aus- und Durchführung geradezu das Gegenteil dessen geworden ist, was fachlich gebraucht wird. Und nicht zuletzt: Angebote des Betreuten Einzelwohnens sind allüberall aus dem Boden geschossen. Das BEW versucht die Leistungen zu erbringen, die in den SpDis entwickelt und

Mitarbeiterin der gGmbH Projekteverein

für eine soziale Reintegration und psychische Genesung als förderlich erkannt wurden, allerdings zu höheren Kosten für alle Beteiligten: Für die MitarbeiterInnen mit einem aufwändigen Beantragungs- und Abrechungsverfahren, für die Betroffenen und ihre Familien mit dem Problem der Heranziehung von Einkommen und Vermögen, für den Bezirk mit wesentlich höheren Kosten.

Die von den SpDis erbrachte Leistungspalette soll der Wiedereingliederung der psychisch erkrankten Menschen dienen, die manchmal bereits die Anerkennung als *Behinderte* gefunden haben, oft genug aber eine solche Feststellung ablehnen. Mit dem Begriff *von einer Behinderung bedroht* zu sein, ist aber das Feld weit genug aufgespannt, so dass die SpDis nicht nur tätig werden können, wenn die psychische Erkrankung manifest geworden ist und zur Klinikbehandlung geführt hat, sondern auch Angehörige oder Nachbarn in ihrer Not und Hilflosigkeit in den SpDis eine Anlaufstelle finden. Vor allem dann, wenn sich der Betreffende nicht problem- und krankheitseinsichtig zeigt und nicht bereit ist, einen Arzt aufzusuchen. Solche Fälle landen nicht selten bei den Diensten, weil diese weniger an formale Rahmenvorgaben gebunden sind als zum Beispiel ärztliche KollegInnen in ihren Praxen. Und es ist eine gleichermaßen schwierige wie lohnende Aufklärungs-, Überzeugungs- und Vermittlungsarbeit, die die SpDis neben der Versorgung schwer und chronisch kranker Menschen hier zu leisten haben.
Wenn wir davon sprechen, dass die SpDis bestimmte räumliche Zuständigkeitsbereiche haben und diese *versorgen*, ist natürlich klar, dass es keinesfalls alle psychisch Behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen in diesem Sprengel sein können. Sehr grob gerechnet sind dies etwa zwei Drittel der an schizophrenen und affektiven Störungen Leidenden, dazu kommt ein Teil der Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und

komplexen Traumatisierungen. Schätzen wir also die potentielle *Kundschaft* der SpDis auf 2 % der Bevölkerung, so sind das bei einem durchschnittlichen Einzugsgebiet von 150.000 BewohnerInnen etwa 3.000; davon werden im Laufe eines Jahres etwas weniger als 10 %, nämlich knapp 300 je Stadtdienst, beraten und betreut. An der längerfristigen Versorgung dieser *Risikogruppe* sind freilich auch einige andere medizinische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Institutionen beteiligt. Diese groben Schätzzahlen sollen deutlich machen, dass wir eigentlich eine personelle Ausstattung bräuchten, die um den Faktor 5 bis 10 höher liegt!

Bob Egetmeyer (Psychiatriekoordination Bezirk Schwaben) hat es bei seinem Referat zur *Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern* auf der 10. Fachtagung für MitarbeiterInnen Sozialpsychiatrischer Dienste am 4./5.10.2006 auf den Punkt gebracht: „Es wird nicht mehr Geld geben!“ Im Bezirk Schwaben hat sich die Diskrepanz besonders deutlich gezeigt: Trotz der Ergebnisse der Heim-Enquète fließt weiterhin überproportional viel Geld der Eingliederungshilfe in den stationären (Verwahrungs-)Bereich, wohingegen die SpDis dort von der Kürzungswelle besonders hart betroffen sind! Zufall? Wenn der Grundsatz der Psychiatriereform *ambulant vor stationär* wirklich umgesetzt würde, müsste man von Heimschließungen oder zumindest Platzreduzierungen hören. Aber nichts davon wurde auf der Tagung verlautbart. Dagegen handelte der Projekteverein wieder einmal vorbildhaft, als im Langzeitwohnprojekt Schwanseestraße nach erfolgreicher Arbeit im Sinne der Enthospitalisierung stationäre Plätze in BEW-Plätze umgewandelt wurden. Es erscheint noch ein langer, steiniger Weg, bis die einrichtungs- und leistungsträgerübergreifenden Zielperspektiven wirklich im nennenswerten Sinne praktiziert werden können.

Zur Erinnerung: Die SpDis waren in der Anfangszeit ein leistungsträgerübergreifendes Projekt, das von Staatsministerium, Bezirk, Kommunen und zeitweise sogar den Krankenkassen mit einem pauschalen Anteil finanziert wurde. Aber die Krux war, dass ein gewisser Anteil der Sach- und Personalmittel immer als Eigenleistung der Träger aufzubringen war! Darin liegt auch ein weiterer Grund für die Stagnation im Auf- und Ausbau der Dienste, weil sie im Gegensatz zu tagessatzfinanzierten Institutionen immer Zuschussbetriebe geblieben sind und damit dem Erweiterungselan auch finanzielle Hürden gesetzt waren. Wie viel anders wäre die Entwicklung verlaufen, hätten die SpDis beispielsweise eine Art Erfolgsprämie erhalten für ihre Klientel, die keine Klinikaufenthalte mehr benötigten, wenn also ein Zugewinn möglich gewesen wäre. Und um auch dies ganz deutlich auszusprechen: Die SpDis sind gewiss die Institution, die die Zielperspektiven von Bedarfsorientierung und Personenzentrierung am besten verwirklicht (hat). Keine formalen Zäune halten die Kooperation von BeraterIn und KlientIn zusammen, diese / dieser kommt nur dann regelmäßig, wenn er / sie die Erfahrung macht, dass hier wirklich im persönlichen Sinne geholfen wird.

Bob Egetmeyer hat vor seiner Referatsabfassung eine schriftliche Umfrage bei den SpDis in Bayern gestartet und 70 Rückmeldungen erhalten, es kann also von einer guten Repräsentativität ausgegangen werden. Dabei ging es auch um die aktuelle Befindlichkeit der MitarbeiterInnen. Trotz aller Widrigkeiten überwiegt das positive Denken – duldsam, bescheiden, aber auch mit einem gewissen Selbstbewusstsein und gar nicht revoluzzerhaft, wie Egetmeyer es von den mythenumwobenen Diensten erwartet hatte. Unter den Entwicklungsperspektiven wurde, trotz steigender Nachfrage, zumeist ein Erhalt des Status quo genannt, so dass die Beratungsfrequenz in vielen Fällen verringert werden musste.

Aber der Realismus der SpDi-MitarbeiterInnen und ihrer Träger hat längst dazu geführt, auch andere Angebotsfelder zu bedienen: zusätzlich – gerontopsychiatrische Fachkräfte, vereinzelt – Soziotherapie und, immer häufiger – Betreutes Einzelwohnen.

SpDis und die „Vermessung des Sozialen“, so könnte man die folgende Diskussion in Anlehnung an Daniel Kehlmanns Bestseller „Vermessung der Welt“ überschreiben. Zur „Vermessung des Sozialen“ zu psychiatrischen Zwecken sind in den letzten Jahrzehnten verschiedene ExpertInnengruppen angetreten, um das in Worte und Konzepte zu fassen, was unsere Arbeit fassbarer, transparenter macht. Zu erwähnen ist dabei der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), der von einer Kommission der Bundesregierung zur Personalbemessung im komplementären Bereich entwickelt wurde. In abgewandelter Form ist dieser in Bayern zur Grundlage für die Bestimmung des Hilfebedarfs für betreute Wohnformen in den Gesamtplan, den das Sozialgesetzbuch vorschreibt, eingearbeitet worden.
Und nun macht die *ICF (Internationale Klassifikation der funktionalen Gesundheit)*, von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) von sich reden. Die ICF gründet auf ein bio-psycho-soziales Modell, wie es für die Arbeit der Dienste ebenfalls unverzichtbar ist. Psychische Erkrankungen werden nicht länger als rein medizinische Phänomene betrachtet. Man bemüht sich vielmehr um eine neutrale, disziplinenübergreifende Sprache, stellt den betroffenen Menschen in seinen gesamten Lebensbezügen in den Mittelpunkt einer genauen Beschreibung und Begutachtung von Funktionsfähigkeiten bzw. ihrer Einschränkungen. Eine multiprofessionelle Herangehensweise ist dabei ein zentrales Element, um den Betroffenen die Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die ICF beruht folglich auf einer fachlichen Grundlage, die

das oberste Prinzip der Sozialpsychiatrischen Dienste darstellt. Somit könnte sich nach Jahrzehnten der Diskussion der Kreis wieder schließen.

Dr. Heinrich Berger, SpDi-Giesing

Case-Management
Teilhabe psychisch kranker Menschen

Case-Management ist ein Konzept, das inzwischen auch in Deutschland in vielen Bereichen der sozialen Praxis angewendet wird (zum Beispiel bei Aidskranken oder alten Menschen). In München gibt es dieses Projekt für psychisch kranke Menschen seit 2001. Seit April 2006 ist das Case-Management vollständig an die Sozialpsychiatrischen Dienste angegliedert. Für die Menschen, die im Münchner Osten wohnen, sind MitarbeiterInnen der SpDis Giesing und Perlach zuständig, für den Süden KollegInnen der Dienste in Stadtmitte und Laim. Auch im Münchner Norden und Westen soll in der Zukunft eine Versorgung mit Case-Management an den SpDis geschaffen werden.

Was ist Case-Management?

Unsere Zielgruppe sind vorwiegend schwer psychisch kranke Menschen, die übergangsweise eine intensive Begleitung brauchen. So ist oft nach einem Klinikaufenthalt nicht klar, wie es weitergehen kann, und KlientInnen brauchen in verschiedenen Bereichen Hilfe. Im Rahmen von *Case-Management* werden sie flexibel und für einen vorher festgelegten Zeitraum betreut.
Ziel ist es, gemeinsam mit den KlientInnen dauerhaft oder zumindest langfristig passende Hilfen zu suchen, zu finden und dafür Sorge zu tragen, dass die KlientInnen diese Hilfen auch nutzen (können). Deshalb wird zunächst eruiert, welches Netzwerk von Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Ärzten, aber auch gesetzlichen Betreuern bzw. Betreuern von Wohngemeinschaften etc. bereits besteht. Oft stehen Hilfsangebote zur Verfügung, die von den KlientInnen aber nicht richtig wahrgenommen werden. Oder es stellt sich heraus, dass diese Hilfen nicht richtig funktionieren.
Es geht also hauptsächlich darum, ein Netzwerk aufzubauen, das zu den Vorstellungen, Sichtweisen und Bedürfnissen der / des KlientIn passt. Um her-

auszufinden, wie die zur / zum KlientIn passenden Hilfen aussehen, müssen sich KlientIn und Case-Manager zunächst intensiv kennen lernen und Vertrauen zueinander aufbauen. Dafür ist im *Case-Management* auch bewusst Zeit eingeplant.

Recht auf Teilhabe / Integration

Die / der KlientIn mit seinen Bedürfnissen, Rechten, aber auch Pflichten steht heute mehr denn je im Vordergrund. Das war nicht immer so. Früher wurden psychisch kranke Menschen in Anstalten verwahrt und waren aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Das hat sich geändert. Seit den 70er Jahren bemüht man sich um mehr Integration. Wie alle anderen Menschen sollen auch psychisch Kranke die Möglichkeit haben, mit ihrer Krankheit bzw. Behinderung an der Gesellschaft teilzuhaben und möglichst selbstbestimmt leben können.* Zu diesem Zweck müssen die Menschen natürlich wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie Hilfe brauchen. Aber wo ist für welche Erkrankung, für welches Anliegen die richtige Hilfe zu finden? Schon wir „Profis" haben da manchmal unsere Mühe. Umso mehr brauchen unsere KlientInnen jemanden, der sie informiert, der mit den Beteiligten spricht, vermittelt und koordiniert, vielleicht auch unkonventionelle Möglichkeiten sucht, der also das Bindeglied zwischen Hilfsangeboten und KlientIn ist und sich dafür auch Zeit nehmen darf. Das ist Aufgabe eines Case-Managers.

Wohnortnahe, ganzheitliche Versorgung

Längst wird psychische Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von umfassenden bio-psychosozialen Faktoren gesehen. Das bedeutet, ob eine / ein KlientIn mit seiner psychischen Erkrankung zurecht kommt, hängt keinesfalls nur von physischen Vorgängen (zum Beispiel den passenden Medikamenten) ab.

** festgeschrieben ist das seit dem 1.Juli 2001 im SGB IX und soll zum Beispiel durch das Modellprojekt Persönliches Budget umgesetzt werden, das im Moment auch in München erprobt wird.*

Eine wichtige Rolle spielen dabei auch soziale Kontakte (Familie, Freunde, Bekannte), das Lebensumfeld und die Art und Weise, wie die Gesellschaft allgemein mit psychisch kranken Menschen umgeht.
Damit Integration also stattfinden kann, muss es auch psychisch kranken Menschen möglich sein, in ihrem gewohnten Umfeld bleiben zu können. Das bedeutet, dass die Hilfen, die diese Menschen brauchen (Wohn- und Freizeitangebote, Arbeitsprojekte, ärztliche und therapeutische Versorgung) flächendeckend vorhanden sein bzw. aufgebaut werden müssen.
Case-Management kann an dieser Stelle durch seine Netzwerk-Funktion und die Aufgabe, Hilfen zu koordinieren, aus praktischem Blickwinkel erkennen, an welcher Stelle genügend Hilfen vorhanden sind, wo Hilfeangebote fehlen und dazu beitragen, dass Helfer und Organisationen über die gemeinsame Arbeit mit KlientInnen in Kontakt kommen und sich untereinander vernetzen. Außerdem unterstützt das Case-Management die stärkere Nutzung vorhandener professioneller Hilfen, indem es den KlientInnen den Weg dorthin zeigt.

Entstigmatisierung

Es gibt in unserer Gesellschaft immer noch zahlreiche Vorurteile gegenüber psychisch Kranken. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass sich Anwohner immer wieder zu Protestinitiativen zusammenschließen, wenn in ihrem Wohngebiet eine Wohneinrichtung für psychisch kranke Menschen gegründet wird. Dieser Stigmatisierung psychisch kranker Menschen gilt es entgegenzuwirken.
Verhindern können Case-Manager solche Proteste natürlich nicht, aber sie können ihre KlientInnen stärken. Sie können die psychisch Kranken dahingehend bestärken, dass auch sie ein Recht auf Selbstverwirklichung haben.

So haben Betroffene nicht selten den verständlichen Wunsch, sich außerhalb der „Psycho-Szene“ zu bewegen. Deshalb ist es durchaus sinnvoll, dass eine / ein KlientIn nicht eine Tagesstätte für psychisch Kranke besucht, sondern sich einem Wanderverein anschließt und dort Kontakte knüpft. Wo es passt, sind im Sinne einer Entstigmatisierung nicht-psychiatrische Hilfen also den psychiatrischen vorzuziehen. Besonders zu betonen ist an dieser Stelle die wichtige Rolle von Angehörigen und sonstigen Kontakten, die zum sozialen Umfeld der KlientInnen gehören!

Immer mehr MitarbeiterInnen verbringen immer mehr Zeit mit Verwaltungsarbeit

Fallbeispiel

Frau Funk (Name geändert) ist seit über zehn Jahren an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt. Nachdem man ihr die Kinder weggenommen hatte, blieb sie alleine in ihrer Wohnung zurück. Sie lehnte jede Hilfe ab und lebte jahrelang völlig isoliert. Sie ging keiner Arbeit nach und lebte von einer Erbschaft. Da sie ihre Post nicht öffnete, fiel sie unter anderem aus der Krankenkasse.

Eines Tages kam es zu einem Zwischenfall: Frau Funk gestikulierte im Treppenhaus wild herum und schrie so laut, dass eine Nachbarin die Polizei alarmierte. Daraufhin wurde Frau Funk in der Psychiatrie untergebracht, wo sie einige Zeit behandelt wurde. Bis kurz vor ihrer Entlassung, wusste sie nicht, wie es zu Hause weitergehen sollte. Der Sozialdienst in der Klinik hatte einen gesetzlichen Betreuer für sie organisiert und das Projekt Case-Management empfohlen.

Obwohl sie nach wie vor jede Hilfe ablehnte, gab sie ihre Einwilligung, dass die Case-Managerin sie anrufen dürfe. Nach dem ersten Telefonat schlug die Case-Managerin ein Treffen zum Kennenlernen vor. Frau Funk lehnte zunächst ab. Wenige Tage später rief die Case-Managerin noch einmal an. Diesmal stimmte Frau Funk einem Treffen zu. Sie mochte aber weder jemanden zu sich in die Wohnung lassen, noch in das Büro der Case-Managerin kommen. Schließlich fand das erste Treffen in einem Park statt, wo sich Frau Funk gerne aufhielt.

Dieses Treffen verlief für Frau Funk ziemlich überraschend. Überraschend, weil die Case-Managerin Zeit für sie hatte und keine Gegenleistung von ihr erwartete. Sie musste also kein Formular ausfüllen und auch nichts unterschreiben. Und die Case-Managerin war immer auf dem Handy erreichbar. Als sie nach dem Treffen auch noch zum Kaffee eingeladen wurde, war das Eis gebrochen.

Im Laufe der Zeit entstand eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Frau Funk und der Case-Managerin. Am Anfang trafen sie sich ein- bis zweimal in der Woche bei Frau Funk zu Hause, später nur noch alle zwei Wochen. Frau Funk erzählte viel von sich, auch, dass sie gerne wieder malen würde. Die Case-Managerin fand Telefonnummern und Adressen für Frau Funk heraus und begleitete sie auf ihrer Suche nach einer geeigneten Malgruppe. Schließlich entschied sie sich für eine Gruppe in ihrer Pfarrei. Im Laufe der Zeit entdeckte sie, dass sich in ihren Bildern sehr viel von ihrem Leben wieder fand. Sie sprach mit der Case-Managerin darüber und beschloss, eine Therapie zu machen. Nun konnte sie sich vorstellen, dass ihr eine Therapie etwas bringen könnte und wollte, dass sich in ihrem Leben etwas verändert.

Über die Case-Managerin fand Frau Funk einen niedergelassenen Psychiater, von dem sie sich verstanden fühlte. Er gab ihr auch Medikamente, die sie, wie sie es selbst beschrieb „wieder klarer sehen ließen“.
Finanzielle Dinge und Behördenangelegenheiten erledigte der gesetzliche Betreuer für sie. Von ihm aber fühlte sich Frau Funk hintergangen. In gemeinsamen Helferkonferenzen stellte sich nach und nach heraus, dass der gesetzliche Betreuer in der Tat Frau Funk nicht richtig informierte, Fristen bei Behörden nicht einhielt und über Frau Funk sagte, sie sei ja selbst schuld, weil sie sich nicht richtig bemühe. Die Case-Managerin regte eine Überprüfung der Betreuung bei der zuständigen Betreuungsstelle an und erreichte tatsächlich, dass ein neuer gesetzlicher Betreuer bestellt wurde. Mit ihm arbeitet Frau Funk gut zusammen.
Schließlich stellt Frau Funk fest, dass sie gerne auf eine langfristige Betreuung umsteigen möchte. Mit Unterstützung ihrer Case-Managerin bewirbt sie sich um einen Platz im Betreuten Einzelwohnen. Wenn sie einen geeigneten Platz gefunden hat, endet das Case-Management. In der Übergangszeit aber hat Frau Funk immer noch die Möglichkeit, ihre Case-Managerin anzurufen.
Die Case-Managerin gibt dem Sozialdienst in der Klinik Rückmeldung über den Verlauf des Case-Managements und die Vermittlung in das Betreute Einzelwohnen, um im Falle einer erneuten Klinikeinweisung von Frau Funk an die geleistete Arbeit anknüpfen zu können.

Gudrun Zajicek / Case-Management am SpDi Perlach

Gerontopsychiatrische Dienste und ihr Beitrag zur Integration im Alter

Wenn von demografischen Veränderungen in bisher nicht bekanntem Ausmaß in unserer Gesellschaft die Rede ist, muss auch darauf hingewiesen werden, dass der gegenwärtige – und die nächsten 30 Jahre anhaltende – Prozess, unumkehrbar ist.
Da – analog zum Pflegebereich – mehr als 80% der psychisch kranken Älteren zu Hause leben, ist es notwendig, den ambulanten gerontopsychiatrischen Teilbereich der Sozialpsychiatrie systematisch auszubauen. Das kann in städtischen Ballungsgebieten nur mittels weiterer Gerontopsychiatrischer Dienste geschehen. Daher hat der Bezirk Oberbayern im Oktober 2003 „Förderrichtlinien“ beschlossen, die eine Personalstärke von drei Planstellen für die GpDis vorsehen. Jede Stadt in Oberbayern kann also, wenn sich Träger für solche Dienste finden, eine entsprechende Finanzierung beantragen! Im ländlichen Versorgungsbereich wurden an mehr als 30 Sozialpsychiatrischen Diensten „gerontopsychiatrische Zusatzkräfte“ an die bestehenden Teams angeschlossen, so ist in Oberbayern eine ambulante Versorgungslandschaft entstanden, die in der Bundesrepublik einmalig ist.

Diesen Erfolg haben wir vor allem unserem Träger, der AWO, zu verdanken. Denn aufgrund der AWO-Initiative wurde bereits 1990 der erste Gerontopsychiatrische Dienst, der GpDi-Ost, gegründet. Und durch jahrelange Arbeit auf diversen sozialpolitischen Ebenen konnten weitere Dienste eingerichtet werden. So entstand 1995 der GpDi-Waldkraiburg, 1998 der GpDi–West, sowie die beiden anderen Münchener Dienste (Süd und Nord).
Dies war ein guter Anfang. Das ambulante Versorgungssystem ist ein konsequenter Einstieg in der Altenversorgung, nicht mehr, aber auch nicht weniger! Der Integrationsgedanke war von Anfang an ein ganz wesentliches konzeptionelles Element unseres sozialpychiatrischen Arbeitens.

Was aber bedeutet „Integration“ in der täglichen Arbeit mit Menschen ab 60 Jahren?

Wir gehen von Prof. Ursula Lehrs „ressourcenorientierten“ Denk- und Handlungsansatz aus, den die „Mutter“ der Gerontologie im Deutschland der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts begründet hatte. Konkret heißt das, dass auch bei älteren Menschen Entwicklungen stattfinden – Entwicklungen vom Altern über Krankheit bis hin zum Tode. In diesen Prozess sind Demenzkranke ausdrücklich mit eingeschlossen.

Therapeutischer Nihilismus – in Fachkreisen weit verbreitet – ist hier nicht angebracht. Altern mit seinen unleugbaren Veränderungen wird heute ganz anders gesehen als noch vor 20 Jahren! Einer der größten Fortschritte unserer Zeit war sicher die Steigerung des Lebensalters, und zwar weltweit, freilich auch eine der größten finanziellen Herausforderungen für alle Gesellschaften.

Integration mittels einer stabilisierenden helfenden Beziehung, sowie über regelmäßige Einzelgespräche im Dienst, Hausbesuche und Gruppenangebote, plus vernetzende Kooperation mit dem sozialen Umfeld der Erkrankten kann gelingen. Eigentlich müssten wir von Re–Integration sprechen. Dabei werden aktuelle Problemlagen, Defizite, individuelle gesundheitliche Belastungen nicht übersehen. Aber wir sind auf diese nicht fixiert, sondern versuchen das Potential zu erkunden und partiell mit unseren Schützlingen zu realisieren, was vorhanden ist.
Case-Management war stets unabdingbarer Bestandteil sozialpsychiatrischen Handelns ebenso wie vernetztes Arbeiten. Case-Management gilt übrigens auch und erst recht für unsere Zielgruppe. Auch die Kriterien der Soziotherapie träfen auf Ältere zu – bis eben auf das Alter! Aber was heißt

Alter heutzutage? Früher korrelierte das *Alter* mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Da dieses immer früher stattfindet, gibt es keine befriedigende Definition des Altersbeginns mehr.

Leider ist genau das eingetreten, was wir bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung befürchtet haben. Im Gesetz zur Pflegeversicherung und auch im Pflegeleistungsergänzungsgesetz spielt die psychosoziale Betreuung älterer Menschen keine Rolle.

Praktische Integration psychisch kranker Älterer hat folgende Hauptziele:

- Hilfe in der aktuellen Notlage
- schrittweise Überwindung der sozialen Isolation
- Bearbeitung gelebter oder auch erlittener Biographie
- neue Zielsetzungen in den späteren Lebensphasen
- Kooperation mit dem sozialen Umfeld.

Auch psychisch kranke Ältere haben ein Anrecht auf Teilhabe in der Gesellschaft

In der Arbeitsgruppe „Rahmenleistungsbeschreibung“ (bestehend aus den „Vertretern der Träger“, dem Gesundheitsreferat und dem Bezirk Oberbayern), wo die Grundlagen der Förderrichtlinien für GpDis und Zusatzkräfte erarbeitet werden, sind wir ein gutes Stück vorangekommen. Allgemeiner Konsens ist, das Bestehende durch die Haushaltskrisen hindurchzuretten.

Teamarbeit und gegenseitige Unterstützung sind eine tragende Säule der Arbeit des Projektevereins

Aber trotz aller Finanznöte und unterschiedlicher Interessen der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen gilt heute mehr den je: Ambulante gerontopsychiatrische Strukturen müssen weiter ausgebaut werden.

Diego Feßmann,
Gerontopsychiatrischer Dienst Ost

Psychiatrische Krisenintervention
Letzte Rettung für Menschen, die schon am Rande stehen?

Seit nunmehr zwei Jahren besteht der *Mobile Psychiatrische Krisendienst* als stadtweites Kooperationsprojekt verschiedener Träger. Neben der Krisenintervention am Telefon – Abklärung, Kurzberatung, Orientierungshilfe, Weitervermittlung – liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der aufsuchenden Krisenintervention vor Ort. Aufgesucht werden vor allem diejenigen Menschen in Krisensituationen, die nicht – oder nicht mehr – in der Lage sind, geeignete Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen oder die ihren eigenen, akuten Hilfebedarf nicht sehen (können). Diese Menschen wenden sich sehr selten selbst an den Krisendienst, in aller Regel sind es Angehörige, Freunde, NachbarInnen oder auch Fachstellen und Einrichtungen, die sich entweder Sorgen machen oder dringenden Handlungsbedarf sehen.

Hauptziel unserer Arbeit ist, Krisen möglichst ambulant aufzufangen. Durch die Einleitung geeigneter Hilfen wollen wir nicht notwendige stationäre Aufnahmen abwenden, oder aber notwendige Klinikaufnahmen fachkompetent und für die Betroffenen möglichst wenig traumatisierend in die Wege leiten bzw. begleiten.
Unsere Vorgehensweise orientiert sich dabei an den folgenden allgemeinen Zielen von Krisenintervention:

1. Unterstützung der Selbsthilfefähigkeiten der Person (und ihres sozialen Umfeldes) in der Krise:
   - Zurückgewinnen der eigenen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit
   - (Re-)Aktivierung von Fähigkeiten und Ressourcen
   - zu sich selbst wieder in Beziehung kommen
2. Deeskalation
3. sofortige Entlastung und Stabilisierung
4. Schutz vor Gefährdungen

Dabei haben wir es sehr häufig mit Menschen in akuten psychiatrischen Krisen zu tun: Sie zeigen paranoide, depressive, suizidale Syndrome, nicht selten liegt eine zumindest latente Selbstgefährdung vor. Psychosoziale Krisenauslöser wie familiäre Konflikte, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und massive finanzielle Not kommen hinzu. Auch Angehörige, Freunde oder Nachbarn sind häufig selbst „in der Krise“. Die Situationen, auf die wir treffen, sind also häufig komplex und schon ziemlich verfahren.

Herr Meier (Name geändert), Mitte 40 und in einer mittleren Beamtenposition tätig, leidet seit seiner Scheidung vor einigen Jahren immer wieder unter schweren depressiven Verstimmungen. Dann zieht er sich völlig zurück, fehlt unentschuldigt am Arbeitsplatz, öffnet seine Post nicht mehr und geht nicht mehr ans Telefon. Die einzige Bezugsperson ist seine Schwester, die aber nicht in München lebt.
In diesen Phasen ist er extrem misstrauisch, ja fast schon paranoid. Auch von suizidalen Impulsen weiß die Schwester. Hin und wieder nimmt Herr Meier antidepressive Medikamente, die die Hausärztin verschreibt, ansonsten hat er bis jetzt psychiatrische Behandlung und Hilfe nicht in Anspruch genommen.
Durch sein wiederholtes, sehr plötzlich eintretendes Rückzugsverhalten gibt es inzwischen Probleme am Arbeitsplatz. Der Arbeitgeber hält ihn, auch aufgrund seiner offenbar mangelnden Einsicht für nicht mehr tragbar und möchte eine Berentung in die Wege leiten. Besorgt ist auch die Schwester, die den Krisendienst in einer der Phasen, in denen sich ihr Bruder wieder einmal völlig „tot stellt“, um Unterstützung bittet.

Bei der ersten Kontaktaufnahme durch den Krisendienst lehnt Herr Meier Hilfe mit der Begründung ab, das habe sowieso alles keinen Sinn. Erst

beim zweiten Anlauf und auf eine nochmalige Intervention seiner Schwester hin ist er bereit, einen Hausbesuch des Krisenteams zuzulassen.

Menschen wie Herr Meier sind durchaus typische KrisenklientInnen. Sie befinden sich häufig schon am Rande der Gesellschaft, haben sich sehr zurückgezogen und nehmen am gesellschaftlichen Leben kaum noch teil. Von anderen Menschen werden sie als schwieriger und auffällig erlebt. Durch ihr psychisch auffälliges Verhalten ist ihr Arbeitsplatz in Gefahr oder aber schon verloren, die Existenzsicherung wird zunehmend schwieriger, was weitere Einschränkungen des eigenen Handlungsspielraums und weiteren Rückzug zur Folge haben kann. Dabei ist soziale und materielle Not ein zentraler Risikofaktor für den Verlust des seelischen Gleichgewichts.

Verfügen Menschen in Krisen über eher wenige innerpsychische und soziale Ressourcen zur Krisenbewältigung und sind sie zudem vorbelastet durch psychische Erkrankungen oder Traumatisierungen, neigen sie, wenn die Krise sich zuspitzt, zu dysfunktionalen Lösungsversuchen: So brechen sie beispielsweise Kontakte ab, reagieren mit Vermeidung und Abwehr, begegnen dem zunehmenden inneren (und evtl. auch äußeren) Druck mit Selbstbetäubung durch zunehmenden Suchtmittelmissbrauch, ziehen sich ängstlich oder auch misstrauisch-aggressiv zurück und leugnen jeglichen Hilfebedarf.

Beim ersten Hausbesuch des Krisenteams zeigt sich Herr Meier zumindest gesprächsbereit. Er berichtet, dass er momentan ohne Antrieb sei, das Haus kaum verlasse, sich hoffnungslos und lebensmüde fühle. Konkrete Suizidabsichten verneint er aber. Seine Probleme am Arbeitsplatz und die drohenden Konsequenzen bagatellisiert er einerseits und fühlt sich andererseits aber ungerecht behandelt, man wolle ihn dort sowieso loswerden und deshalb sei es ganz egal, wie er sich verhalte. Das Krisenteam sieht bei Herr Meier

zwar keine akute Selbstgefährdung, aber die dringende Notwendigkeit einer fachärztlich-psychiatrischen Behandlung und einer psychosozialen Unterstützung auch im Hinblick auf eine Entschärfung der Situation am Arbeitsplatz. Die angebotenen Hilfen lehnt Herr Meier aber zunächst rundweg ab: Hilfe sei nicht notwendig und außerdem sinnlos, diese Situation müsse er, wie fast alles in seinem Leben, ganz alleine durchstehen.

Menschen in der Krise brechen oft den Kontakt zur Außenwelt ab

An diesem Punkt einer Krisenintervention – der Kontakt zum Betroffenen ist hergestellt, eine erste Einschätzung der Krisensituation getroffen – stellen sich die Weichen für den weiteren Verlauf: Ist es möglich, adäquate Hilfen in die Wege zu leiten, ist die / der KlientIn bereit, sich darauf einzulassen, kann er mit entsprechender Unterstützung wieder beginnen, selbst zu handeln? Oder ist er nicht in der Lage, Hilfe anzunehmen oder sich zu entscheiden, den nächsten Schritt selbst zu tun? Muss er vor weiterer Eskalation und Gefährdungen geschützt werden, die aber vielleicht mit Konsequenzen verbunden sind, die seine Handlungs- und Entscheidungsfreiheit massiv einschränken?

Krisenintervention bedeutet in solchen Situationen vor allem, mit der / dem KlientIn zu verhandeln: den Handlungsspielraum abzustecken, konkrete nächste Schritte vorzuschlagen und auszuhandeln und zu möglichst klaren gemeinsamen Vereinbarungen zu kommen.
Das gelingt in psychiatrischen Krisensituationen meistens, solange der / die KlientIn einem Gespräch noch zugänglich ist. Kann zu ihm bei akuten wahnhaft-psychotischen Zuständen kein Kontakt mehr hergestellt werden bzw. ist sie nicht mehr erreichbar, müssen die Krisenteams manchmal auch Entscheidungen gegen den Willen der Betroffenen treffen.

Auch Herr Meier lässt sich, nachdem das Krisenteam ihm deutlich gemacht hat, dass ein „So-Lassen" der Situation wahrscheinlich zu einer weiteren Verschlechterung und Zuspitzung führen wird, auf minimale Vereinbarungen ein: Es wird ein Folgekontakt mit dem Krisendienst für den nächsten Tag ausgemacht, er sucht bis dahin seine Hausärztin wegen der dringend notwendigen Krankschreibung auf und lässt sich von ihr zu einer psychiatrischen Praxis überweisen. Und er erklärt sich einverstanden, dass das Krisenteam seine Schwester über den Stand der Dinge informiert.
Im Laufe der nächsten Tage hat der Krisendienst noch mehrmals telefonisch und persönlich Kontakt mit Herrn Meier, der sich zunächst nur um die Krankschreibung, nicht aber um eine fachärztliche Behandlung kümmert. Da immer deutlicher wird, dass Herr Meier umfassendere und längerfristigere Unterstützung benötigt, schlagen die Krisendienst-MitarbeiterInnen vor, den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst einzubeziehen. Dem stimmt Herr Meier schließlich zu und erlaubt auch, dass der Kontakt zum SpDi direkt durch den Krisendienst hergestellt wird, so dass Herr Meier zuverlässig an den SpDi übergeben werden kann.

Unser Ziel, Krisensituationen möglichst ambulant aufzufangen, können wir also häufig erreichen. Dies kann umso besser gelingen, je früher die Kontaktaufnahme seitens der Betroffenen oder durch Dritte mit dem Krisendienst stattfindet. Dann ist „Hilfe zur Selbsthilfe“ möglich, dann können noch vorhandene Ressourcen genutzt, gemeinsam Lösungen und Perspektiven entwickelt und Handlungsspielräume zurück gewonnen werden, dann können die Betroffenen selbst über die nächsten Schritte entscheiden.

Frau Uhland (Name geändert), eine junge Frau mit psychiatrischer Vorgeschichte (mehrere Klinikaufenthalte wegen posttraumatischer Belastungsstörung und depressiver Episoden) kommt in einer akuten Belastungssituation zum Krisendienst, ausgelöst durch einen massiven Übergriff am Ausbildungsplatz. Sie hat in den zwei Tagen nach dem Erlebnis schon viel unternommen, um Unterstützung zu erhalten, hat einige Fachstellen kontaktiert und sich rechtlich beraten lassen, war fast überaktiv. Jetzt fühlt sie sich völlig durcheinander, erschöpft und verstört, ist trotz – oder wegen? – der vielen Informationen nicht handlungsfähig. Außerdem macht sie sich große Vorwürfe, dass sie alles falsch gemacht hat und an dem, was passiert ist, selbst schuld ist. Sie befindet sich in einem Zustand der Übererregung, kann nicht mehr schlafen und befürchtet vor allem, dass sie wieder psychisch krank wird.

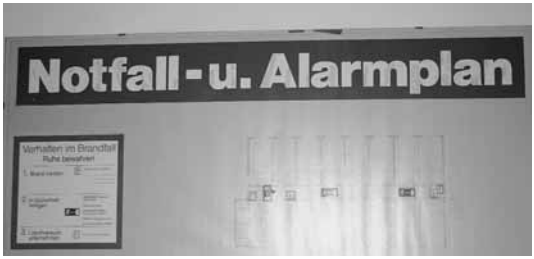
Im Krisengespräch mit Frau Uhland geht es vor allem darum,

- *sie zu beruhigen und ihr Sicherheit zu geben: Was sie bis jetzt unternommen hat, war in Ordnung. Sie hat nichts falsch gemacht;*
- *sie zu entlasten: Ihre momentane Befindlichkeit ist in ihrer Situation ganz typisch und nicht „krankhaft“, wird sich auch wieder verändern;*

– *ihre Ressourcen zu finden und zu nutzen: Welche Tätigkeiten und sozialen Kontakte helfen ihr dabei, zur Ruhe zu kommen und ein Stück Normalität zurück zu gewinnen;*
– *zu klären und zu sortieren: Welche Fachstellen helfen ihr wobei, was sind die wichtigen nächsten Schritte, was kann erstmal warten;*
– *und, nicht zuletzt, Zuversicht zu vermitteln: Sie kann handeln und mit entsprechender Unterstützung einen Weg aus der Krise finden.*

Entwicklungen und Planungen im Krisendienst

Am Beispiel von Frau Uhland und ihrem „Vorlauf“ bei verschiedenen Stellen, zeigt sich aber auch eine für Betroffene und ihre Angehörigen häufige und typische Situation: Ihnen steht in München ein relativ gut ausgebautes Netz sowohl verschiedener Krisenanlaufstellen, als auch psychiatrischer / psychosozialer Fachstellen und -einrichtungen zur Verfügung. Dieses Netz an Angeboten ist so vielfältig wie unübersichtlich – zumindest für diejenigen, die zum ersten Mal in einer Krisensituation vor der Aufgabe stehen, eine für sie passende Anlaufstelle zu finden. So ist es teilweise zufallsabhängig, bei welcher Stelle jemand landet, und häufig sind in psychiatrischen Krisensituationen nach wie vor zunächst städtische Behörden oder die Polizei involviert, bevor Fachstellen wie der Krisendienst eingeschaltet werden. Solche Umwege, die oft nach dem „Buchbinder-Wanninger-Prinzip“ verlaufen, bedeuten für Menschen in Krisen eine zusätzliche Belastung und lassen sie nicht selten auf halber Strecke aufgeben.



Der Krisendienst ist oft die letzte Rettung

Aus diesem Grund halten es alle Kooperationspartner des *Mobilen Psychiatrischen Krisendienst* für notwendig, das Angebot des Krisendienstes weiter auszubauen und seinen Bekanntheitsgrad zu erhöhen. Unser Ziel ist weiterhin eine rund um die Uhr erreichbare, zentrale telefonische Krisenanlaufstelle für München. Dieses zentrale Krisentelefon soll, neben akuter Krisenabklärung und -beratung und der Einleitung mobiler Einsätze, vor allem auch die Funktion einer Leitstelle innehaben, die Ratsuchenden schnell und zuverlässig die für sie adäquaten Hilfen vermittelt. Neben einer Vielfalt an Informationen, über die eine solche Leitstelle verfügen muss, ist eine gute und möglichst verbindliche Vernetzung und Kooperation mit allen an der Krisenversorgung beteiligten Stellen und Einrichtungen, sowohl ambulant als auch stationär, unabdingbar.

Wie kommen wir in Zeiten finanziell knapper Ressourcen diesem Ziel näher? Die am *Mobilen Psychiatrischen Krisendienst* beteiligten Dienste und ihre Träger sind hier immer wieder vor die schwierige Aufgabe gestellt, durch (noch) mögliche Umstrukturierungen der verfügbaren Personalmittel – oder mit wenig mehr – das Angebot des Krisendienstes noch effektiver zu gestalten bzw. gar zu erweitern. Diese Situation ähnelt durchaus der vieler unserer KrisenklientInnen, nämlich aus einer Lage mit eher wenig Ressourcen und Spielräumen möglichst viel an Lösungen herausholen zu müssen. Gleichzeitig zeigt sich im Trägerverbund eine weitere, für Krisensituationen durchaus typischer Entwicklung: die Beteiligten rücken enger zusammen, stellen Interessenskonflikte zurück und arbeiten gemeinsam an realisierbaren Perspektiven.

Was werden wir in 2007 konkret umsetzen und weiterentwickeln können?

- Die zentrale telefonische Krisenanlaufstelle wird durch eine Fusion der jetzigen Krisendienst-Screeningstelle und dem bisher parallel besetzten Krisentelefon des Atriumhauses zunächst in einem Zeitfenster von 12 Stunden täglich, realisiert. Im nächsten Schritt ist dann eine rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit geplant.
- Vier so genannte Schwerpunkt-SpDis für Krisenversorgung (einer in jedem der vier Versorgungssektoren) übernehmen im Rahmen ihrer Regelöffnungszeiten zu bestimmten Zeiten die Bereitschaft für den aufsuchenden Krisendienst und stellen Kapazitäten für akute Krisenberatungen zur Verfügung. Mit einer halben Stelle pro SpDi sind die Kapazitäten für diese Krisentätigkeit knapp bemessen, trotz entsprechender Bedenken der beteiligten SpDis besteht jedoch die Bereitschaft, dieses neue und damit stadtweit einheitliche Modell auszuprobieren. Für die Weiterentwicklung der regionalen Krisenversorgung ist die Einbindung der SpDis in den Krisendienst als sehr positiv zu sehen, da Krisenintervention zu den originären Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste gehört und KrisenklientInnen direkt am SpDi auch weiter betreut werden können. Unser Wunsch ist es, dass langfristig alle Sozial- und Gerontopsychiatrischen Dienste, ausgestattet mit entsprechenden Ressourcen, verbindlich in die ambulante Krisenversorgung einsteigen können.
- Als ergänzendes Angebot zur aufsuchenden Krisenintervention der SpDis bestehen weiterhin die aufsuchenden Krisenteams abends, an Wochenenden und Feiertagen.

– Neben der schon bestehenden Kooperation mit dem psychiatrischen Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Nervenärzte wird die Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) am Atriumhaus und an der neu entstehenden Ambulanz am Schwabinger Krankenhaus intensiviert, so dass über den Krisendienst schnell und verbindlich auf die ärztliche Versorgung der PIAs zurückgegriffen werden kann. Der Krisendienst Ost wird in diesem Zusammenhang auch seinen Standort ans Schwabinger Krankenhaus verlegen und von dort aus weiterhin für die Sektoren Ost und Nord zuständig sein.
– Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll der Bekanntheitsgrad des Krisendienstes weiter verbessert werden, so dass Menschen in Krisen und ihren Angehörigen die Möglichkeit haben, frühzeitig und ohne Umwege eine adäquate Unterstützung zu bekommen.

Mit diesen Aussichten und Entwicklungen hoffen wir, dass das kommende Jahr für den Krisendienst ein zwar bewegtes, aber wenig krisenhaftes wird!

Simone Eiche / Koordination Mobiler Psychiatrischer Krisendienst

BEW
Unterstützung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Grundgedanken zum Angebot des Betreuten Einzelwohnens:

Chronisch psychisch kranke Menschen benötigen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen Unterstützung in einem oder mehreren Lebensbereichen. Neben psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Hilfen brauchen sie Begleitung, die sie in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben und Belastungen unterstützt und ihre soziale Integration fördert. Demzufolge sind ausgleichende oder kompensatorische Hilfen immer dann geboten, wenn notwendige Anforderungen des Alltages nicht bewältigt werden und weitere seelische und soziale Desintegration droht.

Genau hier knüpft das Angebot des *Betreuten Einzelwohnens* an. Das ambulante Hilfeangebot bietet Hilfe und Förderung bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Ferner beraten und unterstützen wir unsere KlientInnen, um für sie eine Sicherung der finanziellen und sonstigen Lebensgrundlagen zu erreichen. Das Angebot soll psychisch kranken Menschen eine weitgehend selbstständige Lebensführung innerhalb ihres sozialen Umfeldes ermöglichen.

Unser Angebot umfasst:

- Regelmäßige Besuche und Beratungsgespräche
- Auseinandersetzung mit der Krankheit
- Hilfen bei der Haushalts- und Lebensführung
- Unterstützung bei der Kontakt- und Freizeitgestaltung
- Begleitung zu Ämtern und Ärzten.

Das *Betreute Einzelwohnen* ist konzipiert für Menschen mit chronisch psychischen Krankheiten, für Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen, für Menschen mit Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung in Verbindung mit

Suchtproblemen) und nicht zuletzt für Menschen, die allen Einschränkungen zum Trotz in ihrer eigenen Wohnung leben wollen.

Die Ziele des *Betreuten Einzelwohnens* können sein:

- neue Stärken und Grenzen zu finden
- lernen mit der Krankheit zu leben
- neue Perspektiven zu entwickeln
- möglichst ohne stationäre Behandlung zurechtzukommen.

Also der / die Betreute sollte sich wieder in diese Gesellschaft integrieren, weitere individuelle Ziele ins Auge fassen und versuchen, sie zu verwirklichen.

Teilhabe

Ziel von Leistungen zur Teilhabe – wie im Sozialgesetzbuch IX beschrieben – ist, den psychisch kranken Menschen zu befähigen, ein möglichst eigenständiges Leben in seinem sozialen Umfeld zu führen. Die Teilhabe ist geglückt, wenn jemand arbeitet, häusliche und familiäre Verantwortung übernimmt und seine Freizeit sinnvoll nutzen kann und so insgesamt Zufriedenheit in seinem Leben erreicht.

Durch das „Betreute Einzelwohnen“ wird, bei entsprechender Auslegung des SGB IX, jedoch nicht nur die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefördert. Es werden auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wie etwa Auseinandersetzung mit der Krankheit, Begleitung bei Arztbesuchen oder auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Beispiel Hilfe bei der Jobsuche, erbracht.

Mitarbeiterinnen bei der Zubereitung des gemeinsamen Mittagessens

„Hilfen in besonderen Lebenslagen" als Eingliederungshilfe des Bezirks Oberbayern

Neben der Auseinandersetzung mit der Isolation der KlientInnen ist auch eine zunehmende Verarmung unserer KlientInnen Thema. Die finanziellen Sicherungssysteme sind sehr knapp bemessen, und bürokratische Hürden erschweren zusätzlich die Sicherstellung des Lebensunterhaltes. Darüber hinaus sehen sich psychisch kranke Menschen einem verwirrenden und unübersichtlichen Versorgungssystem gegenüber, das teilweise sehr komplizierte Zugangsvoraussetzungen aufweist. Schnittstellenprobleme und Desintegration der Versorgung wirken sich ebenfalls nachteilig auf den Krankheitsverlauf aus.

Die Leistung *Betreutes Einzelwohnen* wird beim zuständigen Sozialamt als Antrag auf „Sozialhilfe-Hilfen in besonderen Lebenslagen" beantragt. Als überörtlicher Sozialhilfeträger ist der Bezirk Oberbayern für Leistungen zur Eingliederungshilfe zuständig. Aufgaben, Ziele und Leistungsinhalte ergeben sich aus den Vorschriften der §§ 53, 54 des SGB XII sowie des § 55 SGB IX. *Eingliederungshilfe* zielt demzufolge darauf ab, Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen, zu mildern und Behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Erhalten Menschen *Hilfen in besonderen Lebenslagen* in Form von *Betreutem Einzelwohnen*, muss derzeit die finan-

zielle Situation klargelegt werden, denn für den ambulanten Bereich gilt eine kontraproduktive Regel. Eventuell findet eine *Entreicherung* statt, und zwar dann, wenn der Betreuende über Einkünfte oder Vermögen verfügt, die über den gesetzlich geregelten Richtlinien des SGB XII liegen. Diese Überprüfung des Einkommens und des Vermögens stellt ein großes Problem in der Versorgung durch das *Betreute Einzelwohnen* dar, da die Zugangsschwelle erhöht wurde. Außerdem kann es nicht im Sinne der KlientInnen sein, wenn Lebensversicherungen aufgelöst werden sollen oder Angehörige um Auskunft gebeten werden müssen. Viele potenzielle KlientInnen werden durch diese Regelung abgeschreckt und nehmen notwendige unterstützende Hilfen nicht in Anspruch.

Interessant ist die Auffassung von Herrn Fuchs, Diplom-Verwaltungswirt, Berater und Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, der auch maßgeblich an der Entwicklung zum SGB IX mitgearbeitet hat. Die Prüfung finanzieller Verhältnisse und die damit drohende *Entreicherung* sei nicht rechtmäßig, da auch den Trägern der Sozialhilfe „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ nach §§ 53, 54 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr.6 SGB IX und § 6 Abs.1 Nr. 7 SGB IX zugesprochen wurde.

Die eigene Küche als Ausdruck eines selbst bestimmten Lebens

Sozialhilfeträger sind somit auch Träger von Rehabilitationsleistungen. In dem übergeordneten Gesetz des SGB IX ist die Nachrangigkeit der Sozialhilfe nicht gegeben, somit würden die Regelungen des SGB XII zur Überprüfung der Vermögensverhältnisse entfallen.

Malen ist für manche KlientInnen ein Mittel, um der eigenen Persönlichkeit Ausdruck zu verleihen

Ausblick: Fortbildung und Professionalisierung

Die Begegnungen mit der / dem KlientIn im privaten Bereich erfordern vermehrt berufsspezifische Qualifikationen. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme können im privaten Alltag dichter und komplexer sein als in einer systematischen Psychotherapie, die therapeutischen und antitherapeutischen Wirkungen des Verhaltens der Bezugsperson sind bedeutsamer. Aus diesen Gründen sind für die in diesem Feld tätigen Fachkräfte Aus-, Fort- und Weiterbildung notwendig, die die Selbst- und Fremdwahrnehmung schärfen und die Flexibilität und Belastbarkeit im persönlichen Kontakt schulen. Zu diesem Zweck hat unsere Einrichtung eine Reihe von Fachreferenten zusammengestellt, die sich auch mit diesen Themen auseinander setzen und versuchen, die Qualität unserer Arbeit an der / am KlientIn zu verbessern.

Lena Haunerdinger, Betreutes Einzelwohnen

Schwanseestraße
Reintegration – von stationär zu ambulant

Das Team des Langzeitwohnprojekts (LZWP) Schwanseestraße arbeitet seit vielen Jahren mit Menschen, die an psychischen Erkrankungen mit chronischen Verläufen leiden. Kennzeichnend für diese Personengruppe ist, dass neben großen Kompetenzen ebenso große Defizite bestehen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Menschen, die sich bei uns um einen Platz bewerben, vielfältige und tief greifende Erfahrungen im Scheitern in allen Bereichen des Alltags wie Beruf, Ausbildung, Partnerschaft und Wohnen gemacht haben.
Der Kreislauf aus kurzen stationären Klinikaufenthalten im Wechsel mit unterschiedlichen Hilfestellungen durch die komplementär-psychiatrische Versorgungslandschaft überfordert die Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf häufig, denn die von engagierten ExpertInnen entwickelten Lebensentwürfe mögen attraktiv klingen, aber lebbar bzw. erreichbar sind sie nicht.
Aus diesen Erfahrungen heraus entwickelte das LZWP ein flexibles und differenziertes Betreuungsangebot, das zugleich Beziehungskontinuität gewährleistet.

Unsere Angebote sollen jeder/jedem NutzerIn die Betreuungsintensität bieten, die er aktuell braucht. Darüber hinaus soll bei einer Veränderung des Hilfebedarfs die kontinuierliche Beziehung zur Bezugsperson gewährleistet sein. Das individuell ausgerichtete, niederschwellige Angebot ermöglicht es uns, für Menschen mit verschiedenem Hilfebedarf Betreuungs- und Wohnangebote zu machen, die auf deren jeweilige Fähigkeiten und Bedürfnisse zugeschnitten sind.
Bei der alltagsorientierten Beziehungsarbeit achtet das multiprofessionelle Team darauf, dass den BewohnerInnen durch kontinuierliche Beziehungen und Prinzipien des Empowerments, also der Stärkung der Persönlichkeit, der Expertenstatus in eigener Sache zugestanden wird. Die langfristige Entwick-

lung wird also von ihnen selbst bestimmt, wobei sich die MitarbeiterInnen als professionelle Begleiter verstehen, die das fragile Gleichgewicht zwischen Forderung und Förderung stetig austarieren, um Überforderung – eine Kränkung, die sich in den individuellen Lebensläufen ständig widerspiegelt – möglichst zu vermeiden.

Seit Ende 2005 ist eine Auffächerung der Betreuungsmöglichlichkeiten in drei Wohnformen entstanden:

Neben dem *Wohnen mit Betreuung* (zehn Plätze), das den Charakter einer Begleitung hat, stehen das *Wohnen mit intensiver Betreuung* (fünf Plätze), das als komplexes Angebot nachgehenden und aktivierenden Charakter hat.
Als originär neues und ambulantes Wohnangebot begannen wir am 01.11.2005 mit dem *betreuten Einzelwohnen*. Hierzu wurden fünf stationäre Plätze in den Räumlichkeiten des Heims in ambulante Plätze umgewandelt und zehn weitere Plätze in Wohnungen der Gravelottestraße geschaffen.

Wesentliches Ziel unserer Arbeit ist es, chronisch psychisch kranke Menschen zu re-integrieren. Wie kann man sich das vorstellen? *Soziologisch wird soziale Integration als ein Prozess der Zuweisung von Positionen und Funktionen im sozialen System definiert*. Reintegration meint somit die Wiederherstellung früherer Funktionen und Positionen.
Der Laie verbindet mit dem Begriff Integration die Vorstellung, Außenseiter durch Behandlung, Betreuung oder Disziplinierung wieder zu befähigen, *unauffällig* unter uns zu leben. Das dahinter stehende Bild ist oftmals das einer örtlichen Ausgrenzung, die es in der modernen Gesellschaft so nicht geben kann. Das war nur in traditionellen Gesellschaften möglich. Dort konnte der Souverän, als Inhaber der Macht, die Ausstoßung (Verbannung) und Vernichtung (Todesstrafe) von Normabweichlern aus der Gesellschaft durchsetzen.

Bewohnerin eines Wohnprojektes

Anstatt Menschen aus der Gesellschaft auszustoßen, versuchen moderne Hilfs- und Fürsorgekräfte die Normübertreter neu in die Gesellschaft einzugliedern. Foucault hat diese Strategie als die *große Einschließung* bezeichnet.
Seiner Ansicht nach zielen moderne Machttechniken weniger darauf ab, Menschen auszuschließen und ihre Handlungsfreiheit zu begrenzen. Im Gegenteil, ihr Ziel ist es vielmehr, jeden in die Gesellschaft zu integrieren und partizipieren zu lassen. Der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und dem Postulat der Selbstverwirklichung werden oberste Priorität zugemessen.

Ausgrenzung kann also nur an einem Ort *in* der Gesellschaft stattfinden und ist nur im Referenzsystem von Rollen (Sonderbehandlung, Sonderstatus) begreifbar.

Aber wie sieht das wirkliche Leben aus? Bei so mancher Lebensgeschichte unserer BewohnerInnen beginnt es bereits schwierig zu werden: Ja, für einige unserer BewohnerInnen trifft folgendes zu: Sie waren *integriert* in dem Sinne, dass sie, zumindest über eine gewisse Lebensphase hinweg, in Rollen wie ArbeitnehmerIn (und damit SteuerzahlerIn), MieterIn und PartnerIn funktionierten. Während andere BewohnerInnen sich entweder freiwillig in die Rolle der / des *PatientInnen* begeben haben oder dazu gezwungen wurden. Ungeachtet der Tatsache, dass die *PatientInnenrolle* mit klaren Verhaltenserwartungen verbunden ist, ist ihr zentrales Element der *Sonderstatus*. Aus unserer Erfahrung ist es nicht das Heim als *Ort*, sondern das Heim als ein *Ort der*

speziellen Rechtsform, das die Ausgrenzung im Sinne einer Vorenthaltung von Rechten perpetuiert.

In der Institution *Heim* gelten nach wie vor Merkmale der von Goffman so eindringlich beschriebenen *totalen Institution*: Die in Heimen lebenden Menschen werden einer einzigen Autorität unterworfen, alle ihre Lebensvollzüge und Bedürfnisse werden nach einem umfassenden Plan (Hausordnung, Barbetrag, Heimvertrag) verwaltet. Die Trennung von Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereichen ist aufgelöst.

Die Praxis:

Für unsere HeimbewohnerInnen ist die Heimaufsicht zuständig, weil die Rechte des Einzelnen eingeschränkt sind.
Für unsere BEW-KlientInnen ist dies nicht der Fall, denn mit dem Status als *ambulant betreute / betreuter KlientIn* besteht für sie Rechtssouveränität, obwohl sie am gleichen Ort leben: Sie sind MieterIn und KlientIn, beziehen aus gesetzlichen Ansprüchen abgeleitete *Hilfe zum Lebensunterhalt*.

Aber was tun mit Bewohnern, die nicht in die Gesellschaft integriert werden, sondern ihren *Sonderstatus* aufrechterhalten wollen?

Ein Fall-Beispiel:

Frau Thoma (Name geändert) ist 35 Jahre alt, sie lebt seit 2004 bei uns. Im Jahr 2006 befand sie sich sechs Mal in stationärer Behandlung. Neben zwei psychiatrischen Krisen hat sie vier Klinikaufenthalte wegen somatischer Erkrankungen hinter sich. Unsere Versuche, Frau Thoma für ein Leben außerhalb der Wohnform Heim *zu gewinnen, scheitern immer wieder an ihrer Weigerung, ihren Sonderstatus aufzugeben.*

Wenn wir in unserer täglichen Arbeit an ihre Kompetenzen anknüpfen, muss sie uns mit einer erneuten Erkrankung sehr deutlich zeigen, dass sie wirklich krank ist. Wir verstehen dies als Signal mit dem sie uns sagen will: Ich will die angebotenen Rollen gar nicht übernehmen. Ich beharre auf meinem Sonderstatus, indem ich mich notfalls sogar entziehe.

Normalerweise sind also die *schwächeren* KlientInnen, die eine stärkere und zeitlich intensivere Begleitung brauchen als es beispielsweise ein SpDi leisten kann, in dem LZWP Schwanseestraße untergebracht. Aber dort gibt es auch andere Beispiele. Nämlich diejenigen, die vom stationären ins ambulante Wohnen wechseln. Das sind dann quasi die „Aufsteiger" der Einrichtung.

Was hatte sich für sie verändert?

Drei KlientenInnen lebten weiterhin an der gleichen Adresse, ihre Wohnung örtlich integriert ins Heim, hatten die gleiche Bezugsperson, die gleichen Mitbetreuten und MitarbeiterInnen um sich und nutzten weiter die Räume zur Gruppenkommunikation. Sie kauften in den gleichen Läden ihren Tabak und ihre Dinge des täglichen Bedarfs. Aber sie waren nicht mehr gebunden an die Logik des Heims.

- Kein Barbetrag sondern „Hilfe zum Lebensunterhalt".
- Kein Speiseplan, sondern die freie Entscheidung, sich selbst zu versorgen, aber auch die Möglichkeit, auf Wunsch kostengünstig an den Mahlzeiten im LZWP teilzunehmen.
- Keine verbindliche Medikamentenausgabe, aber auf Wunsch Medikamentenbestellung und -ausgabe.

- Kein Heimbewohner mit entsprechender Vertretung (Heimbeirat) und entsprechenden Pflichten (Hausordnung) sondern KlientIn und MieterIn.

Die eigenen vier Wände bieten Schutz und Freiheit zugleich

Integration als Rollen- und Statuswechsel

Zwei gegensätzliche Erfolgsstories

Frau Zankl (Name geändert), 51 Jahre alt, ist seit ihrem elften Lebensjahr in unterschiedlichen Heimen zu Hause. Dort hielt sie es jedoch meist nicht länger als ein halbes Jahr aus. Sie war etwa 45 Mal im Bezirkskrankenhaus Haar und mindestens ein Dutzend mal in anderen psychiatrischen Kliniken in ganz Deutschland. Zumeist hat sie sich selbst eingewiesen, weil die schrecklichen Fratzen an den Wänden und die unheimlichen Stimmen unerträglich wurden.

Frau Zankl zog an Weihnachten 1999 ins LZWP Schwanseestraße ein und stabilisierte sich hier so gut, dass sie seither weder in die Klinik musste noch das ihr so bekannte drängende Gefühl entwickelte, „abzuhauen". Seit November 2005 nimmt sie in Absprache mit ihrem behandelnden Psychiater keine Psychopharmaka mehr. Im März 2006 wechselte sie in das BEW unserer Einrichtung. Frau Zankl bewohnt nach wie vor ihr altes Appartement im Heim, das nur um eine Küchenzeile zwecks Selbstversorgung aufgerüstet wurde. Frau Zankl braucht weiterhin viel Ansprache und gelegentliche Unterstützung.

Befragt nach ihrer persönlichen Wahrnehmung der Unterschiede zwischen Heimbewohnerin und BEW-Klientin kann Frau Zankl diese klar und ohne Nachzudenken formulieren: „Man ist freier und wird allein schon dadurch selbstständiger, dass man selbst alles einkaufen muss, angefangen vom Klopapier bis zu den Nahrungsmitteln. Aber man kann sich auch wirklich die Dinge zum Essen einkaufen, die man mag. Man muss planen und das Geld gut einteilen. Dafür hat man aber das Geld, das man zum Leben braucht und nicht nur ein Taschengeld. Und durch dieses ständige Nach-draußen-gehen-müssen verliert man auch die Scheu vor anderen Leuten. Ich habe gar nicht gewusst, wie gut ich mit den Menschen draußen zurecht komme und die merken mir auch gar nicht an, dass ich psychisch krank bin. Ob ich es dann jemandem erzähle, entscheide ich selbst."

An guten Tagen kann Frau Zankl sich vorstellen, in eine eigene kleine Wohnung in der Nähe der Schwanseestraße zu ziehen und weiter von uns betreut zu werden. Sie hat inzwischen die Sicherheit, gewachsen durch langjährige Beziehungskontinuität, dass sie sich jederzeit die Hilfe und Unterstützung holen kann, die sie braucht.

Herr Karl (Name geändert), 55 Jahre alt und ausgebildeter Chemigraph, zog im Dezember 2001 ins LZWP ein. Seine psychische Erkrankung wurde vor 15 Jahren erstmals diagnostiziert. Es folgten zahlreiche Klinikaufenthalte und Versuche, sich in Therapeutischen Wohngemeinschaften und anderen ambulanten Betreuungsformen zu stabilisieren. Im LZWP lebte er vergleichsweise selbstständig, aber sehr zurückgezogen. Er war freundlich im Umgang, aber lebte ohne wahrnehmbare Beteiligung. *Herr Karl wechselte Anfang März 2006 in unser Betreutes Einzelwohnen (BEW) in der Gravelottestraße 16, wo er eine große Wohnung mit zwei anderen Klienten teilte.*

Die Begleitung erfolgte weiterhin durch den Kollegen, der ihn bereits im LZWP betreut hatte. Zum großen Erstaunen aller sahen wir Herrn Karl täglich in der Schwanseestraße und ließen ihn, auf seine ausdrückliche Bitte hin, im Wohnzimmer schlafen. Danach befragt, warum er denn nicht seine eigenen vier Wände und sein bequemes Bett genieße und stattdessen das auch nachts frequentierte Wohnzimmer als Schlafplatz vorziehe, erwiderte Herr Karl, er brauche eben einen großen Raum, um sich wohl zu fühlen und zur Ruhe zu kommen.
Herr Karl ist nach fünf Monaten wieder zurück ins Heim gezogen. Nun muss er seine Nächte nicht mehr auf der Wohnzimmercouch verbringen, sondern hält es sehr gut in seinem kleinen Zimmer aus. Tagsüber sitzt er nach wie vor häufig im Wohnzimmer, beteiligt sich ab und zu auch an den Unterhaltungen der anderen Bewohner. Dass er nun keine „Hilfe zum Lebensunterhalt“ mehr sondern nur noch „Taschengeld“ erhält, stört ihn nicht. Im Gegenteil, er findet, dass er jetzt eigentlich wieder mehr Geld zur freien Verfügung hat.

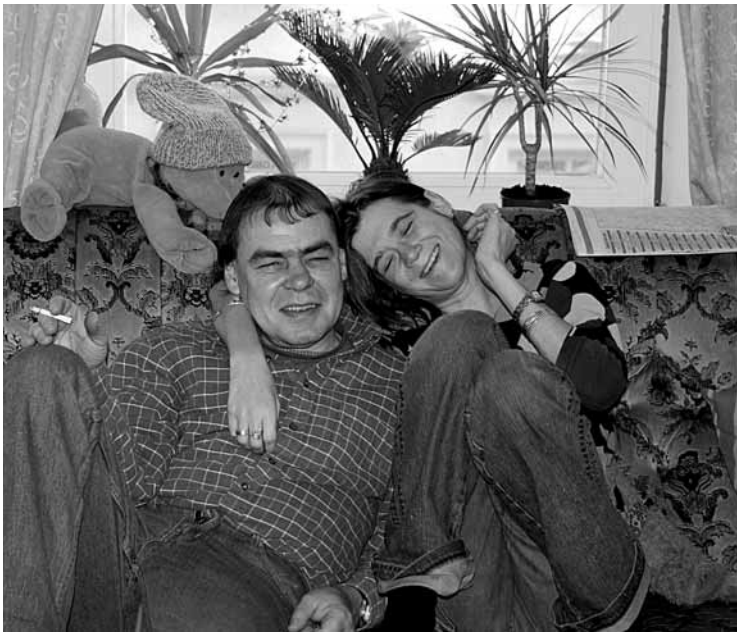
Wir, die ExpertInnen, fragen uns nun: Liegt es am Setting des Heims, das Herr Karl als längerfristige Perspektive attraktiver scheint? Dürfen sich unsere BewohnerInnen dagegen entscheiden, Funktionen und Rollen zu übernehmen, die allgemein mit gelungener Integration assoziiert werden? Oder können sich unsere BewohnerInnen gegen die Integration in diese Gesellschaft, der sie angehören, entscheiden?

Konstanze Grumbach-Matthiesen

„Kann ich das mitnehmen?“
„Nein, ist doch viel zu teuer.“
„Hm. Aber das?! Um Blumen reinzustellen!“
„Das ist aber für Besteck.“
„Na und? Kann man trotzdem Blumen reinstellen.“
„Da sind aber Löcher drin.“
„Ja, das stimmt.“
„Aber das da, das muss ich haben!“
„Und der Preis?“
„56 Euro.“
„Das geht. Aber wohin damit? Im Zimmer ist kaum noch Platz.“
„Ich finde schon Platz.“
„Aha. Und wo?“
„Weiß ich doch jetzt noch nicht.“
„Was soll man denn mit zwei Couchtischen in einem kleinen Zimmer?“
„Ich brauch den aber!“
„Stimmt doch nicht!“
„Aber der hat so Dinger unten dran!“
„Was für Dinger?“
„Na so eine Ablage. Für Zeitschriften.“
„Ich hab Sie noch nie eine Zeitschrift lesen sehen.“
„Mach ich auch nicht.“
„Ja, aber ..“
„Da kann man doch auch was andres reinlegen.“
„Stimmt. Na gut. Ich schreib´s mal auf …“
„Kann ich die auch haben?“
„Wir haben nicht mehr so viel Geld übrig. Die Lampe kostet 40 Euro.“
„Aber ich brauch die!!!!“
„Sie haben zu Hause drei Lampen auf dem Schrank stehen.“
„Die ist aber soooo schön! Bitte!“
„Es ist Ihr Geld, aber ich glaube etwas anderes wäre sinnvoller.“
„Nein.“
„Doch.“
„Nein.“
„Von mir aus. Aber dann haben wir kein Geld mehr für Pflanzen.“
„Warum nicht?“
„Weil keins mehr übrig ist, die Lampe ist zu teuer.“
„Hm. Dann tu ich das Kissen weg.“
„Aber ich dachte, das brauchen Sie auch dringend.“
„Naaa, nicht unbedingt.“
„Aha.“
„Aber ich brauch Pflanzen. Für mein neues Regal. Sonst hab ich nix zum reinstellen.“
„Warum brauchen Sie ein Regal, wenn Sie nix zum reinstellen haben?“
„Wo soll ich denn sonst meine Pflanzen reinstellen?“
„Ach, so!“

Mit der Eröffnung des Wohnprojektes Gravelottestraße 12 (WPG) im Jahr 1996 begannen wir eine Versorgungslücke für Menschen mit einem Hilfebedarf / Unterstützungsbedarf an der Schnittstelle Wohnungslosigkeit / psychische Erkrankung / Suchterkrankung zu schließen. Bereits nach dem ersten Betriebsjahr wurde deutlich, dass das Angebot eines niederschwelligen Zuganges und einer individuellen sozialpädagogischen Begleitung mit dem Fokus *Wohnen* von der Klientel sehr gut angenommen wird. Nach spätestens 18 Monaten, also dem konzeptionell vorgesehenen Zeitraum, in dem gemeinsam mit den BewohnerInnen eine geeignete Wohnform gefunden sein sollte, konnten wir unsere ersten Erfolge vorweisen: Zwei Drittel der BewohnerInnen konnten nach einem erfolgreichen Clearing in TWGs (Therapeutische Wohngemeinschaften), andere Wohneinrichtungen oder in eine eigene Wohnung (mit Betreutem Einzelwohnen) ziehen. Nur bei etwa einem Drittel der BewohnerInnen sahen wir uns mit strukturellen Engpässen konfrontiert. Sie mussten folglich im WPG bleiben. Aufgrund der Besonderheit der Erkrankung und dem damit verbundenen speziellen Betreuungsbedarf konnten sie nicht in die dargestellten Wohnformen vermittelt werden. Festzuhalten ist dabei, dass es sich bei dem vorgestellten Personenkreis nicht um Menschen handelt, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht vertragsfähig wären. Sie sind in unserem Sinne zwar mietfähig, aber bedürfen einer ihrer besonderen Situation zugeschnittenen Betreuung und Begleitung.

Ein erster Versuch, den erkannten Bedarf durch ein ebenso niederschwelliges und konzeptionell ähnliches Angebot des WPGs im Rahmen von Betreutem Einzelwohnen zu verwirklichen, scheiterte Anfang 2005, als eine schlecht informierte Nachbarschaft mit ihren Vorurteilen und Ängsten das Wohnprojekt Hamburger Straße gerichtlich verhinderte.



Traute Zweisamkeit im Wohnprojekt Gravellotestraße

Erst durch den Erwerb der Gravelottestraße 14 durch die AWO und deren Bereitschaft, mit dieser besonderen Klientel reguläre Mietverhältnisse einzugehen, war es uns möglich, dieses Wohnprojekt im Frühjahr 2005 umzusetzen. Durch umfangreiche Umbaumaßnahmen entstanden größtenteils abgeschlossene Wohneinheiten. Nur ein Teil der Wohnungen ist mit Gemeinschaftstoiletten und -bädern ausgestattet.

Inzwischen sind in der Gravelottestraße verschiedene Wohnformen verwirklicht. So leben jetzt unter einem Dach 38 Männer und Frauen, Menschen nach dem Konzept des Betreuten Einzelwohnens in ihren eigenen Wohnungen. Bei den BewohnerInnen handelt es sich um chronisch psychisch kranke Menschen, oftmals mit langen Krankheitsgeschichten. Viele dieser Menschen waren in der Vergangenheit wohnungs- oder obdachlos. Das BEW Gravelottestraße zeichnet sich durch ein niederschwelliges Betreuungsangebot aus, das den Grundsätzen der Eigenverantwortlichkeit und dem Respekt vor der Autonomie des Einzelnen folgt. Wir bieten einen Betreuungsschlüssel von 1:8 an.

Alle BewohnerInnen haben einen regulären Mietvertrag in Kombination mit einem sozialpädagogisch orientierten Betreuungsvertrag. Durch ein individuell abgestimmtes sozialpädagogisches Angebot im Rahmen des Bezugspersonensystemes wird den BewohnerInnen eine ordnende und unterstützende Struktur angeboten, die Selbstversorgung und Selbstständigkeit fördert und existentielle Sicherheit schafft. Ein differenziertes Krisenmanagement sichert auch im Krisenfall den Erhalt der Wohnung.

Wohnen stellt ein Grundbedürfnis dar. Eine Wohnung ist die Voraussetzung für Privatsphäre und Regeneration, um den vielfältigen Alltagsanforderungen gerecht werden zu können. Damit bildet die eigene Wohnung eine Grundlage für ein Leben in der Gemeinschaft. Einen regulären Mietvertrag abzuschließen, den eigenen Raum zu gestalten und zu verwalten, sichert nicht nur das Selbstbestimmungsrecht, sondern fördert in hohem Maße die Selbstvertretungskompetenz. Der geschützte Raum zur freien individuellen Gestaltung drückt die eigene Persönlichkeit aus. So finden wir bei 38 ähnlichen Grundrissen höchst eigenwillige Gestaltungsvielfalt. Es ist ein Freiraum zu positiver Selbstbewertung entstanden, den die meisten das erste Mal seit langer Zeit wieder erleben. Im BEW Gravelottestraße leben Menschen, denen über viele Jahre die Gelegenheit verwehrt wurde, in den eigenen vier Wänden Intimität und Privatsphäre zu erleben, in der sie sich körperlich und seelisch entspannen können, um Kraft und Motivation zum Leben in der Gemeinschaft zu sammeln. Die eigene Wohnung ermöglicht die Aufnahme und Pflege vertraulicher sozialer Kontakte, und allein die Angabe einer eigenen Adresse und ein eigener Briefkasten bedeutet für unser Klientel die Wiederaufnahme eines Lebens in gesellschaftlichen Bezügen.

Einzug mit Plastiktüten – ein Fallbeispiel

Im November ist der Umzug in die neue kleine Wohnung geplant – doch plötzlich erscheint der kleine Wohnraum riesig. Bisher ging der persönliche Besitz in fünf prall gefüllte Plastiktüten. Nun gilt es eine Wohnung notdürftig auszustatten. Der Einzug geht sehr schnell. Die Hausmeister und Betreuer des Wohnprojekts sind routiniert und seit Wochen vorwiegend mit Umzügen beschäftigt. Tisch und Bett werden aus dem Möbellager des Projektevereins besorgt, mit finanzieller Unterstützung des Sozialbürgerhauses werden ein Schrank, Matratze und zwei Stühle gekauft. Kaum ist die Wohnung notdürftig eingerichtet, folgen gut gemeinte und endlos erscheinende Belehrungen durch die Betreuer: Die Räume müssen gepflegt werden! Nicht zum Fenster hinaus heizen! Kein Lärm nach 20 Uhr! Und vieles mehr.
Draußen herrscht nasskaltes Wetter. Die Wohnung ist warm, trocken und ungewohnt. Vor dem Einzug in die kleine Wohnung spielte sich das Leben von Herrn Frank (Name geändert) hauptsächlich auf der Straße ab. Diese Gewohnheit lässt sich nicht so einfach ändern. Und was soll man auch alleine in der Wohnung machen? Herr Frank sucht wie früher seine Stammplätze auf, trinkt mit Bekannten sein Bier auf der Straße und durchsucht die Abfalleimer nach Pfandflaschen. Trotzdem hat sich seine Lebenssituation wesentlich verbessert. Die Wohnung bietet Sicherheit. Jetzt hat er eine Heizung zum Aufdrehen, einen Schlüssel zum Absperren und eine Waschmaschine im Keller. Die Wohnung bedeutet Lebensraum und Einbindung in „normale“ Lebensbezüge.

Neben der Sicherung von Wohnen und Lebensunterhalt beschäftigen wir uns nun zentral mit der Frage, wo und wie sich die Bewohner begegnen und beschäftigen können, also mit der Möglichkeit einer sinnstiftenden Tagesstruktur. Denn durch die Schaffung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten

bzw. Begegnungsmöglichkeiten für unsere BewohnerInnen könnten wir ihre Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld weiter positiv unterstützen. Außerdem können wir durch die Aktivierung der vorhandenen Ressourcen und individuelle Förderung die gesundheitliche Situation eines jeden Einzelnen verbessern.

Heidi Boscher, Wohnprojekte Gravelottestraße

Weg von der Straße

Der gesetzliche Betreuer als Organisator und Koordinator verschiedenster Hilfen trägt entscheidend dazu bei, dem Betreuten wieder eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Gemäß § 1901 Abs. 4 BGB hat der Betreuer innerhalb seines Aufgabenkreises alle Möglichkeiten zu nutzen, die die Krankheit des Betreuten beseitigen, ihre Verschlimmerung verhüten und ihre Folgen mildern. Er hat alle Maßnahmen zu ergreifen, die diesem Ziel dienen. Die Verwirklichung dieser Aufgabe setzt eine zukunftsorientierte Betreuungsplanung voraus.

Fallbeispiel:

Frau Kindermann (Name geändert) lebte in einer total vermüllten Wohnung. Sie bezog keine Einkünfte oder Sozialleistungen und war nicht krankenversichert. Sie zahlte keine Miete an ihre Mutter, in deren Eigentumswohnung sie sich eingenistet hatte. Diese hatte irgendwann die Flucht ergriffen und eine andere Wohnung angemietet. Als man den Strom aufgrund nicht bezahlter Rechnungen absperrte, zapfte sie die Stromversorgung des Nachbarn an. Kurzfristig war sie mehrmals im Bezirkskrankenhaus gewesen, unter anderem weil sie am helllichten Tage einen Fernsehapparat aus dem Fenster geworfen hatte. Passanten waren nicht verletzt worden, aber es entstand Sachschaden an einem PKW. Frau Kindermann verbrachte ihre Zeit mit Freunden, die Alkoholiker waren und mit denen sie heftig trank. Ihre Familie behauptete, sie sei Alkoholikerin. Geld bekam sie von der Mutter, die sie emotional erpresste.

Nach einem der Aufenthalte in der Psychiatrie wurde ihr ein Betreuer zur Seite gestellt, weil die Gefahr bestand, sich und andere Leute zu gefährden. Im Zusammenhang mit dieser Betreuung kam es zu einer Untersuchung, bei der – zunächst vage – eine paranoide Erkrankung aus dem

schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wurde. Die Ursachen der Erkrankung lagen weit zurück.

So war ihr Lebensweg anders verlaufen als ursprünglich erwartet. Frau Kindermann stammt aus einer Akademikerfamilie, hatte studiert und die Universität mit zwei Diplomen abgeschlossen. Sie heiratete einen Mann mit hoher gesellschaftlicher Reputation und brachte drei Kinder zur Welt. Berufstätig war sie nie gewesen. Schon während der Ehe, die zum Teil sehr chaotisch verlief, war ihre Krankheit zum Ausbruch gekommen. Aber damals hatte sie versucht, sich mit Alkohol davor zu schützen, so dass die Familie alle Probleme auf den Alkohol schob und sie als Alkoholikerin abstempelte. Nach der Trennung von ihrem Mann, war sie zu ihrer Mutter gezogen. Während die Kinder in der Familie des Ex-Mannes aufwuchsen, träumte sie von den Millionen, die sie als Abfindung für ihre Ehe erwartete. Sie verlor zunehmend jeden Bezug zur Realität und den gesellschaftlichen Zusammenhang.

Mit Hilfe eines gesetzlichen Betreuers konnte die Re-integration in die Gesellschaft gelingen. Aber nur wenn

- *ihre Krankheit diagnostiziert und behandelt würde;*
- *ein Krankheitsverständnis bei ihr selbst, ihrer Mutter und ihren Kindern entstehen würde;*
- *ihre Vermögensverhältnisse geklärt und geordnet würden;*
- *das materielle Verhältnis zu ihrer Mutter geklärt würde.*

Am Rande der Gesellschaft

Glücklicherweise war sie letztendlich über die Bestellung eines Betreuers froh, da sie ein Gespür für ihre Probleme hatte. Über den Aufgabenkreis der „Zuführung zur ärztlichen Behandlung“ konnte sie, mit hier nicht näher beschreibbaren Schwierigkeiten, zu einem längeren Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus Haar motiviert werden. Dort wurde sie nach einer klaren Diagnose auf entsprechende Psychopharmaka gesetzt, die sie nahezu nebenwirkungsfrei einnehmen konnte. Bis heute nimmt sie die Medikamente sehr sorgsam ein, allerdings in sehr geringer Dosierung. Sie selbst hatte bald eine klare Krankheitseinsicht und war sichtlich erleichtert, das Etikett „Alkoholikerin“ verloren zu haben.

Ihre Mutter und ihre Kinder hatten sehr viel mehr Schwierigkeiten, die psychische Erkrankung anzuerkennen und nicht als Makel zu empfinden. Das Gefühl, „die könnte schon, wenn sie nur wollte“, war sehr stark ausgeprägt. Auch der Wunsch, dass sie eine ihrer Ausbildung entsprechende Arbeitsstelle finden sollte, wurde deutlich formuliert. Aufgrund der materiellen Verknüpfungen war auch der Kontakt zwischen Betreuer und Mutter sehr intensiv. Dadurch ergab sich die Gelegenheit, hier – obwohl das nicht die Aufgabe des Betreuers ist – ein verändertes Bewusstsein zu schaffen. Zudem war der Leidensdruck der Mutter so groß, dass sie trotz aller Skepsis die Problematik erkennen lernen konnte. Auch den Kindern wurde kurzfristig aufgrund des Wunsches der Betreuten die neue Sichtweise erläutert. Glücklicherweise sind die Kinder in der Lage, sich an ihren Wohnorten therapeutische Hilfe zu holen, um mit den vielfältigen Erfahrungen ihrer Kindheit umgehen zu lernen. Eine Tochter studiert bereits erfolgreich Physik.

Die Neuordnung ihrer finanziellen Verhältnisse war ein aufwändiger, mühsamer Prozess. Zum einen, weil das Sozialamt zunächst vielfältige Nachweise

über die Bedürftigkeit forderte und die Verpflichtungen der Mutter und des geschiedenen Ehemannes geprüft werden mussten. Und zum anderen, weil die Betreute kaum noch Dokumente von Bedeutung besaß bzw. manche möglicherweise unter den beachtlichen Müllbergen versteckt waren. Außerdem schien eine Anwältin noch einige Unterlagen zu besitzen, die sie zunächst nicht übergeben wollte. Für den Betreuer bedeutete dies harte Fleißarbeit.
Heute bezieht Frau Kindermann Leistungen gemäß SGB II. Aufgrund eines soliden Mietvertrages mit der Mutter zahlt das Sozialamt die Miete komplett. Außerdem ist Frau Kindermann durch die Gesetzesänderungen der letzten Jahre krankenversichert und sie konnte das ehemals bereits gekündigte Girokonto auf Guthabenbasis behalten. Ihre Mutter übernimmt – nach entsprechenden Bitten – anfallende Sonderzahlungen; sie finanziert aber nicht mehr das Leben ihrer Tochter. Durch die finanzielle Unabhängigkeit der Tochter ist das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter freundschaftlich geworden.

Die Frage, ob und inwieweit langfristig eine berufliche Integration möglich sein würde, musste zu Anfang der Betreuung zurückgestellt werden. Die übermäßigen Erwartungen der Familie und der Betreuten hätten zu Problemen geführt. Die Devise: „Wahrscheinlich wird Ihre Tochter / Mutter nie mehr arbeiten können“, wurde als schmerzhaft erlebt, nahm aber den emotionalen Druck. In den letzten drei Jahren hat sich Frau Kindermann allmählich von rein arbeitstherapeutischen Maßnahmen mit maximal drei Stunden am Tag soweit hoch gearbeitet, dass sie heute als arbeitsfähig in Sinne des SGB II angesehen wird. Zurzeit ist sie fünf Stunden am Tag in einer Tätigkeit mit Mehraufwandsentschädigung beschäftigt. Die weitere Entwicklung ist noch offen.

Die Betreute ist in allen Bereichen wieder sozial integriert. Die formale Sozialintegration und die medizinische Behandlung haben auch zur emotionalen Integration beigetragen. Sie hat eine Reihe von freundschaftlichen Beziehungen zu ehemaligen Mitpatientinnen. Sie nimmt an gesellschaftlichen Ereignissen teil; sie lebt – nach einer größeren Müllaktion und mit Hilfe einer Putzfrau – in einer ordentlichen Wohnung. Sie hat noch immer Kontakt zu ihren Alkoholikerfreunden, erlebt aber keine alkoholbedingten Abstürze mehr. Sie trinkt Alkohol in gesellschaftlich üblicher Form beim Essen oder im Biergarten. Sie lebt so selbstständig, dass ihr Arbeitgeber nichts von der Betreuung weiß.
Die Betreuung wird möglicherweise bald – nach gemeinsamer Ansicht – aufgehoben werden können.

Trotz der positiven Bilanz in manchen Fällen werden die Bedingungen für die gesetzlichen Betreuer immer schwieriger. Eigentlich wurde bei der Reform des Betreuungsrechts im Jahr 1992 der persönliche Kontakt zum Betreuten vom Gesetzgeber gestärkt, leider bewegen wir uns langsam wieder rückwärts, so dass wir fast einen Zustand wie vor der Reform erreicht haben. Besonders schwierig wird es für die Betreuer, wenn sie KlientInnen haben, deren Unterstützung sehr zeitintensiv ist. So kann der Betreuer für den ersten bis dritten Monat nach Bestellung sieben Stunden im Monat abrechnen, für den vierten bis sechsten Monat nur noch fünfeinhalb Stunden, im siebten bis zwölften Monat fünf Stunden. Ab dem zweiten Jahr stehen dann lediglich dreieinhalb Stunden im Monat pro betreuter Person zur Verfügung. Allerdings nur für jene, die in einer eigenen Wohnung leben. Für Menschen, die in einem Heim leben, ist das Kontingent noch geringer. Gerade der Anfang einer Betreuung ist oft sehr arbeitsintensiv, so dass die Zeitkontingente schnell aufgebraucht sind. Allein für eine Fahrt ins Bezirkskrankenhaus Haar muss

mit drei Stunden gerechnet werden. Ganz zu Schweigen von der komplizierten Antragstellung bei der ARGE (Arbeitsgemeinschaft), die auch Stunden verschlingt. Da der Gesetzgeber eine so genannte „Mischkalkulation“ der Fälle vorsieht, muss hier auf das Zeitkontingent von anderen Betreuten zurückgegriffen werden. Man nimmt also Zeiteinheiten von jenen Betreuten, bei denen gerade nicht viel zu tun ist oder die im Heim leben und somit versorgt sind.

Die eigene Wohnung ist ein großer Schritt zurück in die Gesellschaft

Die knappe Zeit wirkt sich natürlich auf die KlientInnen aus. Vor allem, wenn viele – immer häufiger werdende – komplexe Behördenangelegenheiten zu erledigen sind. Da die Betreuten aufgrund ihrer Erkrankung in diese oft nicht mit einbezogen werden können, kommt der persönliche Kontakt leider zu kurz. Viele Betreute werden somit eher „verwaltet“ und der persönliche Kontakt tritt in den Hintergrund. Ein Zustand, der die integrierende Aufgabe der Betreuer immer mehr in Frage stellt.

Barbara Seidle, Betreuungsverein

Projekt Icking

Bernd Artur Keml
Buchenwinkel 2
82057 Icking
Sparkassenbetriebswirt
Diplom-Betriebswirt
Student der Jurisprudenz

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

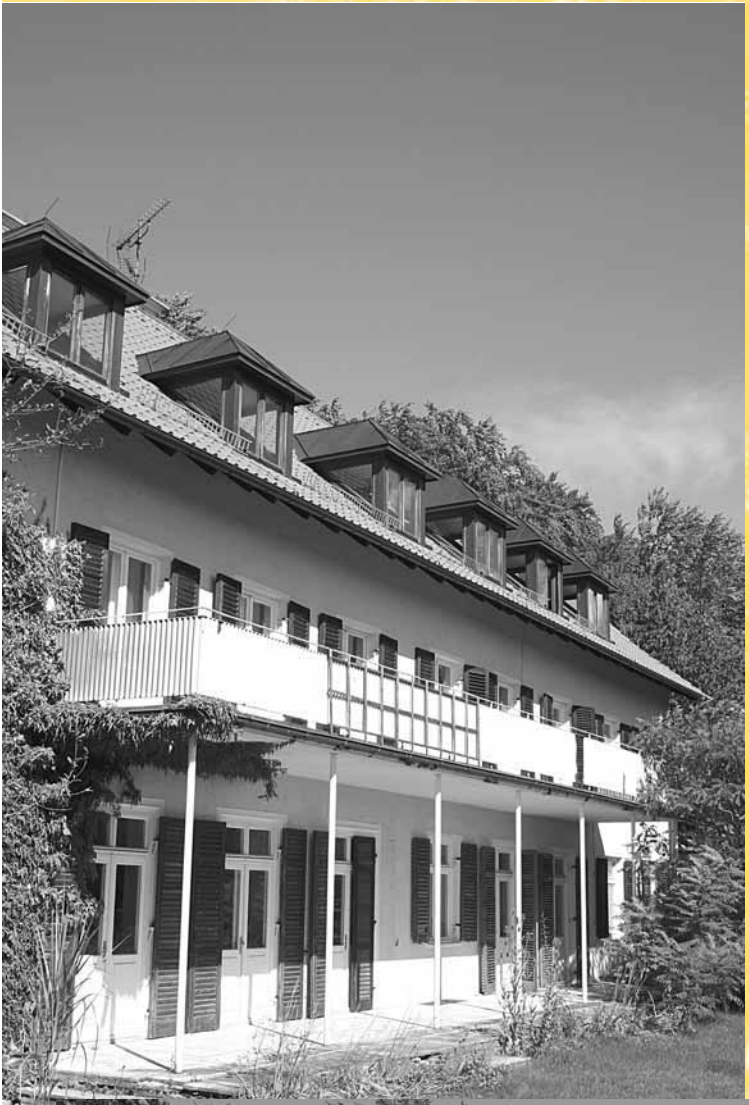
gerade höre ich im Radio wunderbar melodische klassische Musik und meine Schreibtischlampe spendet mir, da es bereits Nacht geworden ist, behagliches Licht. Ich bin also in der richtigen Stimmung, um Ihnen ein paar Zeilen über mein neues Refugium in Icking bei Wolfratshausen zu schreiben.
Seit dem ersten November lebe ich nun hier und mein Glück wird mit jedem Tag größer. Untertags widme ich mich dem Studium der Jurisprudenz und abends wartet meine neue Heimat auf mich. Hier lebe ich in einer wundervollen Weltabgeschiedenheit und der Trubel und die Hektik der Großstadt München lässt sich leicht abstreifen. Im benachbarten Dorf Icking erstehe ich meine Lebensmittel und meine anderen Erledigungen vollfertige ich in Wolfratshausen. Derzeit leben im Haus Buchenwinkel fünf Bewohner. Jede Wohnung – kleine, komfortable Appartements – besitzt eine eigene Nasszelle und eine Kochgelegenheit. Ein autarkes Leben ist uns also allen möglich. Wie schön!
Unser Haus entstand auf Veranlassung einer Adelsfamilie in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts und ich bin versucht, es als Herrenhaus zu bezeichnen. Als Monarchist träume ich mich gerne in die Vergangenheit zurück und das Haus Buchenwinkel liefert mir hierfür wunderbarerweise das schönste Ambiente. Wie der Name schon sagt, ist das Haus Buchenwinkel von Buchen umsäumt. Die Isar ist ganz nahe und ausgiebige Spaziergänge in die Auen sind möglich. In einiger Entfernung vom Haus verläuft die Landstraße. Ich werde aber nicht durch den Autolärm gestört.
Geleitet wird das Anwesen von Herrn Karl Ziegler. Er kümmert sich sowohl um den Umbau des Hauses als auch um uns Bewohner. Ich unterhalte mich sehr gerne mit ihm. Als wohltuend empfinde ich es, dass Herr Ziegler sehr wohl um die seelischen Unpässlichkeiten der Bewohner weiß, aber auch die gesunden Anteile eines jeden zu erkennen vermag. Ohne Herrn Ziegler würde sich der Umbau des Hauses noch schwieriger gestalten als es ohnehin schon ist. Ich habe erfahren, wie er die Unzulänglichkeiten mancher Handwerker wieder ins Lot brachte, da diese leider intellektuell sehr einfach strukturiert waren und mit ihrer Unvernunft unser Wohnen weniger angenehm gestaltet hätten.
Am heiligen Abend wurde uns Bewohnern eine große Freude bereitet. Ein Weihnachtsbaum wurde für uns aufgestellt und man kredenzte uns ein Weihnachtsmahl bestehend

aus Weißwürsten mit Brezen, Stangenbrot und Nudelsalat. Als Weihnachtsgeschenk bekam ich einen USB-Stick für meinen Computer. Darüber habe ich mich sehr gefreut. Nochmals vielen herzlichen Dank. Nach dem Mahl setzten wir uns an den offenen Kamin und das prasselnde Feuer verbreitete eine wunderschön heimelige Atmosphäre. Bei köstlichem alkohol-freiem Punsch und Weihnachtsplätzchen entwickelte sich ein munteres Plaudern. Irgendwann, aber nicht zu spät, lösten wir dann unsere muntere Runde auf und ein jeder war wieder für sich. Ich lauschte noch der Christmette im Radio und schlief dann selig ein. Heute lud mich Herr Ziegler zur Silvesterfeier ein. Wie schön! Ich bin schon sehr darauf gespannt, mit welchen Freuden wir diesmal überrascht werden.
An dieser Stelle möchte ich zum Anfang meiner Niederschrift zurückkommen. Ich schrieb davon, dass mein Glück hier im Haus Buchenwinkel Tag für Tag größer wird. Ich möchte dies dem geneigten Leser gerne etwas nahe bringen. Ich habe das Fernsehen abgeschafft. Zu Beginn war das notgedrungen, denn in Haus Buchenwinkel sind noch keine technischen Installationen zum Empfang von Fernsehsendern vorhanden. Für mich gestaltete sich dieser Umstand jedoch als Segen. Ich habe im Radio einen Sender gefunden, der ausschließlich klassische Musik sendet. Nur sehr kurz gehaltene Nachrichten unterbrechen das Programm. Die Musik betört mich und bringt mir inneren Frieden, und das Hineinträumen in längst vergangene Zeiten ist mir dadurch möglich. Als Monarchist blende ich hier im Haus Buchenwinkel die Menschen, die sich Politiker nennen, völlig aus meinem Leben aus. Es besteht einfach kein Interesse mehr an Kreaturen, die tagtäglich streiten und dies zur Maxime ihres Handelns erklären. Es wurde ja sogar der Begriff „Streitkultur“ geprägt. Was für ein Widersinn! Streit kann niemals eine Kultur sein. Die Politiker unseres Landes und meine übrigen Mitmenschen ertappte ich früher oft bei der Anwendung der griechischen Lehre der Sophistik. Dabei handelt es sich um eine Redekunst, die das Wissen und das Sein leugnet und den Menschen zum Gegenstand philosophischer Betrachtung macht. Denken und Rede stehen im Dienste praktischer Interessen und die hohe Kunst der Scheinbeweise wird gepflegt. Das kann nur zum Schiffbruch führen. Mit dieser Erkenntnis gelang es mir, mein imaginäres Joch der Minderbemitteltheit meiner Mitmenschen abzustreifen und zu innerem Frieden zu gelangen. All das mag erklären, warum ich freudig, beseelt und mit Geduld auf das Absterben der unsinnigen Demokratie und das Wiedereinsetzen der Monarchie warte.

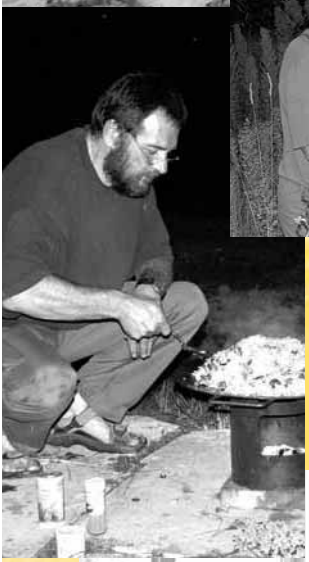
Es verabschiedet sich
mit den besten Wünschen für das Jahr 2007

Ihr
Bernd Artur Keml

PS: Vae victis (Wehe den Besiegten)



940
940
940
940
940
940
940
940
150 F
150 F
150 F
150 F
150 F
150 F
150 F
150 F



NESCAFÉ

Wohn- und Werkprojekt Buchenwinkel

Im November 2006 sind fünf Menschen ins Wohn- und Werkprojekt Buchenwinkel, Bereich Betreutes Einzelwohnen, in ihre Appartements eingezogen. Seitdem versuchen sie mit den Widrigkeiten eines halbfertigen Hauses klar zu kommen.
Die Fertigstellung des stationären Bereiches wird im März 2007 beginnen.

Zweites Meeting im improvisierten Büro und Gruppenraum, am 14.12.06, um 19:30 Uhr

Herr Z. eröffnet die Besprechung:
„Wir haben uns hier getroffen, um offene Fragen zu klären."
Herr B.
„Um mit dem Angenehmen zu beginnen, es ist schön, dass jetzt Heizung und Warmwasser wieder funktionieren und die Plastikfolien von den Fenstern entfernt worden sind."
Herr Z.
„Warmwasser ging ja schon nach zwei Tagen wieder und mir wurde versichert, dass das Gerüst noch vor Weihnachten wegkommt."
Frau O.
„Ich habe jetzt überall in Schlederloh und Icking wegen meines entlaufenen Katers Zettel verteilt und ausgehängt, nur dass ihr Bescheid wisst."
Frau C.
„Er ist jetzt seit drei Wochen weg, der hat sich in der Zwischenzeit sicher ein warmes Plätzchen gesucht."
Herr N.
„Seit ein paar Tagen sitzt ein Bussard auf dem Pfosten vor unserer Einfahrt."

Herr E.

„Das ist doch ein Falke."

Es beginnt eine längere Diskussion über die Vogelart. Man wird man sich nicht einig, ob es sich um einen Bussard, Falken oder Wiedehopf handelt. Schlussendlich einigt man sich auf einen großen Greifvogel!

Frau C.

„Ich fahre morgen mit dem Auto nach Wolfratshausen einkaufen. Wer kommt mit oder wem soll ich etwas mitbringen?"

Frau O. braucht Schrauben für ihr Bett. Die Schrauben sind in einer Umzugskiste versteckt und unauffindbar. Herr N. möchte mit zur S-Bahn genommen werden. Er hat größere Mengen Pfandflaschen gesammelt und will sie in klingende Münze verwandeln.

Herr N. weiter:

„Könnten Sie, Herr Z. in nächster Zeit das Loch in der Decke füllen, das Sie beim Anbringen der Lampe zurückgelassen haben?"

Herr Z. vertröstet auf nächste Woche. Dann versichert er zu klären, ob das Licht im oberen Gang nicht brennt, weil die Glühbirne kaputt ist oder weil die Handwerker mal wieder aus Versehen den Bereich vom Netz genommen haben.

Frau C.

„Ich müsste morgen in den Pavillon, um meine Sachen für den Flohmarkt raus zu holen."

Man findet einen Termin, der genehm ist.

Herr E. beschwert sich darüber, dass seine Post vom Betreuer nicht angekommen sei. Er findet, dass der gemeinsame Postkasten am Pförtnerhaus nicht die beste Lösung ist. Schließlich startet er die Anfrage, ob es ab dem nächsten Meeting nicht auch alkoholische Getränke geben könnte. Dies wird allgemein abgelehnt.

Herr N.

„Ich habe mir einen Elektroroller für 39,99 € gekauft. Somit habe ich mein Verkehrsproblem gelöst. Leider entspricht die Reichweite nicht meinen Erwartungen.“

Herr E.

„Zum einen darfst du mit dem Ding nicht auf öffentlichen Verkehrswegen fahren, es hat nämlich keine Straßenzulassung und bei den Steigungen zwischen Icking und hier ist natürlich der Saft gleich aus. Du bist auch nicht gerade ein Fliegengewicht.“

Allgemeines Gegrummel

Herr Z. lenkt das Gespräch auf allgemeine Themen zurück.

„Ich würde gerne mit Ihnen auf das Tollwood-Festival gehen. Hat jemand Interesse?“

Es finden sich vier Interessenten. Das Nähere wird besprochen. Man will sich den Bus aus dem Langzeitwohnprojekt Schwanseestraße ausleihen. Bis auf Herrn N., der Weihnachten zu seinen Eltern will, wollen alle Bewohner gemeinsam den Heiligen Abend feiern.

Frau O. fragt an, wie es mit einem Fernsehanschluss aussieht, sonst könnten die Feiertage langweilig werden. Auch sei immer noch nicht geklärt, wie es mit dem Wäschewaschen weitergeht. Die Appartements seien zu klein, um eine eigene Waschmaschine aufzustellen und im Waschkeller sei immer noch kein Strom.

Herr Z. muss die Antworten auf diese dringlichen Fragen schuldig bleiben.

Frau O. erwidert:

„Ich weiß schon, der Meisel verfolgt mich und boykottiert alle meine Schritte.”

Dann beginnt Herr N. eine Diskussion zur allgemeinen Weltwirtschaftslage und das Meeting endet mit Fragen und Antworten zur Bundespolitik, der Stellung der Frau in der Welt, den Machenschaften der USA und Vorschlägen zur Verbesserung der Lage der Menschheit, und den Geheimnissen im Vatikan.

So oder so ähnlich könnte es gewesen sein.

Karl Ziegler, Wohn- und Werkprojekt Buchenwinkel

Modellprojekt
Flexible Hilfe für psychisch kranke Menschen in durchlässigen Systemen

Ausgangssituation

Die Versorgungslandschaft für Menschen mit psychischen Störungen und psychisch behinderte Menschen hat sich in den letzten Jahren in Oberbayern durch die gemeinsamen Anstrengungen des Bezirks und der Spitzenverbände gut entwickelt. Insbesondere die Entwicklungen im Bereich des ambulant betreuten Wohnens haben die Versorgung zu den Menschen gebracht und somit entscheidende Leitlinien moderner psychiatrischer Versorgung verwirklicht.

Die MitarbeiterInnen, Einrichtungen und Träger vor Ort haben sich in regionalen Verbundsystemen (PSAG, GPV, AKV) organisiert und durch Koordination und interne Prozesse die Angebotsstrukturen optimiert, um personenzentrierte Hilfen zu erbringen.

Der Rahmen der Leistungserbringung wird durch Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen gesteckt. Darin ist die Platzzahl von betreuten Wohn- bzw. Heimplätzen und die Betreuungsintensität festgelegt. Diese ist gekoppelt an einen Betreuungsschlüssel und einer starren Grenze zwischen ambulanter und stationärer Betreuung. Der Betreuungsschlüssel liegt bei 1 : 6.

Hiervon ausgehend möchten die in der Arbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege Oberbayern (ARGE Freie Oberbayern) vertretenen Träger in die Erweiterung dieses Rahmens testen. Damit soll ein weiterer grundlegender Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen geleistet werden. Insbesondere will man den Trend, die Verlegung von Menschen mit psychischen Störungen von Kliniken in wohnortferne Langzeiteinrichtungen zu verlegen, umkehren.

Ziel

Fachlich-inhaltlich ist die Voraussetzung für eine gelingende Lösung, dass wir die Betroffenen mit ihren Wünschen und Zielen in den Mittelpunkt stellen und mit ihnen eine längerfristige Perspektive in der Betrachtung wählen, die prinzipiell auch Gesundung als möglich sieht. Gesundung jedoch nicht verstanden als Symptomfreiheit im üblichen Sinn, sondern im Sinne einer Zufriedenheit mit der Lebensqualität als Betroffener im Versorgungssystem

- durch Ressourcenorientierung und durch optimale, passgenau unterstützende Leistungen mit dem Ziel der weitgehenden Verselbstständigung der Betroffenen.

- Organisationsstrukturell und betriebswirtschaftlich ist die Voraussetzung für eine gelingende Lösung, dass der Vereinbarungsrahmen flexible Übergänge zwischen stationär und ambulant und zwischen den Schlüsseln schafft. Gleichzeitig muss es für die Kostenträger und die Leistungserbringer Planungs- und Kalkulationssicherheiten geben.

Nach Jahren auf der Straße – ein neues Zuhause

Endlich in den eigenen vier Wänden

Einzelziele des Projekts wären dann:

- Ambulante, lebensortnahe Versorgung für komplexen Hilfebedarf
- Weckung des Selbsthilfepotentials und Teilhabe als permanenter Prozess
- Durchlässigkeit der Versorgungseinheiten (ambulanter Schlüssel, stationäre Formen)
- Längsschnittperspektive bei der Betrachtung des Einzelfalles und der Prozesse in der Einrichtung.

Grundsätzlich experimentelle Haltung mit möglichen Maßnahmen:

- Bildung von Einrichtungsbudgets für definierte Zeiträume
- Betreuungsintensität nach individuellem Bedarf
- Organisatorische Zusammenlegung von kleinen Versorgungseinheiten
- Entwicklung von Übergängen / Übergangseinheiten
- Bildung von einrichtungsübergreifenden Betreuungsteams
- Umwandlung stationärer Plätze in ambulante Betreuungsformen
- Wechsel in weniger intensive, aber auch in intensivere Betreuungsformen

Zur Umsetzung flexiblerer Hilfestrukturen wird seitens der Träger mit entsprechenden Personalmaßnahmen reagiert.

Zu erwartende Ergebnisse (Ergebnisqualität)

Insgesamt wird angestrebt, durch größere Spielräume mehr Bewegung im System zu erreichen.
Es geht um eine Optimierungsstrategie vorhandener Ressourcen auf allen Ebenen. Dabei sind sowohl auf der KlientInnen- wie auf der MitarbeiterInnen- bzw. Einrichtungsebene ganz verschiedene Effekte zu erwarten.

Grundsätzlich wird angestrebt:

- Jeder Betroffene bekommt schneller die individuell passgenaue Hilfestellung, ohne sein Hilfesystem zu wechseln.
- Betroffene mit hohem und komplexem Hilfebedarf werden vermehrt in gemeindenahe, ambulant orientierte Einrichtungen vermittelt und dort auch gehalten.

Durchführung

Ausgangspunkt des Modells ist der Kostenrahmen, der sich auf der Grundlage der mit den Einrichtungen vereinbarten Plätze und Entgelte ergibt. Für den Modellzeitraum wird gewährleistet, dass die Summe der Entgeltzahlungen und die Art der Abrechnung gleich bleiben. Gravierende Kostensteigerungen insbesondere durch Tarifabschlüsse können Grundlage für die Anhebung des Kostenrahmens sein. Die Leistungen können während des Modells flexibel erbracht werden. Dazu werden im Rahmen des Modells fiktive Leistungsentgelte je Einrichtung vereinbart, die eine Durchlässigkeit zwischen stationärem und ambulanten Wohnen und dem Bereichen Arbeit / Tagesbetreuung ermöglichen.
Um die finanziellen Auswirkungen der flexiblen personenzentrierten Leistungserbringung zu ermitteln, wird während der Modellphase ein Vergleich zwischen den tatsächlich gezahlten und den fiktiv vereinbarten Entgelten durch-

geführt. Sollte dieser Vergleich im Ergebnis Einsparungen ergeben, können diese für eine Angebotsdifferenzierung, Qualitätssteigerungen oder Angebotserweiterung verwendet werden.

Die fiktiven Leistungsentgelte werden wie folgt ermittelt:

- Es werden sechs Betreuungsstufen eingeführt: 1:2, 1:4, 1:6, 1:8, 1:10, 1:12.
- Diesen Stufen werden die Zeitwerte zugeordnet, die bereits in den Qualitätsleitlinien BEW / TWG (Betreutes Einzelwohnen / Therapeutische Wohngemeinschaft) vereinbart sind.
- Der dann ermittelte mittlere Zeitwert entspricht einer der sechs Betreuungsstufen.
- Für jede Betreuungsstufe wird fiktiv eine Maßnahmepauschale je Wohnform (ambulant / stationär) ohne Tagesbetreuung vereinbart.

Die Wohnungen in den Wohnprojekten sind so unterschiedlich wie ihre Bewohner

- Der dann ermittelte mittlere Zeitwert entspricht einer der sechs Betreuungsstufen.
- Für jede Betreuungsstufe wird fiktiv eine Maßnahmepauschale je Wohnform (ambulant / stationär) ohne Tagesbetreuung vereinbart.
- Die Grund- und Investitionspauschale wird in Abhängigkeit vom ambulanten oder stationären Wohnen fiktiv vereinbart.
- Für die Tagesbetreuung im stationären Bereich werden eigenständige Leistungsentgelte kalkuliert. Diese entsprechen in der Betreuungsintensität (Maßnahmen 1 und 2), dem Betreuungsumfang der Tagesstätte bzw. der von Zuverdienstarbeitsplätzen.

Der Nachweis der Leistung wird wie folgt erbracht:

- Der zeitliche Hilfebedarf wird im Rahmen des Gesamtplanverfahrens als Komplexleistung ermittelt und den Mittelwert eines Zeitkorridors zugeordnet.
- Sie tatsächlich erbrachten personenzentrierten Leistungen werden genau dokumentiert.

Ermittlung des fiktiven Haushaltsvolumens der Einrichtung:

- Auf der Grundlage der erbrachten Komplexleistung und der vereinbarten fiktiven Leistungsentgelte kann das Volumen des Haushalts der Einrichtung errechnet werden, das sich bei der Flexibilisierung des Leistungsangebotes ergeben würde.

Im Ergebnis wird durch diese Festlegungen eine hohe Flexibilität erreicht. So kann zum Beispiel ein Betroffener mit einem hohen Betreuungsbedarf auch ambulant betreut werden. Ebenso wie ein Betroffener, der einen niedrigen Betreuungsbedarf hat, stationär betreut werden kann, wenn das Heim einen hohen Stellenwert hat. Ein Betroffener aus dem stationären Wohnen kann in einem Zuverdienstprojekt arbeiten, ebenso wie ein Betroffener aus dem ambulanten Bereich an tagesstrukturierenden Maßnahmen teilnehmen kann.

Der Umfang der Betreuungsleistung ist nicht mehr abhängig von der Wohnform (stationär = intensiv) sondern kann effektiver, zielgenauer und bedarfsgerechter erbracht werden.

Fachausschuss Sozialpsychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Oberbayern

Modularer Aufbau der Leistungsentgelte in der psychiatrischen Versorgung

Wohnen (stationär)

einheitliche Grundpauschale

Maßnahmepauschale (differenziert nach Personalintensität)

1:2 ohne Arbeit / Tagesbetreuung	1:4 ohne Arbeit / Tagesbetreuung	1:6 ohne Arbeit / Tagesbetreuung	1:8 ohne Arbeit / Tagesbetreuung	1:10 ohne Arbeit / Tagesbetreuung	1:12 ohne Arbeit / Tagesbetreuung	Betreuungschlüssel

einheitliche Investitionskosten

Wohnen (ambulant)

einheitliche Grundpauschale

Maßnahmepauschale (differenziert nach Personalintensität)

1:2	1:4	1:6	1:8	1:10	1:12	Betreuungschlüssel

einheitliche Investitionskosten

Arbeit / Tagesbetreuung

strukturierende Maß-nahme (1)	strukturierende Maß-nahme (2)	Tagesstätte	Zuverdienstarbeits-plätze	Selbsthilfefirmen	Werkstatt für behinderte Menschen

- Die Wohnangebote unterscheiden sich unabhängig von ihrer Art (stationär / ambulant) in der Betreuungsintensität.
- Die Betreuungsintensität der tagesstrukturierenden Maßnahmen (1) und (2) entspricht dem Betreuungsumfang der Tagesstätte bzw. der von Zuverdienstarbeitsplätzen. Diese Angebote können aneinander gekoppelt sein, die Unterscheidung ordnet sich lediglich den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen (Refinanzierungstypen) unter.

Tagesstätten
über Gemeinschaft zurück in die Gesellschaft

Jetzt gibt es auch in Neuperlach eine Tagesstätte. Im September 2006 wurde in den ehemaligen Räumen der Geschäftsstelle, am Peschelanger 11, die Tagesstätte Neuperlach eröffnet. Durch massive Umbaumaßnahmen, die Wände der kleinen Büroräume wurden kurzerhand herausgerissen, entstand ein einziger großer Raum, der in verschiedene Segmente unterteilt ist. Die ehemalige Teeküche steht jetzt als allgemeine Küche zur Verfügung und ein ehemaliger Raum des Sozialpsychiatrischen Dienstes Neuperlach dient teilweise als Büro.
15 chronisch psychisch kranke Menschen haben jetzt einen Ort, an dem sie gemeinsam den Tag verbringen können. Einen Ort, wo sie Kontakte knüpfen, Erfahrungen und Wissen austauschen können. Hier können sie Neues lernen und verborgene Talente wiederentdecken. Drei MitarbeiterInnen kümmern sich von Montag bis Freitag um die Besucher, die teilweise täglich in die Einrichtung kommen.
In den schön ausgebauten Räumen bietet unser Tagesstätten-Team ein umfangreiches Kreativprogramm an. Wir leiten die Besucher beim Malen und Basteln an, unterstützen und helfen beim Einrichten einer kleinen Holzwerkstatt. Außerdem findet regelmäßig ein Computer-Kurs statt. Und natürlich wird gemeinsam eingekauft und gekocht. Durch unsere Motivation und Unterstützung gelingt es so manchem Besucher, den ersten Schritt zurück in die Gesellschaft zu tun.

Tagesstätten leben – nicht nur aus ökonomischer Sicht – von ihren Besuchern. Um unsere Arbeit darzustellen, möchte ich daher zunächst drei typische, aber anonymisierte Fallbeispiele vorstellen. Dabei verzichte ich bewusst auf die Nennung von Diagnosen und Störungsbildern. In unserer Arbeit steht der einzelne Mensch mit seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten, mit seinen Problemen und Stärken im Vordergrund.

FALLBEISPIEL A:

Frau Huber (Name geändert) hat einen langen Aufenthalt in der Psychiatrie hinter sich und lebt seit einiger Zeit wieder zu Hause. Die Medikamente, auf die sie in der Klinik eingestellt wurde, erleichtern ihr die Bewältigung des Alltags. Dennoch hat sie Probleme, sich wieder zurechtzufinden. Schon vor dem Klinikaufenthalt hatte sie ihre Wohnung nur verlassen, wenn es unbedingt nötig war. Daran hat sich nichts geändert. Auch jetzt geht sie nur selten raus. Was ihr früher Spaß gemacht hat, meint sie vergessen zu haben. Sie traut sich nichts zu und hat kaum Freunde – ein Teufelskreis. „Mit mir will ja sowieso keiner was zu tun haben!“, sagt Frau Huber von sich.
Der Sozialdienst der Klinik hat Frau Huber bei ihrer Entlassung den Besuch einer Tagesstätte empfohlen.

FALLBEISPIEL B:

Herr Rath (Name geändert) ist ständig unterwegs. Er kennt viele Menschen, aber Freunde hat er keine. Er hat viele Pläne, aber kaum einen verwirklicht. Herr Rath redet gerne und viel. Mit seinen Geschichten kann er andere gut unterhalten. Aber oft fehlt ihm das Gespür, zur richtigen Zeit aufzuhören. Was andere erst noch lustig fanden, fängt an zu nerven. Herr Rath wiederum versteht das nicht und zieht sich zurück. Von einem Bekannten hat Herr Rath von der neuen Tagesstätte gehört.

FALLBEISPIEL C:

Frau Walter (Name geändert) weiß genau, wo sie sich mit ihren Problem hinwenden kann. Sie weiß, was ihr zusteht, kennt sich in der „Szene“ aus. Wenn sie von einem neuen Angebot hört, ist sie sofort da. Anfangs ist sie meistens total begeistert und mit vollem Eifer dabei. Sie genießt den

Die neue Tagesstätte in den ehemaligen Räumen der Geschäftsstelle Am Peschelanger 11

„Service“ und lässt sich gern verwöhnen. Aber nach einiger Zeit – meistens dann, wenn es verbindlich wird – wird es für sie schwierig und sie zieht sich zurück. Dann muss sie sich wieder etwas Neues suchen. Da kommt eine neue Tagesstätte gerade recht.

Die Kunst, jedem etwas zu bieten

Tagesstättenbesucher wie Frau Huber, Herr Rath und Frau Walter (Namen geändert) kommen aus völlig unterschiedlichen Beweggründen zu uns. Um für alle da sein zu können, versuchen wir

- die besonderen Fähigkeiten und Stärken unserer Besucher herauszufinden und diese zu fördern;
- dennoch einen Raum zu schaffen, wo jeder sein kann wie er ist, ohne dass ständig versucht wird, sie oder ihn zu ändern;
- unsere Besucher zu verwöhnen;
- eine Gemeinschaft entstehen zu lassen, an der sich jeder entsprechend seiner Möglichkeiten beteiligen kann und damit aktiv zum Gelingen beiträgt;
- Konflikte, die entstehen im geschützten Rahmen anzusprechen und gemeinsam zu klären;
- ein möglichst breites Spektrum an Angeboten zu machen, so dass jeder eine sinnvolle und gewinnbringende Beschäftigung finden kann.

Für die konkrete Arbeit mit unseren KlientInnen gibt es keine standardisierten Abläufe. Jeder Mensch ist anders, wie die Geschichten von Frau Huber, Herrn Rath und Frau Walter zeigen. Dennoch ist die weitere Entwicklung dieser KlientInnen typisch:

Frau Huber kommt zunächst sehr unregelmäßig in die Tagesstätte. Sie interessiert sich für das gemeinsame Kochen, traut sich aber nur Hilfsarbeiten wie Kartoffelschälen zu. Nach einiger Zeit freundet sich Frau Huber mit einem anderen Besucher – einem Hobbykoch, der häufig die Rolle des „Küchenchefs“ übernimmt – an. Fortan testen die beiden gemeinsam die

neuesten Rezepte und Frau Huber erzählt, dass sie jetzt auch zu Hause wieder öfter für sich kocht.

Herr Rath kommt anfangs täglich in die Tagesstätte. Er nimmt an allen Angeboten teil, manchmal auch an mehreren gleichzeitig. Er weiß oft nicht mehr, was er zuerst machen soll und ist selten zufrieden mit den Ergebnissen. Durch sein Mitteilungsbedürfnis fühlen sich andere Besucher von ihm oft gestört. Mit Unterstützung gelingt es ihm manchmal, die Probleme zu besprechen und zu klären.
Dann entdeckt Herr Rath den Computerkurs für sich. Hier lernt er einen anderen Besucher kennen, dem er noch einiges beibringen kann. So wird Herr Rath zum Nachhilfe-Lehrer in Sachen Computer. Er stellt fest, dass er immer ruhiger und konzentrierter wird.
Mittlerweile kommt Herr Rath zwei- bis dreimal pro Woche. Meist hat er einen festen Plan, was er machen will. Durch seine Nachhilfe-Stunden hat er sich schon mit einigen anderen Besuchern angefreundet.

Frau Walter kommt anfangs sehr unregelmäßig in die Tagesstätte. Und wenn sie da ist, steht sie sofort im Mittelpunkt. Sie nimmt an verschiedenen Angeboten teil, hat aber selbst keine Ideen oder eigene Programmvorschläge. Bald beschließt sie, nicht mehr zu kommen, da sie die Beschäftigungsangebote für wenig sinnvoll hält. Im Gespräch mit einer Mitarbeiterin stellt sich heraus, dass Frau Walter früher gerne und viel genäht hat. Daraufhin hilft die Mitarbeiterin bei der Organisation einer Nähwerkstatt, die Frau Walter in Zukunft einmal in der Woche in der Tagesstätte anbieten will.

Fazit

Der große Raum der Tagesstätte ist in verschiedene Bereiche eingeteilt

Diese drei Fallbeispiele zeigen, wie es unterschiedlichen Menschen gelingt, in einer Tagesstätte ihren Platz zu finden. Das Wichtigste dabei ist, dass es gelingt, über den eigenen Schatten zu springen und Krankheit, Sorgen und Probleme für eine Weile zu vergessen. In einer Gemeinschaft gelingt das meist einfacher als alleine. Sicher werden wir von der Tagestätte Neuperlach bald viele solcher Geschichten erzählen können.

Michael Rahm / Tagesstätte Neuperlach

Zuverdienst als Möglichkeit der Integration in die Gesellschaft

Zuverdienstarbeit schafft soziale Kontakte, gibt Anerkennung, steigert das Selbstwertgefühl und fördert damit die psychische Gesundheit. Selbstverdientes Geld ist wertvolleres Geld. Zuverdienstmöglichkeiten sind niederschwellige und abgestufte Tätigkeiten. Interessenten können unbürokratisch und ohne besondere Vorkenntnisse einsteigen. Die Anforderungen orientieren sich an der Leistungsfähigkeit der psychisch kranken Menschen, die seit vielen Jahren nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Es gab für diese Personengruppe im Berchtesgadener Land bisher sehr wenige Möglichkeiten eine sinnvolle, bezahlte Arbeit zu finden. Da psychisch Kranke jedoch sehr stark der Gefahr der Isolation und des Rückzugs ausgesetzt sind, freuen wir uns besonders, dass wir mit unserem Zuverdienstprojekt diese Lücke im gemeindepsychiatrischen Angebot für das Berchtesgadener Land schließen konnten.

Grundlagen

Die rechtliche Grundlage für unser Projekt ist die Richtlinie über Zuverdienstarbeitsplätze des Bezirks Oberbayern vom 01. Januar 2001. Im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses haben wir Arbeitsplätze geschaffen, bei denen unsere MitarbeiterInnen bei unserem Träger der gGmbH Projekteverein fest angestellt sind. So haben die Betroffenen die Möglichkeit, neben ihrer finanziellen Grundsicherung (Rente oder Hartz IV) selbst noch Geld dazu zu verdienen. Am 01.11.2006 ging dieses Projekt in die Trägerschaft der Beratungsdienste der AWO-München gGmbH über.

Ziele

Durch die sinnvoll erlebte Beschäftigung in den Zuverdienstprojekten soll erreicht werden, dass sich unsere MitarbeiterInnen stabilisieren und sie ihre verbliebene Leistungsfähigkeit erhalten können. Im Einzelfall können auch Fähigkeiten ausgebaut und so entwickelt werden, dass sich weitergehende berufliche Perspektiven eröffnen. Durch die Arbeit und das kollegiale Zusammensein streben wir eine emotionale Bindung an, die der Isolation und dem Rückzugsverhalten von psychisch kranken Menschen entgegenwirkt.

Finanzierung

Mit den Zuschüssen des Bezirks Oberbayern werden nur die Kosten für eine Fachkraft und ein Teil der Sach- bzw. Verwaltungskosten ausgeglichen. Die finanziellen Mittel für die Löhne und Sozialabgaben unserer MitarbeiterInnen, für Investitionen in die Ausstattung der Räumlichkeiten und für die Beschaffung von Werkzeugen und Maschinen müssen aus den erbrachten Leistungen der Beschäftigten finanziert werden.

Räumlichkeiten

Das Zuverdienstprojekt Bad Reichenhall ist in einem Querbau auf der Rückseite des Langzeitwohnprojektes untergebracht. In den hellen, insgesamt ca. 70 m² großen Räumen, haben wir einen Montagebereich, eine Holzwerkstatt und einen Lagerbereich eingerichtet.

Handwerkliche, pädagogische und kaufmännische Anleitung

Der zuständige Kollege des Zuverdienstbetriebes ist nicht nur für die sechs vom Bezirk Oberbayern finanzierten Stellen verantwortlich, sondern für alle anderen Belange des Projektes auch. Sein Aufgabenbereich umfasst die Einstellung der MitarbeiterInnen, die Personalverwaltung, die Einrichtung und Ausstattung der Arbeitsplätze, die Akquisition von Aufträgen, die Arbeitsplanung und -anleitung, die aktive Mitarbeit und die Qualitätskontrolle. Außerdem sorgt er dafür, dass der Arbeitsschutz der MitarbeiterInnen gewährleistet ist. Er kümmert sich um die Zeiterfassung und Urlaubsverwaltung. Er verwaltet die Aufträge, erstellt Rechnungen und erledigt die Buchführung, macht die Dokumentation, sorgt für den Informationsaustausch und stimmt die klientInnenbezogene Zielsetzungen mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten ab. Ein offenes Ohr für die privaten Belange der MitarbeiterInnen zu haben, gehört ebenso zu seinen Aufgaben wie Hilfen zur Bewältigung aktueller Probleme. In Stoßzeiten steht dem Leiter der Zuverdienststelle eine freiberufliche Fachkraft zur Seite.

Mitarbeiter des Zuverdienstprojektes bei der Arbeit

Stellen

Auf Grundlage der Richtlinie des Bezirkes Oberbayern haben wir sechs Stellen eingerichtet, die nach den individuellen Bedürfnissen auf 14 MitarbeiterInnen aufgeteilt sind.

Mit diesen 14 MitarbeiterInnen müssen wir nach den Vorgaben der Richtlinie pro Jahr 4.320 vertraglich festgelegte Arbeitsstunden leisten. Die MitarbeiterInnen sind im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses angestellt. Sie dürfen nicht mehr als 15 Stunden pro Woche arbeiten und verdienen 4,46 € netto pro Stunde. Jeder/jedem MitarbeiterIn werden 20 Werktage Jahresurlaub gewährt.
Seit kurzem beschäftigt das Zuverdienstprojekt auch MitarbeiterInnen in Stellen mit Mehraufwandsentschädigung (MAW), die so genannten 1-€-Jobs, in Zusammenarbeit mit der AidA (Arbeitsgemeinschaft Integration in den Arbeitsmarkt) im Berchtesgadener Land. Dabei handelt es sich um gezielte Angebote für psychisch kranke Langzeitarbeitslose.

Arbeitstraining im Zuverdienstbetrieb

Der Bedarf an sinnvollen Arbeitsangeboten, bei denen die Interessenten unbürokratisch einsteigen können, hat uns in den ersten Jahren derart überrollt, dass wir uns genötigt sahen zu handeln.

Um den sich ständig häufenden Anfragen nach Arbeitsmöglichkeiten ein Angebot entgegensetzen zu können, richteten wir im Rahmen des Zuverdienstprojektes eine Arbeitstrainingsgruppe ein. Dabei handelt es sich um ein besonders niederschwelliges Arbeitsangebot, das der/dem MitarbeiterIn mit flexiblen Arbeitszeitregelungen und einer eingeschränkten Verbindlichkeit entgegenkommt. Die Entlohnung der MitarbeiterInnen in der Arbeitstraingsgruppe beträgt 2 € pro Stunde in Anlehnung an die Bezahlung der MAW-Stellen.

Kreative Wege in mageren Zeiten

Seit 2004 finanzieren wir aus selbst erwirtschafteten Mitteln eine freiberufliche Fachkraft, die nach Bedarf Arbeitstrupps begleitet und so den Zuverdienstleiter unterstützt.

Auch in anderer Hinsicht gehen wir im Zuverdienstprojekt neue Wege. Bei manchen Aufträgen (beispielsweise bei unserem Wohnungsprojekt in Freilassing) benötigen wir die Hilfe von Fremdfirmen. Wir vereinbaren dann, dass alle Arbeiten, die von ZuverdienstmitarbeiterInnen erledigt werden können, auch tatsächlich von diesen ausgeführt werden, teilweise unter der fachlichen Anleitung der Fremdfirmen. Mit diesem genialen Modell verschwimmen die Grenzen zwischen beschützter Arbeitsumgebung und freiem Markt, und das Selbstbewusstsein unserer MitarbeiterInnen wird gestärkt.

Interne Zusammenarbeit

Einer der wichtigsten Faktoren, um in unserem Zuverdienstprojekt gute Arbeit leisten zu können, ist die enge Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Zentrum Bad Reichenhall. Etliche der ZuverdienstmitarbeiterInnen sind entweder auch Tagesstättenbesucher oder werden im SpDi betreut. Über das Zuverdienstprojekt werden auch für die Bewohner des Langzeitwohnprojekts Arbeitseinsätze organisiert und abgerechnet. Der gerontopsychiatrische Dienst vermittelt uns öfter Arbeiten in Haus und Garten von älteren Mitbürgern.

SpDi, Tagesstätte und Wohnprojekt haben uns mit der Gebäudereinigung in ihren Einrichtungen einen weiteren Auftrag erteilt.

Von den Kollegen der Therapeutischen Wohngemeinschaft und dem Betreuten Einzelwohnen erhalten wir regelmäßig Renovierungs-, Instandhaltungs-,

Transportaufträge usw. deren KlientInnen / Bewohner finden im Zuverdienstprojekt wiederum eine berufliche Heimat. In den Jahren 2005 / 2006 erwarb unser Träger insgesamt vier Wohnblöcke aus den fünfziger Jahren am Sudetenplatz in Freilassing. Diese Häuser werden nun nach und nach vom Zuverdienstprojekt renoviert. Dadurch entstehen qualifizierte Arbeitsplätze und unsere MitarbeiterInnen können ihre Kenntnisse und Erfahrungen aus ihren früheren Berufen einbringen – insbesondere diejenigen, die einmal ein Handwerk erlernt haben. Da die Wohnungen zum Teil auch an Menschen mit psychiatrischem Hintergrund vermietet werden, kann man das ganze Projekt auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ bezeichnen. Psychisch kranke Menschen bauen Wohnungen für andere psychisch Kranke – so schließt sich der Kreis bei einem Projekt, von dem beide Seiten profitieren.

Sanierungsarbeiten gehören zum Leistungsprofil des Zuverdienstprojektes

Unsere Kunden

Wie im vorhergehenden Absatz ausgeführt, erhält das Zuverdienstprojekt einen Teil seiner Aufträge aus dem internen Bereich des Sozialpsychiatrischen Zentrums. Den Großteil der Aufträge beschaffen wir uns allerdings auf dem freien Markt. Durch das gezielte Ansprechen potenzieller Auftraggeber, Mundpropaganda und vor allem durch Empfehlungen zufriedener Kunden ist es uns gelungen, schon einen erheblichen Stammkundenkreis aufzubauen. Aufgrund der Minderleistungsfähigkeit unserer ZuverdienstmitarbeiterInnen können wir in Ergänzung zum freien Markt nur bestehen, wenn auch interne Ressourcen genutzt werden.

Regelmäßige Aufträge erhalten wir zum Beispiel vom Bürgerbräu Bad Reichenhall, der WFB Piding, dem örtlichen Betreuungsverein, dem Sozialamt und immer mehr privaten Kunden.

Unser Leistungsspektrum umfasst:

Blitzblank	*Gartenservice*	*Hausservice*	*Gewerbeservice*
- Raumpflegedienst (gewerblich) *- Stöbern (Herbst- und Frühjahrsputz)*	*- Strauch- und Heckenschnitte* *- Pflege und Unkrautbekämpfung* *- Pflanzen von Bäumen, Sträuchern* *- Rodungen und Obstbaumschnitt* *- Rasenmähen und Rasensäen* *- Bau von Zäunen und Spalieren* *- Pflasterarbeiten im Gartenbereich*	*- Holz- und Bautenschutz* *- Kleine Umbauten* *- Fertigbodenverlegung* *- Entrümpelung (fachgerechte Entsorgung)* *- Umzüge und Kleintransporte Haushaltsauflösungen*	*- Montage- und Verpackungsarbeiten* *- Qualitätskontrolle* *- Kuvertierung von Werbesendungen* *- EDV-Adresserfassung* *- Erstellen von Seriendrucksachen* *- Versandabwicklung für Werbeartikel usw.*

Das Zuverdienstprojekt als sozial-ökonomischer Betrieb

Unser Zuverdienstprojekt ist zwar eine soziale Einrichtung, steht aber auch in Konkurrenz zu Betrieben des freien Marktes. Die Zielsetzung besteht darin, Arbeitsplätze zu schaffen und somit Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu ermöglichen. Die Tatsache, dass im Zuverdienstprojekt fast alle betrieblichen Kosten selbst erwirtschaftet werden müssen, stärkt die Motivation der MitarbeiterInnen, denen damit das gute Gefühl vermittelt wird, dass sie ihr Geld selbst verdient haben und nicht nur auf staatliche Zuwendungen angewiesen sind. Durch diese Motivation wird auch die Arbeitsbereitschaft gesteigert. Es gilt der Grundsatz: „Fördern ohne Fordern macht faul!“, den der Geschäftsführer Horst Reiter formuliert hat. Letztendlich soll dieser Ansatz dazu beitragen, die MitarbeiterInnen bei der Entwicklung eigener Stärken zu ermutigen sowie Selbstbestimmung und Selbsthilfe zu fördern.

Essensbons für MitarbeiterInnen

Arbeit macht hungrig, aber unsere MitarbeiterInnen müssen nicht mit leerem Magen nach Hause gehen! Seit knapp zwei Jahren erhält jede / jeder MitarbeiterIn pro Monat acht Essensbons für kostenloses Essen im Café Harlekin. Das ist für manche / manchen MitarbeiterIn eine willkommene Abwechslung. Zudem unterstützt das Zuverdienstprojekt damit das Arbeitsprojekt Café Harlekin – ein weiteres Beispiel für die interne Zusammenarbeit aller Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Zentrum.

Interview mit Frau Petra Obermaier vom Betreuten Einzelwohnen und der Therapeutischen WG

Wie sehen Sie die Beziehungen zwischen dem Zuverdienstprojekt und dem Betreuten Einzelwohnen bzw. der Therapeutischen Wohngemeinschaft?

Petra Obermaier: Nur positiv. Wir vermitteln dem Zuverdienstprojekt Klienten, die fähig sind, zu arbeiten. Es gibt auch einen regen Austausch zwischen den Betreuern und der Leitung des Zuverdienstbetriebes. Die interne Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Zentrums klappt sehr gut.

Welchen Nutzen haben Ihre Einrichtungen vom Zuverdienstprojekt?

Petra Obermaier: Die Therapeutische WG und das Betreute Einzelwohnen profitieren vom Zuverdienstprojekt, weil unsere Klienten dort Arbeit bekommen, was auf dem ersten Arbeitsmarkt in der Regel nicht möglich ist.

Tägliche Arbeit erhöht das Selbstwertgefühl

Welche Auswirkungen hat Arbeit für die Klienten?

Petra Obermaier: Durch die Arbeit erlangen die Klienten Stabilität und einen geregelten Lebensrhythmus. Die Gefahr einer depressiven Krise ist geringer, wenn sie nicht den ganzen Tag alleine sind, sondern Anschluss finden. Arbeit hilft eigentlich jedem Klienten, sofern er/sie arbeitsfähig ist, sie steigert das

Selbstbewusstsein und fördert die psychische Gesundheit. Die Tagesstruktur und eventuelle Freundschaften tragen zur Selbstbestimmung bei, und die Klienten werden sich ihrer Ressourcen bewusst.

Welche konkreten Folgen kann das haben? Petra Obermaier: Positive Veränderungen gibt es immer. Manchmal gelingt es sogar, dass Klienten ihrem Leben eine ganz neue Richtung geben. Sie sind durch die regelmäßige Arbeit so stabil geworden sind, dass sie wieder in der Lage sind, in einer eigenen Wohnung zu leben.

Markus Pfnür, Zuverdienstprojekt Bad Reichenhall

Integrationsfachdienst München-Freising gGmbH

Vor über einem Jahr hat der 2005 gegründete Integrationsfachdienst (IFD) München-Freising gGmbH in der Landsberger Straße 6 in München, seine Arbeit aufgenommen.

Geboren aus der Grundidee, die vorhandenen Kompetenzen verschiedenster Träger der Behindertenarbeit zu bündeln, den fachlichen Austausch zu erleichtern und damit letztlich auch die Qualität und Kontinuität der Angebote zu steigern, entstand mit der neuen gemeinnützigen GmbH ein effektiver sozialer Dienstleister. Der IFD kommt mit seinen fachübergreifenden Angeboten, kurzen Wegen und einer intensiven Vernetzung mit dem Integrationsamt einerseits und den Behindertenverbänden andererseits den Bedürfnissen der KlientInnen in hohem Maß entgegen. Auch von Arbeitgeberseite wird der IFD München-Freising verstärkt als fachkompetenter Ansprechpartner wahrgenommen und in allen Fragen zum Thema Behinderung und Arbeit gern kontaktiert.

Der IFD besteht aus drei Gesellschaftern (Projekteverein gGmbH, Bayerischer Landesverband für die Wohlfahrt Gehörgeschädigter e.V., Berufsförderungswerk München gGmbH) und arbeitet mit fünf Kooperationspartnern (Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund e.V., CBA e.V., Mutabor e.V., Regenbogen Arbeit gGmbH, Vereinigung Integrations-Förderung e.V.) zusammen. Das sind allesamt Einrichtungen, Vereine oder Verbände, die seit langem in speziellen Behinderungssparten tätig sind. So beraten und begleiten heute die 19 MitarbeiterInnen der Integrationsfachdienst München-Freising gGmbH Schwerbehinderte und von Behinderung bedrohte Menschen im Berufsleben oder auf dem Weg in ihre berufliche Existenz. Inzwischen ist der Prozess der Teambildung abgeschlossen und das Gefühl, von der engen Verzahnung der früher einzeln agierenden Dienste profitieren zu können, nimmt unter den MitarbeiterInnen stetig zu.

Informationsaustausch und fachliche Absicherung durch interne Fallbesprechungen sowie Supervision erweisen sich als unterstützend und hilfreich für die Arbeit.

Bis heute nutzen bzw. nutzten 716 Schwerbehinderte die Angebote des IFD München-Freising im Rahmen einer intensiven Betreuung oder einer längerfristigen fachlichen Beratung. Darüber hinaus gab es eine Reihe von „Einmalkontakten“, d.h. Kontakte mit Fragestellungen, die durch Informationsweitergabe in der Regel kurzfristig geklärt oder die an andere zuständige Stellen verwiesen werden konnten.

Berufsbegleitende Angebote umfassen, je nach individuellem Bedarf und Situation, sowohl Beratung und Unterstützung bei der beruflichen (Wieder-) Eingliederung. Darüber hinaus eruieren wir die Möglichkeiten finanzieller Zuschüsse, beraten bei der Neu- oder Umgestaltung behindertengerechter Arbeitsplätze und klären das betriebliche Umfeld hinsichtlich Art und Auswirkung der Behinderung auf. Außerdem bieten wir im Konfliktfall Mediation bzw. Krisenmanagement bei drohender Kündigung an und kontinuierliche psychosoziale Begleitung. Diese Angebote können sowohl von Arbeitgebern als auch von behinderten MitarbeiterInnen in Anspruch genommen werden.

Der Integrationsfachdienst (IFD) hilft Schwerbehinderten beim Erhalt des Arbeitsplatzes oder hilft zurück ins Berufsleben

Arbeitsuchende Schwerbehinderte werden im Rahmen des 2005 vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen installierten Projekts *„Professionelles Akquisitions- und Unterstützungsmanagement“* betreut. Schwerpunkte des Projekts sind der Auf- und Ausbau einer funktionierenden Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und den betrieblichen Integrationsteams, die Akqusition in Frage kommender Stellen und schließlich eine umfassende psychosoziale und praktische Unterstützung von arbeitslosen Schwerbehinderten bei der Arbeitssuche bzw. der Vermittlung von geeigneten Arbeitsplätzen des ersten Arbeitsmarktes. Aufträge für die Aufnahme einer solchen Vermittlungstätigkeit (im Rahmen des §113 des SGB IX) kamen bisher von Berufsgenossenschaften, der Deutschen Rentenversicherung Oberbayern, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Erding.

Problematisch gestaltet sich leider die Zusammenarbeit mit der Arbeitsagentur und den verschiedenen Arbeitsgemeinschaften (ARGEN), die die ursprünglich geplanten Zuweisungen von arbeitslosen Schwerbehinderten und Rehabilitanden bisher nicht umgesetzt haben. Einige wenige KlientInnen kamen von der ARGE Starnberg und der ARGE München über Vermittlungsgutschein.

Die Zahlen zeigen jedoch, dass auch das Akquise-Projekt gut angelaufen ist: So wurden bis Ende Dezember rund 1300 Arbeitgeber über Einstellungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten von schwer behinderten Menschen informiert. 103 Arbeitslose und Arbeit suchende Menschen konnten beraten und betreut werden. Darüber hinaus haben MitarbeiterInnen des IFD München-Freising in zahlreichen Veranstaltungen über 350 Schwerbehindertenvertreter und Personalverantwortliche zum Thema Behinderung informiert. Sie wurden mit den jeweils spezifischen Auswirkungen von Behinderungen im Arbeitsleben und den Unterstützungsmöglichkeiten von Betrieben und Betroffenen

durch den Integrationsfachdienst vertraut gemacht. Der Kontakt zur Presse wurde ausgebaut (zwei Presseartikel sind bisher erschienen), ebenso der Kontakt zu Arbeitgeberverbänden.

Zur Zeit arbeiten die MitarbeiterInnen des Akquise-Projekts insbesondere an der Vorbereitung eines neuen thematischen Schwerpunkts – der Beratung beim Übergang Schule-Beruf.
Konkret umgesetzt werden konnten zwei spezielle Projekte: Die Vermittlung arbeitsloser junger Menschen nach einer Krebserkrankung in Zusammenarbeit mit der „Koordinationsstelle psychosoziale Nachsorge für Familien mit an Krebs erkrankten Kindern“ (KONA), und eine einjährige Berufsvorbereitende Maßnahme für krebserkrankte Jugendliche vor dem Schulabschluss, mit dem Ziel der Vermittlung in einen Ausbildungsplatz im allgemeinen Arbeitsmarkt.
Hierzu hat das Akquise-Projekt einen tragfähigen Kontakt zum Berufsausbilder-Verband Bayern aufgebaut, um auch hier das Thema Behinderung – Ausbildung – Beruf präsenter zu machen, die Probleme und Möglichkeiten gemeinsam mit den Ausbildern auszuloten und dadurch eine Reihe neuer, weiterführender Kontakte zu knüpfen.

Das Jahr 2007 wird für den IFD München-Freising einschneidende Veränderungen mit sich bringen. So wird die planstellenfinanzierte Förderung durch die Integrationsämter auf eine leistungsbezogene Einzelfallfinanzierung umgestellt. Dies bedeutet zunächst einen erhöhten administrativen Aufwand. Wie und ob sich die inhaltlich-fachliche Arbeit im Bereich der berufsbegleitenden Tätigkeiten verändern wird, ist derzeit noch nicht konkret absehbar. Es steht aber zu befürchten, dass sich die Betreuungszeiten erheblich verkürzen werden.

Da zum 31.12.2006 das Projekt „Professionelles Akquisitions- und Unterstützungsmanagement“ endet und damit die Finanzierung von 3,5 Planstellen im Bereich Vermittlung von arbeitslosen Schwerbehinderten ungesichert ist, wird sich der IFD noch intensiver um den Ausbau der Beauftragungen durch Auftraggeber wie die Arbeitsagenturen, die Arbeitsgemeinschaften (ARGEN) und weitere Rehabilitationsträger bemühen.

Dieter Winklhofer, Integrationsfachdienst München-Freising

Ein-Jahr-Feier des IFD München-Freising mit Staatssekretär Jürgen W. Heike und Geschäftsführer Helmut Seifried (von links)

Statistik

Statistik für Jahresbericht

Betreute KlientInnen	*2005*		*2006*
Sozialpsychiatrische Dienste			
München-Giesing	276		260
München-Perlach	195		215
München-Pasing	248		240
Bad Reichenhall	269		284
Planegg	125		126
Ottobrunn	255		282
Gerontopsychiatrische Dienste			
München Ost	58		187
München West	286		281
Waldkraiburg	138		144
Casemanagement	60	(für 6 Monate)	75
Krisendienst Ost	392		366

Wohnen und Tagesstruktur

	2005	2006
Therapeutische Wohngemeinschaften Betreute KlientInnen (gesamt)		
Therapeutische Wohngemeinschaft Seeriederstraße	7	8
Therapeutische Wohngemeinschaft Schmädelstraße	6	7
Therapeutische Wohngemeinschaft Wappachweg	8	9
Therapeutische Wohngemeinschaft Orleansstraße	6	8
Therapeutische Wohngemeinschaft Starnberg	7	8
Betreutes Einzelwohnen (BEW)		
Betreutes Einzelwohnen Planegg	16	20
Betreutes Einzelwohnen Bad Reichenhall	30	31
Betreutes Einzelwohnen Perlach	5	13
Betreutes Einzelwohnen Giesing	16	17
Betreutes Einzelwohnen Ottobrunn	26	27

Wohnprojekte	*2005* *Betreute KlientInnen (gesamt)*	*2006*
Wohnprojekt Gravelottestraße	57	60
Betreutes Wohnen	39	39
Langzeitwohnprojekt Schwanseestraße	20	22
Langzeitwohnprojekt Plievierpark Horst-Salzmann-Zentrum	12	12
Langzeitwohnprojekt Tiroler Hof	21	20
Wohnprojekt Gravelottestraße Nachbetreuung	6	6
Tagesstätten		
Tagesstätte für psychisch Kranke Ludwig-Thoma-Straße	32	35
Tagesstätte für psychisch Kranke Anton-Winkler-Straße	45	47
Tagesstätte Starnberger Arche	17	17
Tagesstätte für psychisch Kranke Peschelanger		(seit 2006) 15
Pasinger Treff	30	34
Gesamtanzahl der betreuten KlientInnen 2005/2006	**2708**	**2915**

Geschäftsstelle

Gravelottestraße 6
81667 München

Tel. (0 89) 67 10 01
Fax (0 89) 6 25 48 93

E-Mail: geschaeftsstelle@projekteverein.de

Beratung

Sozialpsychiatrische Dienste
Integrationsfachdienste
Betreutes Einzelwohnen

München-Perlach

Peschelanger 11
81735 München

Tel. (0 89) 67 10 51
Fax (0 89) 6 78 98 45

E-Mail: spdi.perlach@projekteverein.de
ifd.perlach@projekteverein.de

München-West

Landsberger Straße 509
81241 München

Tel. (0 89) 83 70 43
Fax (0 89) 83 92 81 51

E-Mail: spdi.west@projekteverein.de
ifd.west@projekteverein.de

München-Giesing

Pilgersheimerstraße 32
81543 München

Tel. (0 89) 65 20 21
Fax (0 89) 65 01 93

E-Mail: spdi.giesing@projekteverein.de
ifd.giesing@projekteverein.de

Planegg

Bahnhofstraße 7
82152 Planegg

Tel. (0 89) 89 97 90 80
Fax (0 89) 85 90 20 73

E-Mail: spdi.planegg@projekteverein.de
ifd.planegg@projekteverein.de
bew.planegg@projekteverein.de

München-Land-Süd

Ludwig-Thoma-Straße 46
85521 Ottobrunn

Tel. (0 89) 60 50 54
Fax (0 89) 60 50 12

E-Mail: spdi.m-land-sued@projekteverein.de
bew.m-land-sued@projekteverein.de

Außenstelle Sozialpsychiatrischer Dienst Ottobrunn in Unterhaching

Münchner Straße 1
82008 Unterhaching

Tel. (0 89) 54 80 46 51
Fax. (0 89) 60 50 12

Berchtesgadener Land

Anton-Winkler-Straße 3a
83435 Bad Reichenhall

Tel. (0 86 51) 6 56 33
Fax (0 86 51) 98 43 03

E-Mail: spdi.bgl@projekteverein.de
ifd.bgl@projekteverein.de
bew.bgl@projekteverein.de

Gemeindepsychiatrischer Krisendienst München-Ost

Bereiter Anger 7
81541 München

Tel. (0 89) 18 91 23 45
Fax (0 89) 54 84 88 00

E-Mail: krisendienst.ost@projekteverein.de

Gerontopsychiatrische Dienste

Schwanseestraße 16 (Ost)
81539 München
Tel. (0 89) 6 91 48 02
Fax (0 89) 69 76 08 04
E-Mail: gpdi.ost@projekteverein.de

Gubestraße 5 (West)
80992 München
Tel. (089) 14 00 28 33
Fax (0 89) 14 00 28 34
E-Mail: gpdi.west@projekteverein.de

Riesengebirgsstraße 1-3
84478 Waldkraiburg
Tel. (0 86 38) 15 40
Fax (0 86 38) 15 92
E-Mail: gpdi.waldkraiburg@
projekteverein.de

Betreutes Wohnen

Therapeutische Wohngemeinschaften

Seerieder Straße 24
81675 München
Büro: Tel. und Fax (0 89) 4 58 32-2 10

Orleansstraße 65a
81667 München
Büro:
Tel. und Fax (0 89) 4 58 32-2 10

Schmädelstraße 33
81245 München
Tel. und Fax (0 89) 4 58 32-2 10

Oskar-Maria-Graf-Ring 22
81737 München
Büro:
Tel. (0 89) 4 58 32-2 26
Fax (0 89) 4 58 32-2 05
E-Mail: twg.oskar-maria-graf@
projekteverein.de

Gautinger Straße 34
82319 Starnberg
Tel. (0 81 51) 91 80 32
Fax (0 81 51) 27 47 32
E-Mail: twg.starnberg@projekteverein.de

Wappachweg 3
83457 Bayerisch Gmain
Tel. (0 86 51) 6 75 37
E-Mail: twg.bayerisch-gmain@
projekteverein.de

Langzeitwohnprojekte
Schwanseestraße 16
81539 München
Tel. (0 89) 6 92 80 46
Fax (0 89) 69 38 13 15
E-Mail:
lzwp.schwansee@projekteverein.de

Plievierpark 13
81737 München
Tel. (0 89) 6 37 85 22
Fax (0 89) 18 91 21 92
E-Mail:
lzwp.plievierpark@projekteverein.de

BEW und LZWP Icking

Buchenwinkel 2
82057 Icking
Tel. (0 81 71) 38 64 07
E-Mail: bew.buchenwinkel@
projekteverein.de

„Tiroler Hof“
Tiroler Straße 12
83435 Bad Reichenhall
Tel. (0 86 51) 7 16 98 52
Fax (0 86 51) 7 16 98 55
E-Mail: lzwp.tirolerhof@projekteverein.de

Wohnprojekt Gravelottestraße
Gravelottestraße 12
81667 München
Tel. (0 89) 4 58 32-2 11
Fax (0 89) 4 58 32-2 05
E-Mail: wp.gravelotte@projekteverein.de

Wohnprojekt II

Gravelottestraße 14
81667 München
Tel. (0 89) 55 05 26 74
Fax. (0 89) 54 84 46 61
E-Mail: gravelotte14@projekteverein.de

Psychiatrische Familienpflege
Büro: Gravelottestraße 8
81667 München
Tel. und Fax (0 89) 4 58 32-2 10

Tagesstruktur

Tagesstätten

Gautinger Straße 34
82319 Starnberg
Tel. (0 81 51) 27 47 31
Fax (0 81 51) 27 47 32
E-Mail: ts.starnberg@projekteverein.de

Anton-Winkler-Straße 3a
83435 Bad Reichenhall
Tel. (0 86 51) 81 38
Fax (0 86 51) 98 43 03
E-Mail: ts.bad-
reichenhall@projekteverein.de

Ludwig-Thoma-Straße 48
85521 Ottobrunn
Tel. (0 89) 60 60 18 35
Fax (0 89) 60 50 12
E-Mail: ts.ottobrunn@projekteverein.de

Lützowstraße 1
81245 München-Pasing
Tel. (0 89) 89 69 38 50
Fax (0 89) 89 69 38 49
E-Mail: ts.west@projekteverein.de

Tagesstätte Perlach
Peschelanger 11
81735 München

Tel. (0 89) 52 03 27 82
Fax (0 89) 6 78 98 45

E-Mail: ts.perlach@projekteverein.de

Betreuungsverein Münchner Bürgerinnen und Bürger
Gravelottestraße 8
81667 München

Tel. (0 89) 63 02 30-0
Fax (0 89) 63 02 30-12

Arbeit

Café Harlekin
Anton-Winkler-Straße 3a
83435 Bad Reichenhall

Tel. (0 86 51) 81 38
Fax (0 86 51) 98 43 03

Zuverdienstprojekt Bad Reichenhall
Tiroler Straße 12
83435 Bad Reichenhall

Tel. (0 86 51) 7 16 98 56
Fax (0 86 51) 7 16 98 55

E-Mail: zuverdienst.bgl@projekteverein.de

Impressum

Geschäftsführer

Horst Reiter

Prokura

Julia Sterzer

Gesellschafter

Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V.
AWO München gemeinnützige Betriebs-GmbH

Handelsregister B

Amtsgericht München Nr. 160479 vom 04.01.2006
Gemeinnützig anerkannt bei:
Finanzamt München Nr.143/237/30041

Mitgliedschaft

Korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.
Mitglied der AWO M-group

Bankkonten

Bank für Sozialwirtschaft
Kontonummer: 6852500
BLZ 700 205 00
Postbank München
Kontonummer: 165069805
BLZ 700 100 80

Adresse

gGmbH des Projektevereins
Gravelottestraße 6/IV
81667 München
Tel. (089) 67 10 01
Fax: (089) 6 25 48 93

Projekt für Jugend- und Sozialarbeit e.V.
Adresse s.o.

Vorstand:

Jürgen Salzhuber, Vorstandsvorsitzender
Dr. Helmut Waldmann
Johannes Schardt
Dr. Götz Zilker
Isolde Zinn

Kontrollrat:

Kaspar Apfelböck
Max Weber
Paul Woldt

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Horst Reiter

Redaktion

Renate Eder
Büro Text
Görresstr. 33, 80998 München,
Tel. (089) 5 23 04 70

Fotos

Stefanie Salzhuber

Gestaltung und Druck

PROJEKT PRINT Satz Druck Kopie, München