Jahresbericht 2007/2008

Der Mensch im Mittelpunkt

gemeinnützige GmbH
des Projektevereins

Titel-Gestaltung: Annika Reiter

Jahresbericht 2007/08

Der Mensch im Mittelpunkt

gemeinnützige GmbH des Projektevereins

gemeinnützige GmbH
des
Projektevereins

AWO M•group

AWO korporatives Mitglied
der Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Bayern

Inhalt

Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort 4

2. Organisation der gemeinnützigen GmbH des Projekteverein . 9

3. Personenorientierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie – Ein Ausblick 12

Beratung und Begleitung

4. Personenorientierung und Sozialpsychiatrische Dienste 18

5. Personenzentrierte Hilfen in der ambulanten Gerontopsychiatrie 34

6. Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern, IDOB – ein innovatives Projekt 38

7. Soziotherapie – Neuland in der psychiatrischen Versorgung 42

8. Psychiatrische Krisenintervention 50

Wohnen und Betreuung

9. Der Mensch im Mittelpunkt – Personenzentrierte Hilfen im Betreuten Einzelwohnen 64

10. „Wir suchen für unsere Klienten Familien und nicht für die Familien Klienten" – Der personenzentrierte Ansatz in der Familienpflege 74

11. Die Wohnprojekte Gravelotte 12 und 14 – Zur Lebenswelt-orientierung im Betreuten Wohnen 80

12. Langzeitwohnprojekt Tiroler Hof – Individuelle Hilfeplanung . 92

13. Der Betreuungsverein und seine ehrenamtlichen Helfer . . . 112

Tagesstruktur – Arbeit – Selbsthilfe

14. Möglichkeiten der individuellen Förderung von Besuchern in psychiatrischen Tagesstätten 116

15. Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen – ein Projekt im Sozialpsychiatrischen Zentrum für das Berchtesgadener Land 122

16. Selbsthilfe im Berchtesgadener Land 140

Statistik 143

Adressen 147

Impressum 153

1. Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser, „Der Mensch im Mittelpunkt" ist das Motto unseres Tätigkeitsberichts für die Jahre 2007 – 2008 der gGmbH des Projektevereins.

Seit über 35 Jahren ist dies das Leitmotiv der Arbeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den von uns getragenen Einrichtungen in den Bereichen Beratung und Begleitung, Wohnen und Betreuung, Tagesstruktur und Arbeit.

Der *Mensch im Mittelpunkt* steht bei uns für ein ganzheitliches Konzept in dem einerseits unterschiedliche Professionen aus Medizin, Sozialpädagogik und Psychologie, anderseits unterschiedliche Bereiche wie Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und komplementäre Einrichtungen intensiv zusammenarbeiten.

Das Leitmotiv *Mensch im Mittelpunkt* bedeutet auch, dass der selbst bestimmte Umgang mit der Krankheit und die Aufnahme von Beziehungen zum gesellschaftlichen Leben die besten Voraussetzungen für Behandlungserfolge bieten. Diese Sichtweise wird inzwischen von allen Disziplinen geteilt. Sie ist sowohl in medizinische Behandlungs-Leitlinien wie in Qualitätsstandards zur Betreuung eingeflossen.

Doch schauen wir uns die Realität an, erkennen wir, dass diese Erkenntnisse noch nicht mit der hierfür notwendigen Nachdrücklichkeit in die Praxis umgesetzt sind. Die psychiatrische Versorgungslandschaft ist, wie das gesamte Gesundheitssystem in Deutschland, nach wie vor geprägt durch die Trennung der Aufgaben der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte. Und wir haben eine Trennung der Kostenträgerzustän-

digkeiten des gegliederten Sozialleistungssystems.

Dies sind Rahmenbedingungen, die es oft schwer machen, den *Menschen im Mittelpunkt* zu sehen. Gerade psychisch kranke Menschen, die diese Trennungen erleben, erhalten nicht die Behandlung und Unterstützung, die für eine Gesundung notwendig wären.

Die Sozialpsychiatriebewegung müht sich nach Kräften, diese Trennungen zu überwinden und beweist darin einen langen Atem.

Zusammen mit Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichen Disziplinen und Institutionen aus dem ambulanten wie stationären Bereich verfolgen wir diesen Ansatz beharrlich weiter, weil wir von diesem Weg überzeugt sind. Die Menschen, die zu uns kommen, versuchen wir unter diesen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt zu stellen und mit unterschiedlichen Kooperationsstrukturen die Rahmenbedingungen zu verändern.

Ein Beispiel ist der Krisendienst Psychiatrie München. Hier ermöglichen wir zusammen mit anderen Trägern der Wohlfahrtspflege, dem Atriumhaus und den niedergelassenen Ärzten den psychisch kranken Menschen in der Krise eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung.

Ein weiteres Beispiel ist das Forschungsprojekt „Integrierte Demenzversorgung Oberbayern" (IDOB), das im Rahmen des Leuchtturmprojekts Demenz des Bundesgesundheitsministeriums von 2008 bis 2010 vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften in Stuttgart durchgeführt wird. Zusammen mit der Isar-Amper-Klinik und dem Inn-Salzach-Klinikum

können wir in beeindruckender Weise aufzeigen, wie eine zielgerichtete Kooperation zwischen Kliniken, ambulanter medizinischer und nichtmedizinischer Versorgung entscheidende Verbesserungen für die von einer Demenz betroffenen Menschen, deren Angehörige und nicht zuletzt für die Gesellschaft bringen. Eines ist jetzt schon klar geworden, ausschlaggebend für die Verbesserungen der Versorgung ist die Funktion der Verbundärzte und der Versorgungsgestalter. Wir hoffen sehr, dass es gelingen wird, dieses gute Beispiel einer integrierten Versorgung in eine Regelfinanzierung überführen zu können.

Dies sind zwei Projekte, die den Menschen und nicht die Institution in den Mittelpunkt stellen. In diesem Bericht können Sie weitere Beispiele aus unserer Arbeit der letzten zwei Jahre nachlesen.

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ohne ihr Engagement und ihre Beharrlichkeit würden die von uns betreuten psychisch kranken Menschen an den Rand gedrängt. Ihnen ist es zu verdanken, dass diese Menschen die Chance bekommen, im Mittelpunkt zu stehen.

Danken möchte ich auch den Politikerinnen und Politkern des Bezirks Oberbayern, der Landeshauptstadt München, der Landkreise Berchtesgadener Land, München-Land und Mühldorf. Ohne die politische Unterstützung und die Bereitstellung von Mitteln wäre es nicht möglich, die Ideen von einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung umzusetzen und die notwendigen Hilfen zu erbringen. Wir hoffen, dass auch in Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise psychisch kranke Bürgerinnen und Bür-

ger auch in Zukunft eine Chance bekommen werden.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung und der Fachdienste der Kostenträger gilt unser herzlicher Dank für ihre engagierte Unterstützung.

Unseren Kooperationspartnern gilt unser Dank für die sehr gute Zusammenarbeit. Auch wenn es nicht immer leicht ist, unterschiedliche Systeme und Kulturen zusammen zu bringen. Wir finden zusammen mit Ihnen immer wieder Wege zu unserem Ziel: den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen!

Ohne die Arbeiterwohlfahrt mit ihren Gliederungen auf Stadt-, Kreis-, Bezirks-, Landes- und Bundesebene wäre unsere Arbeit nicht denkbar. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen vielen Dank für die vielseitige Unterstützung.

Horst Reiter
Geschäftsführer

2. Organigramm Projekteverein gGmbH

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

Vorsitzender:
Jürgen Salzhuber

Geschäftsführer:
Horst Reiter

Gesellschaft der Gemeinnützigen GmbH des Projektevereins

Gesellschafter von:
Anderwerk gGmbH
IFD-München-Freising gGmbH
Beratungsdienste der AWO München gGmbH

Trägerschaft:

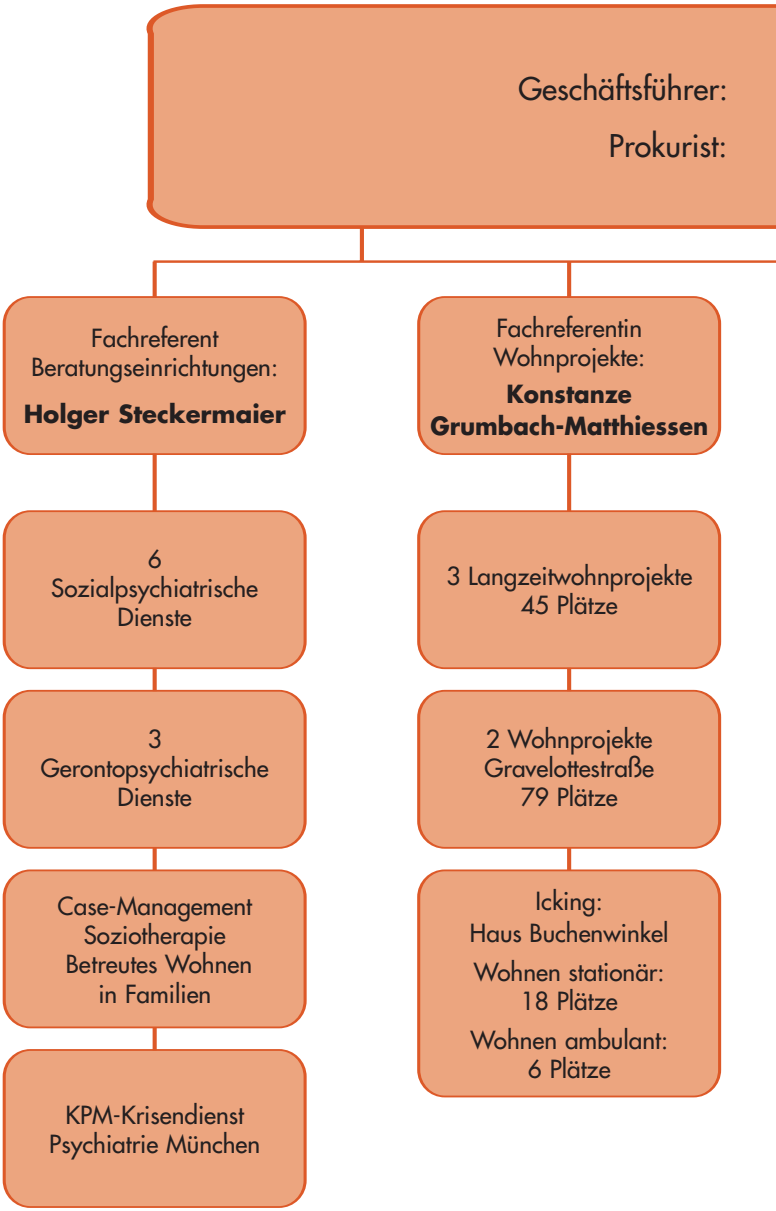
Therapeutische Wohngemeinschaft Orleansstraße

Eigentümer der Grundstücke

(teilweise Überführung in die Thomas-Wimmer-Stiftung geplant)

Mitwirkung an der **Thomas-Wimmer-Stiftung**

Organigramm – gGmbH des Projekte



vereins

Horst Reiter

Holger Steckermaier

Fachreferentin
BEW/Tagesstruktur:
Sabine Haase

5 Tagesstätten
95 Plätze

5 Therapeutische
Wohngemeinschaften
30 Betreute

Betreutes Einzelwohnen
116 Plätze

Fachreferentin
Betreuungen:
Barbara Seidle

Betreuungsverein
96 Betreute

Bereichsleitung
ambulanter Bereich
Bad Reichenhall:
Bernd Magenau

1
Sozialpsychiatrischer Dienst

1
Therapeutische
Wohngemeinschaft

25
BEW-Plätze

3. Der Mensch im Mittelpunkt

Personenorientierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie – Ein Ausblick

Der diesjährige Jahresbericht widmet sich dem Thema der „personenzentrierten Hilfen" in der psychiatrischen Versorgung. Dieser Ansatz ist den meisten Fachleuten in der Sozialpsychiatrie seit vielen Jahren ein Begriff und wird im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten auf Einrichtungsebene oder im individuellen Beratungskontakt mit den Nutzern psychiatrischer Einrichtungen umgesetzt.

Obwohl in der fachlichen Diskussion zurzeit eine Vielzahl anderer Themen diskutiert wird, hat dieser Leitgedanke jedoch nichts an seiner Aktualität verloren.

Neben einer Abkehr von dem Prinzip der Institutionen- und Rehakette mit homogenen Leistungsmodulen, denen sich der Patient anzupassen hat und einer Zuwendung hin zu den tatsächlich Bedarfen der Nutzer, bedeutet personenorientierte Unterstützung auch

- die Abkehr vom patriachalischen Fürsorgeprinzip hin zur Selbstbestimmung der Betroffenen,
- die Einschränkung des Versorgungsgedankens zugunsten einer tatsächlichen Inklusion,
- den Wechsel von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenorientierung im Behandlungsprozess,
- die konsequente Gemeindeorientierung und das grundsätzlich vorrangige Angebot ambulanter Behandlung.

Betrachtet man die aktuellen Zahlen zur seelischen Gesundheit in Deutschland und Europa, wird deutlich, dass wir, trotz der Fortschritte seit der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975, nach wie vor sehr weit von einer optimalen Versorgung psychisch Kranker entfernt sind:
Ein Viertel der Bevölkerung erleidet innerhalb eines Jahres eine psychische Störung.
Obwohl nicht belegt ist, dass psychische Erkrankungen tatsächlich steigen, ist es Fakt, dass die Arbeitsunfähigkeitstage durch seelische Störungen im Gegensatz zu anderen Erkrankungen seit Jahren kontinuierlich zunehmen. Nach wie vor bleiben, trotz eines Ausbaus psychiatrischer Leistungen, mehr als zwei Drittel der Störungen völlig unbehandelt. Auch ist festzustellen, dass vor allem bei schizophrenen Erkrankungen, mithin der größte Anteil in der Gemeindepsychiatrie, über 50 Prozent der notwendigen Kosten, im stationären Bereich entstehen.

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass Gesundheit auch seelische Gesundheit bedeutet und die grundlegenden Ziele personenorientierter psychiatrischer Hilfen mit der damit verbundenen Versorgungsqualität konsequent weiter zu verfolgen sind.

Ein bisher noch nicht genanntes, aber bedeutendes Element personenzentrierter Hilfen ist in der sektorübergreifenden, integrierten und multiprofessionellen Behandlung vor dem Hintergrund eines verbindlichen Versorgungsnetzes zu sehen. Die nach wie vor bestehende Schnittstellenproblematik im Sozialrecht und die damit verbundenen Versorgungsabbrüche führen zu der bisher bekannten Unter-, Über- oder Fehlversor-

gung psychisch erkrankter Menschen, und außerdem zu einer Diskriminierung vor allem chronisch Kranker durch die weitgehende Verschiebung der Hilfen in die Eingliederungshilfe des SGB XII.

Durch diese historisch bedingte Aufteilung der Hilfen auf unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, wurde verhindert, dass ein wesentliches Versorgungsangebot, das zu einer konsequenten personenorientierten Behandlung beiträgt, nach wie vor kaum realisiert werden konnte:
Die verbindliche Verzahnung von psychosozialen Hilfen und medizinischen Leistungen mit dem Ziel einer umfassenden, ambulanten und gemeindeorienterten Versorgung als Alternative zu nicht notwendigen Klinikaufenthalten.

Diese Versorgungsalternative ist auch vor dem Hintergrund des massiven Rückgangs der Verweildauern in psychiatrischen Kliniken und den gleichzeitig steigenden Wiederaufnahmeraten zu sehen. Trotz eines Ausbaus ambulanter Versorgungsformen ist die tatsächliche Umsetzung der Zielvorgabe *ambulant vor stationär* noch nicht in ausreichendem Maße gelungen.
Es ist nach wie vor unbefriedigend, dass es nur sehr eingeschränkt möglich ist, umfassende Hilfen d. h. eine Kombination aus medizinischen und psychosozialen Leistungen den Betroffenen in ihrer eigenen Häuslichkeit anzubieten. Dies gilt für die außerklinische Akutversorgung, im Fachterminus *Hometreatment* genannt, sowie für die dauerhafte aufsuchende multiprofessionelle Behandlung, das so genannte *„assertive outreach"*.

Ausblick

Betrachtet man die Ergebnisse der Versorgungsforschung, wird deutlich, dass vor allem die Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsformen zum „bedürfnisorientierten Hometreatment" für Menschen mit ausgeprägten psychischen Problemen im Sinne einer effektiven aber auch stringent personen- und lebensweltorientierten Behandlung ein wichtiges Etappenziel sein muss.

Die bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen erschwerten den Aufbau dieser Versorgungsform, so dass es nur wenige aber viel versprechende Ansätze in Deutschland gibt. Die aktuelle Umsetzung dieser Angebote in anderen europäischen Ländern wie etwa England oder Schweden scheinen jedoch zukunftsweisend. Studien zeigen, dass die gezielte außerstationäre Behandlung gegenüber der stationären klinischen Behandlung in vielen Fällen mindestens gleichwertig oder sogar überlegen ist. Dies bedeutet keinesfalls, dass psychiatrische Kliniken überflüssig sind, das Problem ist aktuell schlicht die mangelnde Alternative zum Klinikaufenthalt.

Durch die enge Zusammenarbeit unserer Sozialpsychiatrischen Dienste und auch des Krisendienstes mit den Institutsambulanzen und niedergelassenen Psychiatern konnten bereits einige viel versprechende Erfahrungen in dieser Richtung gesammelt werden, die aber einer konsequenten Weiterentwicklung bedürfen.

Die zukünftige Herausforderung der psychiatrischen Versorgung wird sein, eine ((kursiv)) verbindliche Vernetzung ((kursiv)) medizinischer, psychosozialer und pflegerischer Hilfen im Sinne einer integrativen, lebensweltorientierten Versorgung herzustellen. Mit dem Ziel notwendige Hilfen möglichst ambulant, gemeindenah und somit mit einem hohen Grad an Inklusion zu erbringen.

Der Projekteverein und seine Mitarbeiter werden sich zusammen mit anderen Trägern, Fachkollegen und den Kostenträgern der psychiatrischen Versorgung an dieser Diskussion beteiligen und sich dieser Herausforderung im Sinne unserer Nutzer stellen.

Holger Steckermaier
Fachreferent Beratungseinrichtungen
Prokurist

Klausurtagung des Projektevereins zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen in den Einrichtungen

4. Beratung und Begleitung

Personenorientierung und Sozialpsychiatrische Dienste

Steigende Nachfrage bei den Sozialpsychiatrischen Diensten

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind ein **Erfolgsmodell!** Diese These mag überraschen, vor allem nach den wenig erfreulichen Zeiten, die hinter uns liegen. Angesichts des Ausstiegs der Krankenkassen aus der Pauschalfinanzierung, der nach wie vor fehlenden gesetzlichen Absicherung etc. waren sie gekennzeichnet von Stellenkürzungen. Aber die Nachfrage nach den Leistungen der SpDis steigt und steigt! Im Sozialpsychiatrischen Dienst München-Giesing beispielsweise gab es im Jahr 2008 so viele Anmeldungen wie noch nie, nämlich mehr als 250! Nicht mitgerechnet sind hier all die Anfragen von Personen und Institutionen, die schon beim ersten Telefonat unmittelbar beantwortet oder weiter vermittelt werden konnten. Dieser Ansturm war von unserem kleinen SpDi-Team mit 2,25 Stellen und dem Ausfall einer Kollegin durch eine längerfristige Erkrankung nicht zu bewältigen. Auch unsere Mitarbeiterinnen aus dem Betreuten Einzelwohnen und dem Case Management konnten uns nicht entlasten, da sie selbst zu 100 % ausgelastet waren, und so mussten wir bei unseren Vermittlungsbemühungen noch kenntnis- und erfindungsreicher sein als die Jahre davor: Wo könnte der richtige Betreuungs- und Behandlungsplatz für die hilfesuchenden KlientInnen sein, wo könnten sie und ihre Angehörigen kompetente Hilfe finden, da unsere Ressourcen mehr als ausgeschöpft waren?

Auch schon die Jahre davor ergab sich eine **Steigerung der Klientenzahlen**. Mit der Beteiligung am Krisendienst Psychiatrie München kam es im Jahre 2007 zu einem sprunghaften Anstieg und zur Rekordmarke von 313 übernommenen und betreuten KlientInnen (20 % mehr als 2006), 2008 wurde mit 305 (17 % mehr) abermals die Dreihundertergrenze überschritten. In der Statistik differenziert sich diese Zahl so: 151 KlientInnen wurden neu übernommen, 27 waren nach Unterbrechung wieder gekommen, 127 wurden aus dem Vorjahr übernommen; dies entspräche zum Zeitpunkt Jahreswechsel 2007/2008 einem Betreuungsschlüssel von 1 Fachkraft auf 56 KlientInnen!

SpDi-KlientInnen – keine unbekannte Wesen

Eine Auswahl weiterer Ergebnisse unserer Jahresstatistik soll zeigen, wie der personenorientierte Ansatz in unserem Dienst umgesetzt wird, welche Bandbreite an Klientenmerkmalen und Problemlagen sich ergibt. Traditionell sind es mehr Frauen als Männer. Das ist umso bemerkenswerter, weil das Verhältnis 60:40 jedes Jahr fast gleich bleibt.
In den letzten Jahren kamen mehr Personen aus eigener Initiative zu uns (40 %), darin kann sich mehr Selbstbewusstsein und Bereitschaft, Hilfe anzunehmen auf Seiten der Klientel ausdrücken. Die „Zulieferungen" geschehen in hohem Maße durch Angehörige (18 %), andere Beratungsstellen (7,9 %) und Behörden (7,6 %), Psychiatrische Kliniken (6,6%) und Nervenärzte (6,3 %); dies zeigt auch, dass sich die SpDis in einem **zentralen Knotenpunkt** im psychiatrisch-psychosozialen Versorgungssystem befinden, dass die Kooperationswege gut ausgebaut sind und weitgehend funktionieren!

Das Altersspektrum verteilt sich auf alle Altersgruppen, mit dem Schwerpunkt auf den 40- bis 50-Jährigen.
Zweigipfelig zeigt sich die Verteilung der Kategorie Dauer der Erkrankung: Auf 10 Jahre und mehr wird die Erkrankungsdauer bei 28,7 % der Klienten geschätzt; dies ist der Anteil an schweren chronifizierten Personen und entspricht dem ursprünglichen Auftrag der SpDis, längerfristige Eingliederungshilfe für die Menschen mit psychischer Behinderung zu leisten.
Ein höherer Gipfel ergibt sich aber nun bei den Personen, die seit mehr als einem Jahr und weniger als fünf Jahren erkrankt sind, nämlich 37,6 %. Hier zeigt sich, dass den Diensten nun eine besondere fallsteuernde Funktion zukommt bei Personen, die von einer psychischen Behinderung bedroht sind, die auf der Suche nach der richtigen Behandlung und Begleitung sind und noch an ihrem professionellen wie sozialen Unterstützungsnetzwerk zu arbeiten haben. Hier umfasst das Leistungsspektrum der SpDis auch kurzfristige Stabilisierungen in Krisenphasen, notwendige Abklärungen und Weitervermittlungen.

Etwa 70 % der Klientel sind in den letzten drei Jahren in einer psychiatrischen Facharztpraxis „vorbehandelt" worden und fast ebenso viele haben in diesem Zeitraum auch einen stationäre Klinikbehandlung in Anspruch nehmen müssen. Neu ist bei der Verteilung der Diagnose-Gruppen, dass die affektiven Störungen die schizophrenen Störungen zahlenmäßig übertroffen haben. Diese Zunahme entspricht dem gesellschaftlichen Trend: Bei etwa gleich bleibender Inzidenz schizophrener Störungen steigen die depressiven Erkrankungen immer mehr an.

Fazit: Die Klientendaten zeigen, dass sich bei unserer SpDi-Klientel das ganze Spektrum an Personen und Problemlagen findet, wie sie unter unseren gesellschaftlichen Bedingungen gegeben sind. Die SpDis erfüllen von ihrem Auftrag her und in ihrem institutionellen Rahmen die Forderung nach Klientenorientierung auf ganz besondere Weise!

Institutionelle Aspekte der Klientenzentrierung

Die Pauschalfinanzierung der Dienste, die wegen der vom Träger zu erbringenden Eigenmittel auch problematisch ist, ermöglicht andererseits einen **personenbezogenen Hilfeansatz** wie bei keinem anderen psychiatrischen Leistungserbringer:

- Für die Klienten bedeutet SpDi-Hilfe einen nur **minimalen bürokratischen Aufwand**, nämlich die Angaben von Daten für die Jahresstatistik; dies ist vor allem auch für unseren Zugang zu den Personen wichtig, die (zunächst) keine Problemeinsicht und Behandlungsbereitschaft mitbringen, und ermöglicht uns kreative Lösungen bei der schwierigen Kontaktaufnahme.
- Keine unnötigen **Schwellen im Zugang** – außer einer Problemdefinition, die zum Aufgabenspektrum der SpDis passt; diese Offenheit macht es manchmal aber auch schwer, sich nicht für zuständig zu erklären! Bei der so schwierigen Ressourcensituation ist immer genau zu prüfen, gibt es nicht eine andere Institution, ein anderes Angebot, wohin weiter vermittelt werden könnte?
- **Multiprofessionelle Kompetenzen** des Teams als Grundstruktur, wobei die ärztliche Mitwirkung der Anfangsjahre an den meisten

Diensten verloren ging, bei uns aber im Sinne der Besitzstandswahrung bis zum Ausscheiden unserer beiden Halbtagskolleginnen noch vorübergehend gegeben ist. Das Einholen ärztlicher Leistungen stundenweise durch Honorarkräfte oder durch MitarbeiterInnen der Psychiatrischen Institutsambulanzen ist allerdings kein Ersatz für die unmittelbare Teamzugehörigkeit von Medizinern!

- **Variabilität des Ortes:** Ein klassisches Beratungs- oder Praxis-Setting kann wie bei keiner anderen Institution erweitert und variiert werden: Überwiegend finden die Beratungsgespräche in den Räumen des Dienstes statt, dies dient der Ressourcenschonung der MitarbeiterInnen und der Motivationsförderung der KlientInnen. Bei Bedarf gibt es aufsuchende Hilfen in den Wohnungen der KlientInnen, in (halb-)stationären Einrichtungen (zur Kontaktanbahnung oder zum Kontakthalten bei – selten notwendigen – Klinikbehandlungen) oder in anderen Institutionen und Ämtern: Nicht wenige KlientInnen würden ohne unsere Begleitung die vielfältigen bürokratischen Hürden nicht bewältigen!

- **Zeitstruktur:** Im Rahmen der üblichen werktäglichen Beratungszeiten von 9 Uhr bis manchmal 20 Uhr, zum Beispiel für Berufstätige oder Gruppenangebote, und einer Kernzeit von 10 bis 18 Uhr, sind die Termine **Verhandlungssache** und natürlich auch eine Frage der personellen Kapazitäten; Standard ist eine Beratungszeit von 45 Minuten, Erstgespräche können aber auch mal länger dauern; die Beratungsfrequenz von einmal pro Woche kann nur mehr in der An-

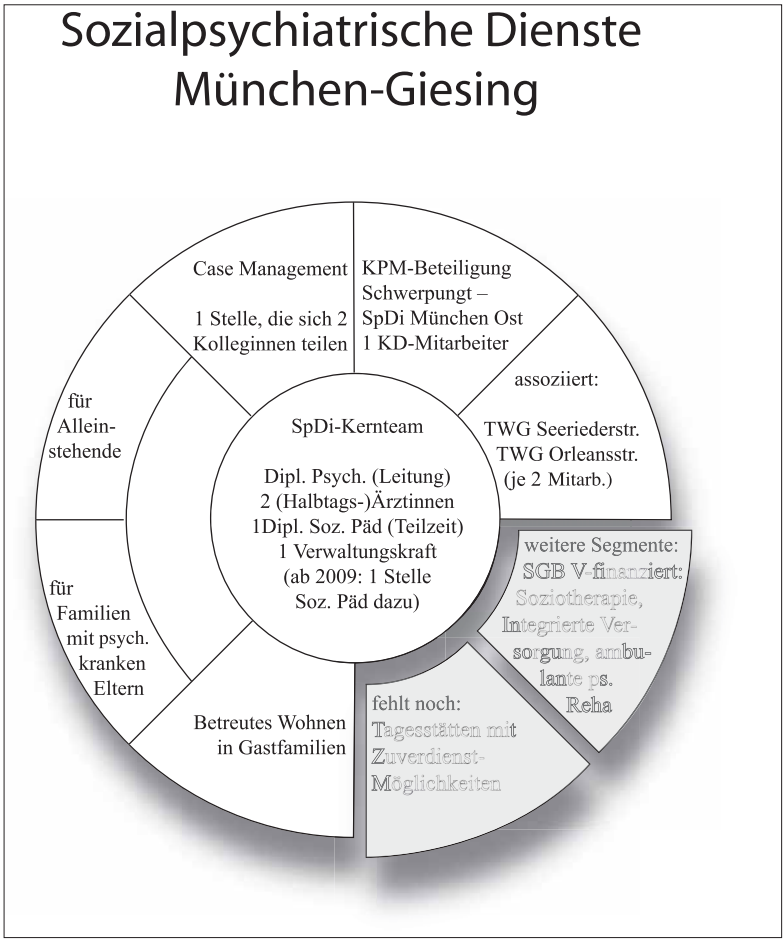
fangszeit, bis ein gutes Arbeitsbündnis etabliert ist, angeboten werden. Danach reduziert sich die Terminfrequenz auf zwei bzw. drei Wochen oder einmal im Monat. Dies kann für eine längerfristige Begleitung, zur Absicherung des Eingliederungserfolges und zur Krisenprophylaxe ausreichend sein. Bei der Stellenverknappung in den Diensten und der gleichzeitig gestiegenen Nachfrage sind wir und die KlientInnen mit dieser Kompromisslösung nicht immer zufrieden.

- **Warteliste:** In machen Diensten wurden aus Kapazitätsgründen Wartelisten eingeführt. Diese wurden auch bei uns heftig diskutiert! Mehrheitlich erscheint es uns aber problematisch, bei den Dringlichkeiten und Symptomatiken unserer Klientel, diese warten zu lassen! Auf jeden Fall ist unmittelbar nach der Anmeldung fachlich zu überprüfen, was von unserer oder anderer Seite an Leistungen zu erbringen ist, um bei drohenden Gefahren, terminlichen Notwendigkeiten und der Symptomatik der KlientInnen die richtige Antwort zeitnah geben zu können. Dass wir bei diesen eng gefassten Standards an den Rand unserer Kapazitäts- und persönlichen Grenzen gekommen sind, ist die „andere Seite der Medaille"!

- **Institutionelle Lösungen:** Da die pauschal finanzierten Stellen im SpDi-Kernteam begrenzt sind, ist die Notwendigkeit groß geworden, diese Kapazitätsdefizite auszugleichen und die Leistungsangebote auf andere Weise zu erweitern. Bei zwei Diskussionsrunden von SpDi-MitarbeiterInnen im letzten Jahr hat sich deutlich gezeigt: Das **multiprofessionelle SpDi-Modell der ersten Jahre**, wie es noch

im Zweiten Bayerischen Psychiatrieplan gefordert und beschrieben war und wie es in dem von mir herausgegebenen SpDi-Buch (von 1993) von vielen KollegInnen in den verschiedenen Facetten dargestellt wurde, gehört der Vergangenheit an! Sowohl bei dem regelmäßigen Austausch der südbayerischen SpDis wie auch auf der Tagung für SpDi-MitarbeiterInnen in Seeon hat sich gezeigt, dass sich die ursprünglich multiprofessionellen Teams mit drei, vier manchmal auch mehr MitarbeiterInnen längst zu **multiinstitutionellen Organisationen** weiterentwickelt haben, in denen meist mehr als zehn KollegInnen unter einer einheitlichen Leitung zusammenwirken. Wenn assoziierte Projekte wie Therapeutische Wohngemeinschaften und Tagesstätten mitgerechnet werden, steigt die Zahl der Team-Mitglieder auf bis 30 an! So „naturwüchsig" sich die SpDis in den Anfangsjahren, entsprechend der Notwendigkeiten der Versorgungsregionen und den Zielsetzungen und Möglichkeiten der Träger, entwickelt haben, so vielfältig und unterschiedlich ist das Bild, das die SpDis nun in den bayerischen Städten und auf dem Land abgeben. Deshalb möchten wir uns hier auf die Entwicklung am SpDi München-Giesing beschränken und Möglichkeiten wie Risiken dabei zeigen.

Die aktuelle – und mittelfristig angestrebte – Situation an unserem Dienst ist in der folgenden **Grafik** dargestellt:



Um das multiprofessionelle Kernteam aus MitarbeiterInnen der Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin plus Verwaltungskraft haben sich weitere Angebote etabliert:

- Seit einigen Jahren wird **Betreutes Einzelwohnen** für psychisch behinderte Menschen angeboten. Von unserem Dienst wurde seinerzeit das Projekt BEW mit psychisch erkrankten Eltern/Alleinerziehenden als erstes in München ins Leben gerufen und hat sich auch durch die personelle Ausstattung mit Diplompsychologinnen ebenso bewährt, wie das Projekt BEW für allein stehende Personen.
- Über das Modellprojekt Gemeindepsychiatrischer Verbund, an dem wir beteiligt waren, kam es zur Möglichkeit des Aufbaus von **Case Management-Stellen**, mit dem speziellen Schwerpunkt Nachsorge bei Klinikentlassung.

Diese beiden Angebote führen in besonders intensiver Weise fort, was früher SpDi-Aufgaben waren und was bei zunehmender Nachfrage immer weniger möglich geworden ist: Sozialpsychiatrische Behandlung und Begleitung als langfristige Absicherung der sozialen Teilhabe, Krisen- und Krankheitsprophylaxe und psychischen Weiterentwicklung. Beim Case Management liegt der Schwerpunkt auf Kliniknachsorge für einen begrenzten Zeitraum mit all den Anforderungen an den Neuaufbau einer gesicherten Existenz und eines sozialen Umfeldes, was durch die Erkrankung und längere Klinikbehandlung verloren ging.

In den letzten Jahren ergaben sich institutionelle Erweiterungen durch

- unsere Beteiligung als Schwerpunktdienst des Sektors Ost am Krisendienst Psychiatrie München
- die Beantragung von Stellen für Betreutes Wohnen in Gastfamilien durch unsere Träger-gGmbH; auch hier ist die Eingliederung ins An-

gebotsspektrum des SpDis und die persönliche Kooperation für die in unserem Sektor tätige Kollegin sehr wichtig.

– die Angliederung der Therapeutischen Wohngemeinschaften, die lange Zeit sehr eigenständig ihre Aufgaben wahrgenommen haben. Damit ergeben sich für diese Einrichtung neue Formen der Kooperation und der Bewohner-Akquise.

In dieser komplexeren institutionellen Struktur kommt dem SpDi-Kernteam eine besondere fachliche Rolle der KlientInnenaufnahme und -weitervermittlung innerhalb wie außerhalb des SpDi-Kontextes zu! In Anlehnung an englische Begrifflichkeiten könnte man hier auch von einer gemischten Care- und Case-Management-Funktion sprechen: Über längere Zeiträume verfolgen die SpDi-MitarbeiterInnen die Entwicklung der betroffenen Menschen durch die verschiedenen institutionellen Angebote, helfen neue Wege zu erschließen, sichern den Eingliederungserfolg ab, ohne immer selbst die zentrale Bezugsperson sein zu müssen.

Personenorientierung an den Sozialpsychiatrischen Diensten

Personenorientierung ist für uns sowohl die individuelle, fachliche Kompetenz als auch institutionelle Gliederung und Spezifizierung. Das ursprüngliche Credo der SpDis lautete – stark vereinfacht: Jede(r) MitarbeiterIn handelt gleich, ganzheitlich und professionsübergreifend als zentrale Bezugsperson für die KlientInnen.

Andererseits bestand schon immer und besteht nach wie vor eine interne Differenzierung im SpDi-Kernteam entsprechend der Bedarfslücken

im Versorgungssystem und der personalen Kompetenzen und Ausbildungen der einzelnen MitarbeiterInnen.

An unserem Dienst sind dies beispielsweise:

- Eine Kollegin mit eigenem Migrationshintergrund und damit persönlichen Kenntnissen von Wegen und Hindernissen der Integration leistet besondere Beiträge bei der konkreten Versorgung psychisch kranker MigrantInnen, bei der Förderung von Gremien und Einrichtungen für diesen Personenkreis und bei der Sensibilisierung für ein adäquates Problembewusstsein und seine fachliche Weiterentwicklung in Fachwelt und Stadtgesellschaft; ein – erwünschter – Nebeneffekt dabei war und ist die Schulung von transkulturellen psychiatrischen Kompetenzen in unserem Team.
- Eine andere Kollegin verfolgt den Schwerpunkt (unversorgter) psychisch kranker, wohnungsloser Menschen, als kollegiale Supervision und Kooperation mit unseren „Schwestereinrichtungen" in der Gravelottestraße und in den vielen städtischen und freigemeinnützigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in unserem Versorgungsbereich.
- Ein Kollege verfolgt mit den Ideen des „Trialogs", die in diesem Jahr 20 Jahre „Erfolgsstory" von Hamburg ausgehend feiern, die Entwicklung von Psychose-Seminaren, Familien- und Angehörigenberatung, Angehörigengruppen, von fachpolitischen Gremien und verbesserter Kooperation mit den Verbänden der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, um die Ideen einer offenen, demokratischen und dialogischen, Psychiatrie, die die Bedürfnisse von betroffenen Men-

schen und ihrem sozialen Umfeld ernst und zum Ausgangspunkt der fachlichen Anstrengungen nimmt.

Die institutionelle Weiterentwicklung der Dienste fordert und fördert nun noch mehr Spezialisierung der MitarbeiterInnen und der verschiedenen Angebote. Peter Kruckenberg formulierte es so: „Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, dass einem akut oder chronisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete Behandlung und Betreuung gewährt wird." Hier wird die Forderung erhoben, dass unterschiedliche Institutionen und Angebote ihre Hilfen so aufeinander abstimmen, dass von einem „System" und von „systematischem Handeln" gesprochen werden kann. Wie dies zwischen so grundverschiedenen Institutionen wie Arzt- oder Psychotherapiepraxis, Großklinik, Wohneinrichtung, Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe mit ihren jeweiligen Systemlogiken möglich sein kann, ist die entscheidende, spannende Frage, der hier aber nicht näher nachgegangen werden kann. Kooperationserfahrungen haben bei uns immer wieder extreme Wechselbäder von Gefühlen ausgelöst: Hoffnung, Frust, Unverständnis, Wut, Sprachlosigkeit, zähes Ringen etc.

Hier geht es uns um die Versuche der Systembildung auf einer kleineren, institutionellen Ebene: Wie gelingt es uns in unserem sozialpsychiatrischen SpDi-System, die richtigen Antworten auf die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen und Besonderheiten ihrer Lebenswelten zu fin-

den? Wie gestalten wir unsere „Eingangstür" zu unseren Dienstleistungen? Wie werden Erstgespräche durchgeführt, welche Informationen brauchen wir, um die richtige Zuordnung zu unseren Angeboten und MitarbeiterInnen treffen zu können? Vor etwa zehn Jahren waren wir an einem groß angelegten Qualitätsmanagementprozess beteiligt und haben solch zentrale Fragen für das SpDi-Team beantwortet. Aber die gewandelte SpDi-Struktur verlangt nach neuen Fragen und Antworten. Eine Erkenntnis wird dabei gleich bleiben: Über Bedürfnis- oder Personenorientierung lässt sich nicht abstrakt verhandeln, auch die beste schematisierte Zielplanung wird die Besonderheiten des einzelnen „Falles" nicht wiedergeben können! Personenorientierung heißt in unserem Sinne, sich auf das Wagnis einer Begegnung und Rollenbeziehung einzulassen, sich auf einen gemeinsamen Entwicklungsprozess einzulassen, dessen Ende nicht vorhersehbar und nur in Grenzen beschreibbar ist. Ein Entwicklungsprozess, der voller Probleme und Widersprüche ist und der ein zentrales Merkmal trägt: das der offenen Kommunikation, des Verhandelns statt Behandelns, der Bedürfnis- und Problemorientierung statt vorgefertigter Lösungen und Methoden! Und das macht unsere Arbeit so spannend – und manchmal auch so schwierig und anstrengend! Es geht um eine lebendige Begegnung mit Menschen, die belastend, „verrückt", unangepasst, eigenwillig sind! Dem angestrebten offenen Austausch kommen die anonymisierenden, niedrigschwelligen, unbürokratischen Rahmenbedingungen der SpDis zugute. Ein Qualitätsmerkmal unserer Arbeit zeigt sich über die eingangs beschriebene gestiegene Nachfrage. Noch mehr als all die Neuanmeldungen überzeugt jedoch

die immer wieder frappierende Zahl von Wiederanmeldungen. KlientInnen erinnern sich an die Hilfen, die sie vor Jahren in Anspruch genommen, und an die Besonderheiten der Gespräche. Und es ergeben sich immer wieder Rückmeldungen wie kürzlich, als ich über die zentrale Telefonvermittlung der Landeshauptstadt München in eines der Sozialbürgerhäuser verbunden werden wollte. Ob denn diese eine Kollegin noch bei uns wäre, fragte die städtische Mitarbeiterin in der Telefonzentrale. Sie sei vor Jahren zur Beratung hier gewesen und erinnerte sich noch an den Namen unserer Mitarbeiterin und daran, wie gut es ihr das damals getan habe und wie die Gespräche ihr weitergeholfen hätten!

Schlussbemerkung

Die Pauschalfinanzierung der SpDi stellt eine niedrigschwellige, offene Struktur zur Verfügung, die es den Diensten mehr als anderen Angeboten ermöglicht, die Bedürfnisse und Problemlagen der KlientInnen zu berücksichtigen und mit diesen einen persönlichen Weg der Wiedereingliederung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gestalten. Die kleinen SpDi-Kernteams können dies aber nur für einen Teil der nachfragenden Klientel selbst über längere Zeit leisten. Deshalb werden **Case- und Care-Managementfunktionen** und Weitervermittlungen zunehmend ins Zentrum unserer Arbeit rücken; die Übernahme dieser zentralen Position in dem vielfältigen und z. T. auch schwer durchschaubaren Versorgungsnetzwerk Psychiatrie ist gegenwärtig die besondere Herausforderung, der wir uns stellen müssen. Die Herausforderung intern ist, die strukturelle und fachliche Weiterentwicklung unseres Gesamt-SpDi-Sys-

tems: Die Einpassung der einzelnen „Kuchenstücke“ und Angebote zu einem wirksamen Ganzen mit all den Chancen auf Synergie-Effekte. Dazu zählen auch Fragen der Verteilung von Aufgaben und der Abfederung von Überlastungsituationen, der Förderung von „corporate identity“ und Teambildung bei einer gewachsenen MitarbeiterInnenzahl u.a.m. Die zahlenmäßig gewachsenen Teams sind verständlicher Weise an ihre Grenzen der Selbststeuerung gekommen, so dass die seit gut einem Jahr vollzogenen Schritte zur Einführung von Leitungspositionen unumgänglich waren.

Da jeder SpDi ein etwas anderes Leistungsspektrum aufweist, unterscheiden wir uns auch beträchtlich im Hinblick auf den jeweiligen „Ausbaustatus“; es ist daher auch sehr verschieden, welche weiteren Angebote noch aufzubauen sind, welche „Teile im Ring“ um das SpDi-Kernteam noch fehlen. In Giesing ermangelt es uns insbesondere an einer

Ausflug Freizeitgruppe

niedrigschwelligen **Tagesstätte** mit Zuverdienstmöglichkeiten für unsere und weitere KlientInnen. Wir haben bereits ein vielfältiges Gruppenangebot, aber es fehlen die entsprechenden Räume und ein ausgearbeitetes Gesamtkonzept. Wie die Finanzierungsmöglichkeiten durch den Bezirk im Moment aussehen, ist wiederum ein anderes Thema. Auch wenn der Ausstieg der Krankenkassen an der SpDi-Mitfinanzierung eine problematische Erfahrung darstellt, so sollten wir uns dennoch immer wieder bemühen, **Leistungsangebote auf der Basis des SGB-V** zu entwickeln. Denn was wir alltäglich an sozial- und psychotherapeutischer Arbeit im rehabilitativen Sinne leisten, müsste letzten Endes auch dazu führen, dass ein Teil unserer Personal- und Sachkosten über die Krankenkassen abgedeckt wird. Stichworte wären hier ambulante psychiatrische Rehabilitation und Integrierte Versorgung.

Dr. Heinrich Berger, Sozialpsychiatrischer Dienst München-Giesing
unter Mitarbeit von Mathanja Brix, Susanne Hummel, Susanne Karrer, Sarah Kopp und Andrea Simeth

Personenzentrierte Hilfen in der ambulanten Gerontopsychiatrie

In der täglichen Arbeit mit psychisch veränderten SeniorInnen ab 60 Jahren sind, trotz übereinstimmender Krankheitsbilder, in der Einzelfallhilfe zum Teil sehr unterschiedliche Vorgehensweisen nötig, um die Belastungen zu reduzieren und neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Depressionen, Angststörungen, wahnhafte Veränderungen und demenzielle Erkrankungen werden bei jedem Menschen anders erlebt/erlitten und haben in der Regel biographische Hintergründe. Das soziale Umfeld ist mit einzubeziehen, was oft einen hohen zeitlich bzw. organisatorischen Aufwand erfordert, im Sinne einer *vernetzten Kooperation* aller Beteiligten – der Professionellen und Nichtprofessionellen.

Die ambulanten Dienste (SpDi und GpDi) haben stets intensive Einzelfallhilfe im Sinne des *Case-Managements* geleistet. Wir stellen im GpDi jedoch seit einigen Jahren eine Zunahme komplexer Aufgaben fest, die mit den zahlreichen gesetzlichen Veränderungen der letzten Jahre zusammenhängen. Die Zahl von Betreuten mit intensivem, umfassenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf hat deutlich zugenommen und diese Entwicklung wird analog zur demographischen Entwicklung innerhalb unserer Gesellschaft anhalten. Das bedeutet, dass wir in den nächsten 20 Jahren einerseits mit einer enormen Zunahme psychisch kranker Älterer zu rechnen haben, gleichzeitig jedoch finanzielle Ressourcen nicht so erweitert werden können, wie dies im Sinne professioneller Netzwerkentwicklung nötig wäre.

In der *ambulanten Arbeit* sind grundsätzlich drei Aufgabenfelder zu unterscheiden:

1. Die aktuelle Notlage (mit ihrer langen Vorgeschichte)
2. Die Entwicklung von Perspektiven
3. Die positive Bewältigung des gelebten Lebens.

In diesem Zusammenhang kommt dem *„Empowerment-Ansatz"* eine zentrale Bedeutung zu.
Die „Ermächtigung", das eigene Leben aktiv zu gestalten, das heißt die positive Lebensbewältigung wiederherzustellen – mit regelmäßiger Unterstützung von „außen", solange dies nötig ist.

Die seit 1990 im GPDi-Ost gemachten Erfahrungen mit Menschen ab 60, haben diesen ressourcenorientierten Arbeitsansatz eindrücklich bestätigt! Mobilisierung verschütteter, scheinbar verloren gegangener „Reserven" ist bis in das hohe Alter möglich, ebenso wie *Sinnfindung!* So heißt eine unserer Gruppen „Depressions- und Sinnfindungsgruppe".

Die Hilfen für das *„Betreute Einzelwohnen" (BEW)* sind in den §§ 53/54 SGB XII in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen des SGB IX und des § 17 SGB IX genauer beschrieben und finden bei den neu geschaffenen Stellen an den ambulanten Diensten Anwendung. Psychosozialer Bedarf kann zumindest partiell abgedeckt werden.
Das *Case-Management* war immer schon fester Bestandteil jeder ambulanten Hilfe und nimmt unserer Einschätzung nach an Bedeutung zu, da der Organisations- und Kooperationsbedarf in den letzten Jahren auch

Masken

und gerade bei älteren MitbürgerInnen enorm gestiegen ist.
Allen derartigen Hilfeformen ist der *personenzentrierte Ansatz* gemeinsam: Individuell ausgerichtete, auf die Person und ihre jeweilige Lebenssituation „zugeschnittene" Einzelfallhilfe wird dadurch ermöglicht, auch wenn diese Angebote als in Entwicklung begriffene zu sehen sind.

Die *„Lebenswelten"* unserer älteren KlientInnen weisen zwar innerhalb der jeweiligen Generation zahlreiche Gemeinsamkeiten auf, unterscheiden sich jedoch durch die individuelle Biographie: Alter und Altern ist ein soziales, historisches, persönliches und ökonomisches Schicksal! Ambulante Beratung/Hilfe hat darauf Rücksicht zu nehmen, um pauschalisierendes Vorgehen zu vermeiden. „Den" alten Menschen gibt es nicht! Ebenso wenig können 60-Jährige mit 90-Jährigen gleichgesetzt werden.

Hinsichtlich unserer Klientel befinden wir uns meiner Einschätzung nach in einer „Umbruchphase“: In wenigen Jahren werden Krieg, Flucht und Vertreibung nur noch Geschichte sein oder in den Erinnerungen von Menschen, die damals Kinder waren, weiterleben. „Neue“ SeniorInnen-Jahrgänge wachsen heran, die andere Sozialisationen erlebt haben und entsprechend selbstbewusst auftreten. Das stellt an ambulante (und natürlich auch stationäre!) Hilfsangebote, vermutlich an die gesamte Wohlfahrtspflege, neuartige Herausforderungen!

Individuell ausgerichtete Einzelfallhilfe wird daher umso nötiger werden. Und es werden weitergehende interdisziplinäre Kooperationsstrukturen entstehen müssen. Dies stellt den ambulanten Sektor, der die große Mehrheit der Betroffenen betreut, vor enorme Aufgaben in einer finanz– und sozialpolitisch sehr schwierigen Zeit. – *Aber es ist zu schaffen!*

Diego Feßmann, GPDi–Ost

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern

Personenzentrierte Versorgungs- und Behandlungsplanung für demenziell erkrankte Menschen

Zurzeit leben in Deutschland etwa 1,1 Millionen Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl voraussichtlich um mehr als die Hälfte erhöhen. Auf diesen Zuwachs von Menschen mit dementieller Erkrankung sind bisher weder die Gesellschaft noch die Einrichtungen des Gesundheit- und Sozialwesen vorbereitet. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung das **„Leuchtturm Projekt Demenz"** ins Leben gerufen, das eine bessere medizinische, pflegerische und sozialpsychiatrische Versorgung sichern soll. Ziel ist es, vorhandene Angebote für die Betroffenen weiterzuentwickeln, Defizite bei der Umsetzung einer optimalen Versorgung zu beseitigen und die daran Beteiligten zu unterstützen.

Für das „Leuchtturm Projekt Demenz" haben sich 106 Projekte beworben und ihre Förderanträge beim Bundesministerium für Gesundheit eingereicht, 29 davon wurden ausgewählt. Zu diesen ausgewählten Förderanträgen gehört auch die **IDOB, „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern"**. Die **IDOB** ist ein gemeinsames Projekt der gGmbH des Projektevereins, des Inn-Salzach-Klinikums Freilassing, des Isar-Amper-Klinikums München Ost und des IfaS Instituts Stuttgart.

Die „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern" versteht sich als ein Versorgungskonzept im Sinne von Community Care, das also „Wohnortnähe" und „Niederschwelligkeit" in sich vereint. Beide sind wichtige

Indikatoren für die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär", und einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der vertrauten Umgebung. Dabei werden unterschiedliche Versorgungsformen, wie Prävention, Therapie, Selbsthilfe und Angehörigenarbeit einbezogen. Die Umsetzung dieser Formen erfolgt anhand zweier Ansatzpunkte: Das „Off-Home-Treatment" richtet sich an Menschen, die trotz ihrer Erkrankung mobil sind und Angebote außerhalb ihres Wohnraumes wahrnehmen können. Der „Home-Care"-Ansatz ist konzipiert für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, deren gesundheitliche Verfassung eine Inanspruchnahme der Versorgungsangebote zu Hause erforderlich macht.

Modellregionen in Oberbayern

Die Implementierung von IDOB erfolgt durch einen integrierten Versorgungsverbund in zwei unterschiedlichen Modellregionen in Oberbayern, nämlich das Stadtgebiet „München-Ost" und der Landkreis „Berchtesgadener Land". Diese Standorte eignen sich deshalb ideal als Projektgebiete, weil ebendort der demografische Wandel in der Gesellschaft besonders deutlich wird. Im Gebiet München-Ost leben zurzeit 345.077 Einwohner, 23,3 % davon sind heute bereits über 60 Jahre alt. In bestimmten Stadtteilen dieser Modellregion lebt zudem ein überdurchschnittlich hoher Anteil von älteren Menschen mit Sozialhilfebezug oder Grundsicherung, sowie Menschen, die keinerlei familiäre Bindungen haben. In diesen Fällen wird eine vernetzte Versorgung entscheidend sein für die Lebensqualität von an Demenz erkrankten Menschen. In der Modellregion „Berchtesgadener Land" leben etwa 100.000

Menschen. Der Anteil der über Sechzigjährigen liegt hier bei 26,6 %, somit leben in dieser Region sieben Prozent mehr ältere Menschen als im bundesweiten Durchschnitt. In diesem Landkreis gibt es eine weitere Besonderheit: Über einhundert Mitbürgerinnen und Mitbürgern, haben das einhundertste Lebensjahr bereits überschritten. Das Berchtesgadener Land ist außerdem stark vom Zuzug geprägt, gewachsene soziale Strukturen sind kaum vorhanden, Angehörige, Bekannte, Freunde fehlen häufig.

Kernthema von IDOB

Zentrale Elemente des Projekts sind die individuell abgestimmte medizinische, psychiatrische und sozialpflegerische Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen im vertrauten, häuslichen oder gemeindenahen Umfeld durch einen Integrierten Versorgungsverbund. Die spezifischen Ressourcen und Bedürfnisse der Erkrankten stehen im Mittelpunkt einer personenzentrierten Behandlungsplanung. Außerdem wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit von niedergelassenen Fachärzten, Hausärzten, Kliniken, Therapeuten, Beratungsstellen, ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der Altenhilfe gefördert.

Dreh- und Angelpunkt des Projekts: das Verbundmanagement

Wie alle anderen Menschen sollen auch demenziell Erkrankte die Möglichkeit haben, an der Gesellschaft teilzuhaben, um möglichst selbst bestimmt leben zu können. Um eine verbesserte und systematische Nutzung aller bereits etablierten Angebote für die Versorgung von

Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu gewährleisten, sind für die IDOB in München-Ost und Berchtesgadener Land Verbundmanager tätig. Deren hauptsächliche Aufgabe ist es, in enger Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, eine personenzentrierte, ambulante Versorgungs- und Behandlungsplanung für die Erkrankten zu erstellen.

Leistungsspektrum von IDOB

Folgende Angebote können durch das Leuchtturm Demenz Projekt „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern" ab den 01.10.2008 von den Betroffenen in Anspruch genommen werden. Abklärung des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs, Differentialdiagnostik, Aufnahme in den Versorgungsverbund (Netzwerk aus Hilfsanbietern), individuelle Hilfeplanung, Vermittlung und Koordination entlastender Hilfsangebote, Begleitung durch den Verbundmanager, Beratung, Hausbesuche, Angehörigenberatung, fachärztliche Beratung und Behandlung.

Johannes Winkelmair,
IDOB München

Johannes Winkelmair (Case Manager bei IDOB) bei der Fachtagung zur Demenzversorgung

Soziotherapie – Neuland in der psychiatrischen Versorgung

Seit 2001 zählt die Soziotherapie zu den ambulanten Kassenleistungen. Auf Grund der Vorgaben des Gesetzgebers wurde sie in die beitragsfinanzierte ambulante Versorgung von psychisch Kranken aufgenommen. Grundlage dafür war Paragraph 37 a SGB V. Danach soll es Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung ermöglicht werden, mit Hilfe der Soziotherapie die ihnen verordneten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.
Soziotherapie ist also eine ärztlich verordnete Unterstützung und Handlungsanleitung zur Inanspruchnahme des psychiatrischen Hilfesystems. Allerdings ist sie auf einige wenige Diagnosen, das heißt schwere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder schwere affektive Störungen, beschränkt.

Die Soziotherapie soll Krankenhausaufenthalte, und vor allem häufige Wiederaufnahmen, vermeiden helfen. Der Soziotherapeut motiviert den Patienten, sich behandeln zu lassen und koordiniert die verordneten Therapieleistungen. Das klingt gut! Dennoch ist die Entwicklung der Soziotherapie keine Erfolgsstory. Nach wie vor wird sie nur sehr zögerlich in Anspruch genommen. In der Praxis erlebe ich häufig die starke Zurückhaltung der Fachkollegen und der zuständigen Psychiater. Manche fragen dann sogar: *„Soziotherapie? Ja, das hab ich schon mal gehört. Aber was genau ist das?"* Oder: *„Soziotherapie, nein das ist nicht nötig, die Versorgung durch den SpDi reicht doch aus!"*

Häufig werden mit diesen Argumenten die Versuche, eine soziotherapeutische Versorgung zu installieren, ausgebremst. Zusätzlich behindern hohe bürokratische Hürden und das unverhältnismäßig niedrige Entgelt eine weitere Verbreitung der Soziotherapie. Dabei gibt es meines Erachtens gute Gründe für den Einsatz von Soziotherapie:

1. Die Krankenkassen sollen wieder ins Boot der Finanzierung der ambulant-komplementären Versorgung von psychisch Kranken geholt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass nichtärztliche ambulant-psychiatrische Leistungen ausschließlich über die Eingliederungshilfe nach SGB XII finanziert werden und somit häufig nur nach eingehender Einkommens- und Vermögensprüfung gewährt werden können oder bei Überschreiten der Einkommensgrenzen vom Patienten selbst zu zahlen sind. Durch die Verordnung von Soziotherapie erfahren psychiatrische Patienten eine Art Gleichstellung mit den somatisch Kranken bei der Inanspruchnahme von ambulanten nichtärztlichen Leistungen.

2. Durch die Soziotherapie kommt eine neue, sehr effektive Form der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Praxen zustande. So wird die nichtärztliche ambulante Versorgung ein integraler Bestandteil der ärztlich verordneten Leistungen, mit einem genau definierten Ziel: Regelmäßige Zielkontrollen und einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan. Durch diese intensive Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und der soziotherapeutischen Fachkraft kann das Erreichen von Teilzielen überprüft und die Arbeit auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit hin kontrolliert werden.

3. Soziotherapie ist eine Hilfeart, die sehr individuell auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten wird. Sie findet im sozialen Umfeld statt und hat somit Bezug zur Lebenswelt des Klienten und kann im Behandlungsverlauf qualitativ und quantitativ angepasst werden. Hilfeplanung, Zielorientierung und enge Kooperation mit den anderen Leistungserbringern, die Koordination aller verordneten Behandlungsmaßnahmen und weiteren Hilfeleistungen ist Pflicht und ein wesentlicher Bestandteil der Hilfeleistung. Aus diesem Grund kann sich Soziotherapie auch mit den personenzentrierten Leistungen vergleichen lassen und folgt damit dem zur Zeit stattfindenden Wechsel von der institutions- zur personenorientierten Hilfe.

Ich will die soziotherapeutische Arbeit anhand einiger Beispiele aus der Praxis schildern:

Chaos wird zur Ordnung

Fallbeispiele

Soziotherapie als Hilfe im sozialen Umfeld

Herr P. ist etwa 50 Jahre alt und schwer depressiv. Er hat unklare körperliche Schmerzzustände und leidet an einer Autoimmunerkrankung. Herr P. kann das Haus nur sehr selten und unter großen Schmerzen verlassen. Sein einziger Kontakt zur Außenwelt sind diverse Chat-Foren im Internet. Seine Stimmung ist geprägt von Resignation und Hoffnungslosigkeit. Aktiv wird Herr P. nur, wenn es gilt, neue Ärzte zu konsultieren, um sich von ihnen die körperlichen Schmerzen diagnostizieren zu lassen. Aber Erleichterung oder gar Heilung bringen diese nicht.

Ziel der Soziotherapie ist die Behandlung auf einige wenige Ärzte zu fokussieren und die eigenen Ressourcen zu mobilisieren. Ein wichtiges Teilziel war und ist der erfolgreiche Medikamentenentzug – Herr P. nimmt seit vielen Jahren ein Benzodiazepin.

Die Soziotherapie findet nur in Form von Hausbesuchen statt. Das heißt einmal in der Woche komme ich zum ihm nach Hause und bleibe je nach Befinden des Klienten zwanzig Minuten bis zu einer Stunde. Arztbesuche sind für Herrn P. teilweise nur in Begleitung möglich. Ich konnte Herr P. zu einem stationären Entzug motivieren und versuche derzeit, das erreichte Ziel zu stabilisieren. Das Entwickeln alternativer Selbstheilungsstrategien wird das nächste Teilziel sein.

Soziotherapie soll Compliance sichern

Herr M. ist 51 Jahre alt. Seine Diagnose: Bipolare Erkrankung, vorwiegend depressiv, Verdacht auf Persönlichkeitsstörung. Herr M. ist meist depressiv gestimmt, der Alltag fällt ihm sehr schwer, vor allem die Anforderungen am Arbeitsplatz stellen eine permanente Überforderung dar. Die Trennung von seiner Partnerin und der Umzug in eine neue Wohnung haben Herrn M. an den Rand eines neuen Zusammenbruchs gebracht. In der Vergangenheit war ein Hauptgrund für die häufigen Wiederaufnahmen in eine psychiatrische Klinik die stets mangelhafte Compliance.

Der Auftrag an die Soziotherapie lautet, die psychiatrische Sprechstunde und die Medikamenteneinnahme zu sichern. Herr M. kommt mindestens einmal pro Woche zur Beratung. Zwischendurch erfolgen Telefonate und ich mache bei Bedarf Hausbesuche. Ich arbeite eng mit dem behandelnden Arzt zusammen. Bei Bedarf überprüfe ich, ob Herr M. den Termin beim Arzt wahrgenommen hat. Außerdem helfe ich ihm, die Medikamente vorzusortieren und sorge dafür, dass die Medikamentenvorräte rechtzeitig aufgefüllt werden.

Der Soziotherapeut arbeitet mit dem sozialen Umfeld zusammen und koordiniert die komplementären Dienste

Herr O. ist 20 Jahre alt. Wegen einer suizidalen Krise und depressive Symptomatik hat er einen stationären Aufenthalt im Klinikum München Ost (KMO) hinter sich. Er neigt zu Rückzug und mangelhafter Compliance, daneben hat er eine leichte Intelligenzminderung.

Herr O. lebt seit ungefähr zwei Jahren in einer Wohngemeinschaft der ambulanten Jugendhilfe und arbeitet in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WFBM). Bis Mitte 2009 muss Herr O. das System der Jugendhilfe verlassen und eine eigene Wohnmöglichkeit und eine ambulant psychiatrische Behandlung sichergestellt haben.

Die Aufgabe im Rahmen der Soziotherapie wird sein, den Wechsel von der Jugendhilfe zum psychiatrischen Hilfssystem für Erwachsene zu begleiten und zu unterstützen. Dazu sind folgende Voraussetzung zu schaffen: Die Errichtung einer Betreuung, der Umzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft für junge Erwachsene bzw. betreutes Einzelwohnen und die Sicherung des Arbeitsplatzes.

Herr O. hat wenig Krankheitseinsicht, wobei jugendlicher Leichtsinn bzw. eine Reifungskrise, Intelligenzminderung und eine pathologische Entwicklung schwer voneinander abzugrenzen sind. Er ist mal mehr, mal weniger bindungsfähig und handelt oft sehr impulsiv. Die Bereitschaft, Medikamente einzunehmen ist gering. In kritischen Situationen neigt Herr O. zum Rückzug anstatt sich Hilfe zu holen.
Ein intensiver Kontakt zu den Mitarbeitern der Jugendhilfe ist unabdingbar, da der Erfolg der therapeutischen Arbeit sich nur durch enge Ab- und Rücksprachen absichern lässt. Hier weicht die Arbeit mit Herrn O. erheblich von der Arbeit mit anderen Klienten ab, da O. sich noch im Stadium der Jugendlichkeit befindet. Das bedeutet aber auch, dass nicht nur Herr O. Unterstützung bekommt, sondern auch die zuständigen Mitarbeiter der Jugendhilfe in das Hilfesystem miteinbezogen wer-

Soziotherapeutische Beratung

den. Aufklärung über den Krankheitsverlauf und wichtige Informationen zur psychiatrischen Erkrankung sind wesentliche Bestandteile der Zusammenarbeit.

Fazit:

Die Soziotherapie als effiziente, personenbezogene und individuell angepasste Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung muss einen festen Platz im ambulanten Hilfsangebot für psychisch kranke Menschen bekommen und zwar ohne Einschränkung auf bestimmte Diagnosen. Denn sie ist eine relativ kostengünstige Möglichkeit, Patienten vor der Chronifizierung zu bewahren und hilft letztlich den Krankenkassen, Kos-

ten zu sparen. Neben den oben genannten Gründen, die inhaltlich für die Durchführung von Soziotherapie sprechen, können wir es uns vor allem in Zeiten der chronisch knappen Finanzmittel nicht leisten, den vom Gesetzgeber gewollten Transfer von ca. 100 Millionen Euro aus dem Bereich des SGB V in den gemeindepsychiatrischen Bereich zu ignorieren.

Angelika Singer, Soziotherapie, Planegg

Psychiatrische Krisenintervention

„Der Mensch im Mittelpunkt“,
oder:
Im Krisendienst zeigt sich die
Reißfestigkeit von
personzentrierten Hilfe-Konzepten.

Entwicklung des Krisendienstes

Seitdem der Krisendienst vor über zehn Jahren eröffnet wurde, hat er verschiedene Entwicklungsstufen durchlaufen. Begonnen hat es mit einzelnen, auf Stadtsektoren bezogenen Krisenhilfe-Bausteinen, dem „Krisendienst München-Süd“ bzw. dem „Gemeindepsychiatrischer Krisendienst München-Ost“. Zwischendrin hieß er dann vorübergehend „Mobiler psychiatrischer Krisendienst München“, seit April 2007 firmiert er unter dem Namen *Krisendienst Psychiatrie München, (KPM)*. Der *KPM* ist ein Krisenhilfe-Netzwerk, das nicht nur einen festen Platz in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Münchens gewonnen hat, sondern sich mehr und mehr zum Motor gemeindepsychiatrischer Impulse entwickelt.

„Die Not macht eben erfinderisch“, oder man könnte auch sagen, „Die im Krisendienst aufgelesene Not der ‚Subjekte‘, der vielen einzelnen Betroffenen und ihres Umfeldes, wie auch die oftmals hervortretende Begrenztheit der – primär und regulär zuständigen – Hilfe-Agenturen im Bereich psychiatrischer Versorgung, erzwingt geradezu die Suche nach

besseren systematischen Lösungen für immer wieder kehrende Problem-Kontexte. Der Krisendienst entwickelt sich daher *not-wendig* weiter in der eigenen Form-Gebung, in der Qualität der Krisenbegleitung Einzelner und ihrer Umgebungen, und in den stetig fortzuschreibenden *Passungen* mit den benachbarten Diensten und Einrichtungen im Feld.

Davon später mehr – zunächst zur Aufgabenbeschreibung des KPM in den Jahren 2006 und 2007:
Seit April 2007 stellt der KPM mit der Leitstelle „Psychiatrie am Atriumhaus" einen Verbund etablierter, klinischer und außerklinischer Träger ein erweitertes Angebot zur psychiatrischen Soforthilfe für die Münchener BürgerInnen zur Verfügung. Seit diesem Zeitpunkt gibt es eine gemeinsame Leitstelle mit einer zentralen Telefonnummer

Tel. 089-72 95 96 0
täglich von 9 bis 21 Uhr

Zusammengeführt wurden hier nicht nur zwei bzw. drei Krisentelefone zu einer zentralen Leitstelle; ausgebaut und einbezogen wurden nun auch die Krisen-Soforthilfen der Sozialpsychiatrischen Dienste Münchens. Dazu erhielt jeweils ein Dienst in einem der vier Sektoren den Auftrag und eine halbe Personalstelle, an den Werktagen von 12-16 Uhr *unmittelbar* nach dem screening, also der Vermittlung durch die zentrale Leitstelle, eine Krisenberatung durchzuführen oder einen mobilen Einsatz im Zweier-Team zu beginnen, oder einen relevanten Nach-

Mitarbeiterin in der Leitstelle des KPM

sorge-Kontakt zu halten, und zwar überall in München. Dies entspricht einer traditionellen Kernaufgabe der SpDis, die mangels Personalausstattung in den zurückliegenden Jahren zu kurz gekommen waren. Nun kann an dieser Nahtstelle begonnen werden, die unmittelbare Verknüpfung von Krisen- und Regelversorgung strukturell einzuweben.

Flankierend wurde die Kooperation mit der Fachgruppe Psychiatrie der niedergelassenen Ärzte in München (KVB) fortgeschrieben, bislang wurde bereits während der Einsätze der mobilen Teams vor Ort der psychiatrische Bereitschaftsdienst hinzugezogen. Hinzu kommt nun eine Vereinbarung mit inzwischen zwölf Facharztpraxen, die sich zur engeren Kooperation mit dem KPM bereit erklären – Tendenz steigend. Diese Praxen vergeben Krisen-Erstbehandlungs-Termine am gleichen Tag. Analog dazu wurden die Vermittlungswege zu den Ambulanzen der Versorgungskrankenhäuser direkter und verbindlicher geregelt – bis hin zur direkten Vergabe von Ambulanz-Terminen durch das KPM-Eingangstelefon. Das gilt auch für die Weitervermittlung von Krisenpatienten in die stationäre Versorgung.

Zur wachsenden Vernetzung und Verbindung gehören auch die neuen Räume für das Krisenteam Nord/Ost. Mit der Etablierung der „Nord-Ambulanz“ Psychiatrie im Schwabinger Krankenhaus im Jahr 2007

(dort zu Gast im „Zentrum für für Abhängigkeitserkrankungen" (ZAK), Haus 77 konnte auch der Krisendienst Nord/Ost direkt in die Räume der Ambulanz umziehen. Zunächst zwar nur abends, nach Ende der regulären Ambulanz-Sprechzeit, aber doch schon im Vorgriff auf den geplanten Umzug des gesamten Psychiatrie-Sektors Nord ins Krankenhaus München-Schwabing. Dann sollen sowohl die Ambulanz wie der Krisendienst über eigene, benachbarte Räumlichkeiten verfügen, und die wechselseitige Zusammenarbeit weiter ausgebaut werden.

Dass dieser zeitlich vorgezogenen Umzug des Krisendienstes Ost nach Schwabing auch Risiken barg, zeigte sich in der Folge. Die Zeithorizonte für den „großen Umzug" der Psychiatrie nach Schwabing verschoben sich ein ums andere Mal, räumliche Zwischenlösungen für den Krisendienst erwiesen sich jeweils als nicht realisierbar. Akute Raumnot sowohl für die Ambulanz als auch für die Krisendienst-Mitarbeiter, Unzulänglichkeit der IT-Ausstattung auf dem „fremden" Krankenhaus-Terrain. All dies erschwerte es bislang, die in diesem *„joint venture"* liegenden Verheißungen bereits jetzt umfangreich zu erproben und wirksam werden zu lassen. Dem engagierten Zutun aller Mitwirkenden vor Ort ist es dabei zu verdanken, wenn die Bilanz des *„Standortes Nord"* in Qualität und Quantität gleichwohl gute Erfolge zeigt und Ansporn gibt für die weitere *liaison*! Gute Gelegenheit also, einen Dank an die Mitarbeiter von Krisendienst und Ambulanz Nord zu richten dafür, wie sie ihre Hilfestellung für Menschen in Krisen auch unter diesen heute gegebenen Bedingungen vertiefen!

Nun, Anfang 2009, beginnt sich der große Umzug abzuzeichnen. Ab 2010 sollen die Funktionsbereiche der Allgemeinpsychiatrie Nord in ein renoviertes Krankenhaus-Gebäude einziehen können, ebenso wie der Krisendienst Nord-Ost und die benachbarte Ambulanz. Sollte zwischenzeitlich noch eine räumliche Interimslösung im Umfeld Schwabings zustande kommen, wäre dies für die künftigen Kooperationen von KPM und Ambulanz sicher ein Gewinn.

Im Berichtszeitraum kam es bei den mitwirkenden FachkollegInnen zu großen Veränderungen. So hinterließ der plötzliche Tod von Dirk Hauschild, dem langjährigen Leitungs-Teamer der „Sozialen Dienste e.V.", Anfang 2008 eine schwer zu schließende Lücke im Team und in den Abläufen des Projektes. Die Abwesenheit von Simone Eiche – als langjähriger Leitungskraft seitens des Projektevereins – von Februar 08 bis März 09 hatte zwar einen erfreulichen Anlass – die Geburt ihres Kindes – aber auch ihre Abwesenheit musste überbrückt werden. Und auch aus dem Stamm der langjährigen KollegInnen im Kern- und im Honorarteam verließen einige den Krisendienst, um sich neuen Aufgaben zuzuwenden. Der Attraktivität der Krisendienst-Tätigkeit ist es zu verdanken, dass nach wie vor erfahrene und engagierte KollegInnen zur Mitarbeit gewonnen werden konnten – so auch wieder bei diesen jüngsten Nachbesetzungen.

Zahlreiche Weiterentwicklungen beim Aufbau und bei der Nutzung des eigens entwickelten Dokumentations-Programms machen es inzwischen möglich, Anfragen noch umfangreicher mit Informationen aus dem Ver-

sorgungssystem zu bedienen, offene Beratungsanliegen und Folgekontakte verlässlich an nachfolgende KollegInnen weiterzugeben, und statistische Erhebungen präziser zu gestalten. Die Weiterentwicklung der technischen Voraussetzungen wie den fachlichen Kern-Prozessen und den Fein-Abstimmungen erfordert in einem Projekt dieser Größenordnung (mit insgesamt etwa 80 Beteiligten) einen hohen Aufwand an Ressourcen. Das „zahlt sich" andererseits aber in der Integrität und der Qualität der Krisenhilfe aus. Diese stellen letztlich einen wesentlichen Garanten für das inhaltliche Gelingen des Projektes dar.

Zwei Kollegen im Gespräch

Durch die Weiterentwicklung der fachlichen Standards und Prozesse gelang es im Laufe der Zeit, die zunächst aus drei Trägerorganisationen – *Atriumhaus*, *Soziale Dienste* und *Projekteverein* – mit unterschiedlichen Wurzeln zusammenkommenden Teilteams im KPM „flüssiger" miteinander abzustimmen, und diese Integration auch mit den weiteren beteiligten Kooperationspartnern (SpDi, Facharztpraxen, Ambulanzen) mehr und mehr zu teilen. Heute sind zahlreiche Psychiatrie-Tätige, und zahlreiche Trägerorganisationen mit einem Teil ihrer Aufgaben und ihrer Identität auch für den KPM tätig. Aber nicht nur das, sie gestalten ihn auch mit. Durch diese Vernetzung gerät der Krisendienst zu einem im besten Sinne gemeindepsychiatrischen Projekt. „Wir sind Krisendienst!"

Die auf eine sehr breite Basis gestellte Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit ist im KPM nicht nur Pflicht, sondern auch Kür. Durch die Öffnungszeiten *parallel* zu denen der Regelversorgung, und die damit gegebene direkte Übergabe-Möglichkeit, durch das *patchwork* der Träger und Tätigen, durch die immer wieder mit den kreativ-künstlerisch ansprechenden Ideen des Atriumhauses durchsetzten Öffentlichkeitsaktionen, sowie durch die wachsende Zahl von Informations- und Präventionsveranstaltungen erhält der KPM ein spezifisches Profil (auch im Unterschied zu den Krisendiensten anderer Kommunen), das den Gegebenheiten der Münchener Psychiatrie-Landschaft auf besondere Weise gerecht wird. Hier muss Krisendienst als *„Einheit in der Vielfalt"* buchstabiert werden, um erfolgreich im Geflecht einer komplexen Versorgungslandschaft wirken zu können.

Leistungsprofil und Inanspruchnahme

Wer die Nummer des Krisendienstes wählt, trifft täglich von 9 bis 21 Uhr auf erfahrene, speziell in Krisenintervention geschulte psychiatrische Fachkräfte. Je nach Problemlage und eingehender Klärung am Telefon, kann folgendes geleistet werden:

- Telefonische Beratung, Orientierung und Krisenintervention, sowohl für Betroffene wie für mit betroffene Angehörige, wie für involvierte Institutionen, im Bezug auf „seelische Krisen jeglicher Art";
- Informationen über und Vermittlung zu Beratungsstellen und weiteren Hilfen;

- Vereinbarung von persönlichen Krisenberatungsgesprächen an den beiden Standorten des KPM, am selben Tag bzw. bei Bedarf auch an den Wochenenden;
- Vermittlung und Vergabe von ambulanten Krisen-Behandlungs-Terminen (in psychiatrischen Ambulanzen oder Facharztpraxen);
- Veranlassung von Kriseneinsätzen vor Ort durch ein erfahrenes Zweier-Team, ggf. kann auch der psychiatrische Bereitschaftsarzt hinzugezogen werden;
- Zuweisung zu stationärer Behandlung;
- Vereinbarung von Nachsorge-Kontakten mit dem KPM – am Telefon, zum persönlichen Gespräch durch einen Hausbesuch – soweit dies erforderlich ist bis zur tatsächlichen Übernahme der notwendigen Hilfestellung durch die regulären „Werktags"-Dienste.

Die Zahlen zur Inanspruchnahme in den vergangenen zwei Jahren sind kontinuierlich gestiegen und zwar aus jedem Zugangs-Hintergrund – von Seiten der Betroffenen, der Angehörigen, der weiteren Fachdienste und der interessierten Öffentlichkeit. Das korrespondiert mit erweiterten Öffnungszeiten, wachsender Bekanntheit und fachlich „gutem Ruf".

- Der Anteil derjenigen, die aus eigener Betroffenheit anrufen, ist mit 36 % relativ hoch. Bekanntheit und Vertrauenswürdigkeit des Krisendienstes haben im Kreis der (potentiellen) Betroffenen ein hohes Niveau erreicht.

- Angehörige und Bekannte sind vielfach diejenigen, die als erste oder anstelle des eigentlich „Krisen-Leidenden" nach Hilfe suchen und rufen: Ihr Anteil beträgt 35 %.
- Die Hilfeersuche oder -vermittlungen durch andere Fachdienste machen einen großen Anteil der Anrufe an Werktagen aus (insgesamt mehr als 21 %). Die Erreichbarkeit des Krisendienstes parallel zu den regulären Tagesdiensten fördert eine integrierte, aufeinander abgestimmte Hilfeleistung.
- Die geschilderten Ausgangs-Probleme beziehen sich zu einem sehr hohen Teil (etwa 85 %) auf das „Kerngebiet" allgemeinpsychiatrischer Probleme und darauf bezogener Hilfen (affektive Störungen, paranoid-halluzinatorische Störungen, neurotische Störungen oder Belastungsstörungen). Das Angebot des Krisendienstes Psychiatrie München ist spezifisch beschrieben und wird spezifisch genutzt.
- 6.000 Telefonate, knapp 500 Einsätze, fast 100 persönliche Krisengespräche. Schon an diesen Überblicks-Zahlen für das Jahr 2008 lässt sich ablesen, wie viel drangvolle Not hier aufgenommen, und mit Fachlichkeit und Erfahrung beantwortet wird, und das mit den aktuell vorhandenen Kapazitäten eines „Teil-Ausbaus"!

Das Eingangstelefon („screening") – bisher mit einer Fachkraft besetzt – erhält mittlerweile vor allem an den Werktagen so zahlreiche und komplexe Anrufe, dass diese nicht mehr zu allen Öffnungszeiten so zuverlässig und zeitnah bedient werden können wie beabsichtigt. Das gibt Anlass zu einem Erweiterungskonzept, das unter anderem eine doppel-

te Telefon-Besetzung vorsieht, wenigstens tagsüber an den Werktagen.

Korrespondierend zu Einwohnerzahl, Versorgungsdichte und sozialer Lage im Sektor zeichnen sich markante Unterschiede bei der Inanspruchnahme zwischen den einzelnen Stadtsektoren ab. Hier trägt das Team des Projektevereins mit den Schwerpunkten in München-Nord und München-Ost den „Löwen"-Anteil der Aufgaben – und hält korrespondierend auch einen höheren Teil der Personalressourcen.

Bemerkenswert ist die stetig wachsende Zahl von persönlichen Beratungen – also Krisen-Beratungen im Atriumhaus oder im Krankenhaus Schwabing, vor allem abends und am Wochenende durch die Teams des Projektevereins, zu welchen die Ratsuchenden selbsttätig kommen – und von Folgekontakten, die der weiteren Klärung, Krisenbewältigung und gelingenden Überleitung in die Regelversorgung dienen. Hier zeigt sich ein Profil von Krisenhilfe, die mehr leisten kann und will als eine reine „Feuerwehr"-Funktion zu haben. Hier zeigt sich auch die traditionell gemeindepsychiatrische Haltung und Verantwortlichkeit des Projektevereins.

Die dadurch entstehende qualtitative Vertiefung der Krisenhilfe soll mit in die geplanten Erweiterungen des KPM übernommen werden:

Ausblick

Die Erweiterungskonzepte in mehreren Schritten sind beschrieben, beantragt und liegen auf den Verhandlungs- und Entscheidungstischen der Kostenträger, insbesondere des Bezirks Oberbayern. Allen Beteiligten ist klar, dass ein Rund-um-die-Uhr-Angebot geschaffen werden muss, um die Tragkraft des Krisendienstes rund und ganz werden zu lassen, auch in den späten Abend- und Nachtstunden, zu denen üblicherweise (nur) noch die Polizei- und Rettungsdienste aufsuchend tätig werden. Und natürlich bleibt es unbefriedigend und schwer zu vermitteln, wenn ein erfolgreiches Krisenprojekt an den Münchener Stadtgrenzen Halt macht. Hier reklamieren Bürger und Gemeinden des Münchener Umlandes zu Recht, dass auch sie auf fachgerechte Krisenhilfe vor Ort warten.

Die Erweiterung der aufsuchenden Hilfe auf weitere Gebiete nicht nur um München, sondern in ganz Oberbayern steht letztlich zur Diskussion. Die Suche nach dem geeignetsten Modell und den nötigen Finanzmitteln hat begonnen. Die Frage einer Realisierung wird nun vor allem von der Entwicklung der öffentlichen Haushalte geprägt sein. Der fachliche Standard einer verfügbaren psychiatrischen Soforthilfe kann – unter anderem wegen der positiven Resonanz auf den KPM – als gesichert angesehen werden.

So kann es im günstigen Falle bereits ab Mitte 2009 so aussehen, dass

– die Telefon- und Ausrückzeiten täglich auf 9 - 24 Uhr erweitert werden;

- eine zweite Fachkraft am Screeningtelefon zu den Spitzenzeiten tätig wird, und
- die vier Schwerpunkt-SpDis mit einer weiteren halben Personalstelle verstärkt in die Lage versetzt werden, werktags bereits ab 9 Uhr ad-hoc-Krisenhilfe zu leisten.

Neben diesen anstehenden Erweiterungen in Raum und Zeit wird sich eine weitere Vertiefung und Vernetzung des Krisendienstes aus den zahlreichen Situationen auf der Ebene des Einzelfalls ergeben. In denen wir mit den angrenzenden Systemen der Jugendhilfe, der Familienhilfe, der Suchthilfe, oder auch besonderen Zielgruppenaspekten wie den Hilfen für MigrantInnen zusammenwirken – und dabei bemerken, an welchen Stellen die Kooperation bereits gut eingespielt ist und an welchen es weiterer Absprachen auf Leitungs- und Steuerungsebene bedarf, um im Ergebnis noch besser helfen zu können.

So nimmt die Tätigkeit im Netzwerk einen stetig breiteren Raum ein, für die KollegInnen im Leitungsteam wie auch für diejenigen aus den Teams, die sich für die Vernetzung und die Öffentlichkeitsarbeit engagieren. Der Gewinn liegt in der zunehmenden Verwurzelung von Krisenarbeit in und mit allen Handlungsfeldern der regulären Versorgung. Jetzt wird sich an der Arbeit des Krisendienstes – als einer Art sozialem Versorgungs-Indikator – auch mehr und mehr zeigen, wie reißfest die sozialen Hilfe-Arrangements tatsächlich sind, wenn sie im Einzelfall auf die Krisen-Probe gestellt werden.

Der Einzug der Psychiatrie Nord ins Schwabinger Krankenhaus ab 2010 wird die möglichen Kooperationen nochmals deutlich verstärken – und auch die Bereitschaft der Polizei, mit einem zeitlich erweiterten Krisendienst-Portal enger als bislang zusammenzuarbeiten. Es wird eine weitere Dynamik in das Projekt und rückwirkend auf die Gemeindepsychiatrielandschaft entfalten. So ist es gut vorstellbar, dass dem Krisendienst erneut spannende, innovative, bewegungsreiche Jahre ins Haus stehen – worauf wir uns freuen!

Manfred Jehle, Leitungsteam des KPM und Teamleitung Projekteverein

Menschen
in seelischer Not
Betroffene, Angehörige, Bezugspersonen, Mitbetroffene, Betreuer, Ärzte, Psychotherapeuten
Fachstellen, Einrichtungen, Polizei, Rettungsdienste

Seelische Krisen
und psychiatrische Notfälle
Behandlungsfragen, Beratungsanliegen

Telefonische
Beratung und Vermittlung

Mobile Einsätze
vor Ort

Leitstelle
am Atriumhaus
täglich 9 bis 21 Uhr

Abklärung, Information, Beratung
Telefonische Krisenintervention
Wegweisung und Lotsendienst

Ambulante
(Krisen-) Behandlung

Stationäre
(Krisen-) Behandlung

089 7295960
krisendienst
psychiatrie münchen

9. Wohnen und Betreuung

Der Mensch im Mittelpunkt – Personenzentrierte Hilfen

Paradigmenwechsel

Im Laufe der letzten zehn Jahre zeichnete sich in der Sozialpsychiatrie ein Paradigmenwechsel ab – im Mittelpunkt steht nicht mehr die Institution sondern der Mensch. So setzt sich bei der Versorgung psychisch kranker Menschen die personenzentrierte Hilfe immer mehr durch, während die althergebrachte Versorgungsform der einrichtungszentrierten Hilfe an Bedeutung verliert. Die Grundidee dieses personenzentrierten Ansatzes, die sich in einer umfassenden, individualisierten Hilfeplanung niederschlägt, gilt als Meilenstein auf dem Weg zur Subjektorientierung der Hilfen in der Gemeindepsychiatrie. Und das mit gutem Grund: Denn die einrichtungszentrierte Hilfe bedeutet immer, dass sich eine Person bei wechselndem Hilfebedarf in eine andere Einrichtung begeben muss – die Person muss also zur Hilfe gehen. Während sich die Versorgungsform des personenzentrierten Ansatzes am Gemeinde- und Lebensumfeld der hilfebedürftigen Person orientiert. Mit anderen Worten, die Hilfe kommt zum Betroffenen. Dahinter steht der Grundgedanke, dass Menschen, deren Hilfebedarf sich im Laufe der Betreuung verändert, nicht mehr aus ihrem gewohnten Lebensumfeld herausgerissen werden oder ihre sozialen Rollen verändern müssen, um die benötigte Hilfe zu erhalten. Damit soll die Integration ins eigene Umfeld und die Gesellschaft gestützt werden und der Ausgrenzung psychisch kranker Menschen entgegengetreten werden.

Die Grundlage eigenständiger Lebensführung und damit notwendig zur persönlichen Identitätsbildung sind:

- Wahrung der Individualität der Person
- Vertrauen und Wertschätzung
- Schutz des selbst gewählten Lebensortes
- Unterstützung normaler Beziehungen und Rollen
- Ermutigung, Verantwortung zu übernehmen und Initiative zu ergreifen
- Arbeit und sinnvolle Beschäftigung bzw. materielle Grundausstattung in persönlicher Verfügung.

Daraus ergeben sich als zentrale Anforderungen an die lebensfeldzentrierte Rehabilitation in der Sozialpsychiatrie folgende Grundgedanken: Lebensort und Hilfe müssen entkoppelt sein, damit das Primat der Orts- und Beziehungskonstanz realisiert werden kann und die langfristige Kontinuität der Hilfen auch bei wechselndem Hilfebedarf und Wechsel der Kostenträgerschaft möglich ist.

Betreutes Einzelwohnen – ein Baustein auf dem Weg von institutions- zu personenzentrierten Hilfen

In der Betreuungsform des Betreuten Einzelwohnens (BEW) lassen sich die Grundsätze personenzentrierter Hilfen wieder finden. Die Bereiche, die als Grundlage eigenständiger Lebensführung genannt sind, finden im Hilfeangebot des BEW ihre Berücksichtigung. So wird im BEW durch das aufsuchende Hilfsangebot, der Wichtigkeit des gewohnten Lebensumfeldes Rechnung getragen. Die Betreuung ist auf die Bedürfnisse des hilfebedürftigen Menschen abgestimmt, das Hilfsangebot richtet

sich nach den jeweiligen Anforderungen und deren aktueller Lebenssituation. Sie kann ein breit gefächertes Aufgabengebiet umfassen, es können die Themen aufgegriffen werden, die dem Hilfebedürftigen wichtig sind.

Der Klient kann in seinem Lebensumfeld und seinen normalen Rollen gesehen und unterstützt werden. Bestehende Kontakte aus dem nichtpsychiatrischen und dem familiären Umfeld können mit einbezogen, gefördert und erhalten werden, wenn diese sich als hilfreich für die weitere Entwicklung herausstellen.

Innenansicht

Oft geht es in der Zusammenarbeit mit den Klienten aber auch einfach nur um den Erhalt des aktuell Erreichten.

Der zentrale Punkt im BEW ist die Möglichkeit der kontinuierlichen Betreuung durch eine konstante Bezugsperson über einen längeren Zeitraum. Die Arbeit im BEW ist aber nicht nur Beziehungsarbeit, sondern auch umfassende Netzwerkarbeit. Denn es bedeutet, Kontakt zu halten mit wichtigen Bezugspersonen des Klienten, ebenso wie mit behandelnden Ärzten, Kliniken, Behörden oder komplementären Einrichtungen.

Ein wichtiger Teil der Begleitung ist immer wieder die Rückmeldung an den Betreuten durch den BEW-Betreuer, die Ermutigung, neue Aufgaben selbst zu übernehmen oder frühere Interessen und Fähigkeiten wieder neu zu entdecken. Von Seiten des Betreuers ist also die Fähigkeit zum sensiblen Hinschauen, zur Reflexion des Betreuungsprozesses erforderlich. Es ist eine Gratwanderung zwischen Überforderung und Loslassen des Klienten – in die größtmögliche Eigenständigkeit.

Die Unterstützung des hilfebedürftigen Menschen in Krisensituationen, die flexible und schnelle Hilfe brauchen, gehört ebenso zum Aufgabengebiet im BEW, wie die Begleitung während eines Klinikaufenthaltes. In der BEW-Betreuung ist eine wertschätzende Haltung gegenüber dem hilfebedürftigen Menschen von größter Wichtigkeit. Es bedeutet, die Anstrengungen, die der Klient unternimmt, seine Lebenssituation zu verändern, als solche zu erkennen, wahrzunehmen und rückzumelden. Auch dann, wenn diese Anstrengungen auf den ersten Blick nicht zielführend sind, müssen sie in ihrer Bedeutung für den Klienten gesehen und anerkannt werden. Denn Klienten trauen sich nach jahrelanger Erkrankung und Bevormundung, nach erlebten Rückschlägen, oft wenig zu. Sie benötigen eine Stärkung des Selbstvertrauens, Grundlage dafür ist, dass ihnen ein Außenstehender wieder etwas zutraut.

Im BEW wird auch berücksichtigt, dass die finanzielle Absicherung der Klienten gewährleistet sein muss. Das beinhaltet zum einen die Beantragung von finanziellen Mitteln mit den Klienten, sei es ALG II, Grundsicherung, Sozialhilfe oder Erwerbsminderungsrente. Bedeutet zum ande-

ren aber auch Unterstützung bei der Suche nach einer, aus Sicht des Klienten, sinnvollen Tätigkeit. In dem Bereich der chronisch psychisch kranken Menschen, die im BEW überwiegend betreut werden, ist eine Integration auf den freien Arbeitsmarkt sicherlich eher selten, aber nicht unmöglich.

BEW – eine Leistung der Eingliederungshilfe/Hilfeplanverfahren und seine Grenzen

Das Betreute Einzelwohnen ist eine Leistung der Eingliederungshilfe nach SGB XII: „Die besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von der Pflege zu machen". Das zur Dokumentation und Begleitung des Prozesses entwickelte Gesamtplanverfahren soll durch seine Transparenz und die Beteiligung der Betroffenen die ohnehin schwierige Lebenssituation der Klienten erleichtern.
Die Zielsetzung des Hilfeangebotes erfolgt gemeinsam mit dem Klienten und orientiert sich an dessen Wünschen und Interessen. Dabei handelt es sich oft um ein Aushandeln, wobei die Ressourcen des Klienten im Mittelpunkt stehen. Durch das gemeinsame Erarbeiten von Zielen und das Überprüfen des Erreichten, kann mit dem Klienten eine Vorstellung der weiteren Lebensplanung erarbeitet werden. Dies ist ein Entwicklungsprozess, der sich über einen langen Zeitraum erstrecken kann.

Da das Betreute Einzelwohnen eine Leistung der Sozialhilfe bzw. Eingliederungshilfe ist, unterliegt es der Einkommens- und Vermögensprüfung. Damit ist das betreute Einzelwohnen für eine nicht unerhebliche Anzahl von hilfebedürftigen Menschen nicht zugänglich. Nicht zur Verfügung steht das BEW als Hilfe auch all jenen, die sich nicht auf die vorgegebenen Kategorien des Hilfeplanverfahrens einlassen können oder wollen, oder die dem Sozialhilfeträger persönliche Informationen nicht preisgeben wollen. Der Zugang zu dieser Hilfe ist also eher hochschwellig. Klienten müssen ausreichend absprachefähig und zuverlässig sein, um gemeinsam zunächst die Formalitäten des BEW-Antrages und später die Anforderungen des Hilfeplanverfahrens bewältigen zu können. Sind sie es nicht, kann gerade die Klientengruppe, die diese Unterstützung am nötigsten hätte, nicht ins BEW aufgenommen werden kann.

Durch die festgelegte Stundenzahl pro Klient und die Regelung des Verhältnisses zwischen Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit dem Klienten erbracht werden und solchen, die der Qualitätssicherung im BEW dienen, bewegt sich das BEW in seiner zeitlichen Flexibilität in einem begrenzten Rahmen.
Im BEW sind unterschiedliche Betreuungsschlüssel zwar möglich, jedoch erweist sich ein Wechsel der Intensität des BEW als schwerfällig. Bei kurzfristig höherem Hilfebedarf, etwa bei einer Krise, ist eine intensivere Betreuung zwar möglich, der zeitliche Spielraum dafür aber unzureichend. Ähnlich ist das bei geringerem oder wechselndem Hilfebedarf. So stellt sich bei Klienten, die zeitweilig weniger Hilfebedarf ha-

ben, aber dennoch die Ansprechperson benötigen, sehr schnell die Frage, ob das BEW noch gerechtfertigt ist nach den zu erbringenden Stundenzahlen der Betreuung.

Es stellt sich dann auch die Frage nach der Beendigung der Maßnahme, was meistens mit einem Wechsel der Bezugsperson oder auch des Wohnortes einhergeht. Das widerspricht der Anforderung personenzentrierter Hilfen nach der Orts- und Beziehungskonstanz. Zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen sollte die Unterstützung durch eine Bezugsperson kontinuierlich möglich sein, auch über die Grenzen der jeweiligen beteiligten Institutionen hinaus. Dieses Prinzip kann im klassischen Betreuten Einzelwohnen aus verwaltungstechnischen Gründen sowie Kostengründen bisher noch nicht erfüllt werden.

Ein positives Fallbeispiel

Herr G. kam über die Psychiatrische Klinik in der Nußbaumstraße zu uns. Er war seit einigen Jahren arbeitslos und hatte vor dem Klinikaufenthalt seine Wohnung wochenlang nicht mehr verlassen. Unfähig, seinen ALG-II-Antrag zu stellen, war er fast völlig mittellos und dabei seine Wohnung zu verlieren. Er hatte keine Krankenversicherung mehr und war auch nicht mehr in der Lage, Nahrungsmittel einzukaufen bzw. sich zu versorgen. Nach einem längeren Aufenthalt in der Klinik wurden für seine Entlassung die wichtigsten Maßnahmen eingeleitet, die Fortführung übernahm die BEW Betreuerin. Bald stellte sich heraus, dass der Klient in allen Bereichen große Defizite hatte. So öffnete er bei Hausbesuchen der BEW Betreuerin anfangs oft nicht die Tür. Auch einer An-

bindung an einen niedergelassenen Psychiater verweigerte er sich zunächst. Dieser konnte er erst durch eine erneute Krise, die beinahe wieder zu einem stationären Aufenthalt geführt hätte, zustimmen. Die einzige Bezugsperson in dieser Zeit war die BEW Betreuerin.

Im Laufe der folgenden Monate gewann der Klient langsam an Vertrauen. Erst dadurch wurden Absprachen mit ihm möglich. Die ersten Maßnahmen bestanden in der weiteren Sicherung der finanziellen Situation des Klienten und damit dem Erhalt seiner Wohnung. Dann wurde mit ihm gemeinsam überlegt, wie er seine Versorgung mit Nahrungsmitteln und seinen Haushalt bewältigen könne. Aber noch Monate später schaffte er es erst kurz vor den Hausbesuchen der BEW Betreuerin den Müll wegzubringen und die Wohnung aufzuräumen. Erst allmählich erinnerte er sich wieder an seine durch die Erkrankung verschütteten Interessen. Er hatte zuvor in der Computerbrache gearbeitet und fing an, wieder seinen PC zu benutzen. Aber weitere Maßnahmen zur Tagesstrukturierung konnte er zunächst nicht annehmen.

Gemeinsam versuchten wir schließlich über Freizeitinteressen und dem Wunsch nach persönlichen Kontakten, einen Weg zu finden. Bis Herr G. schließlich den Wunsch äußerte, wieder arbeiten zu wollen. Aber da er sich eigentlich nichts mehr zutraute, einer geregelten Arbeit nachzugehen, dauerte es weitere Wochen mit vielen Gesprächen, bis der Entschluss fiel, sich an die ARGE zu wenden und eine MAW-Stelle zu beantragen, die er dann schließlich auch antrat.

Mit Aufnahme der MAW-Stelle gewann er wieder Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten. Die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz konnte er mit

Selbstständig in den eigenen vier Wänden

der BEW Betreuerin besprechen. Letztendlich stabilisierte ihn die positive Rückmeldung in der MAW-Stelle so sehr, dass er auch in anderen Bereichen mehr Eigenverantwortung übernehmen konnte.

Zum Ende der MAW–Maßnahme wurde ihm schließlich von der Firma eine Stelle angeboten. Den Übergang von der MAW-Maßnahme zur festen Stelle wurde von der BEW Betreuerin begleitet. Aber jetzt musste der Klient die BEW Betreuung von seinem ersten „regulären" Gehalt selbst bezahlen. Das war nach jahrelanger Arbeitslosigkeit und sehr begrenzten finanziellen Mitteln für ihn eine schwere Entscheidung. Dennoch entschied er sich zunächst dafür. Aber letztendlich beendete die er Maßnahme doch – aus finanziellen Gründen. Leider konnte er sich

nicht zu einer Betreuung durch den SpDi, der ein Angebot in größeren zeitlichen Abständen ermöglicht hätte, entschließen. Der Grund: Eine ihm eine unbekannte Bezugsperson hätte ihn übernehmen müssen. In diesem Fall wäre die Möglichkeit eines Kontaktangebotes in größeren Abständen bei gleich bleibender Bezugsperson sinnvoll gewesen. Mittlerweile sind zwei Jahre vergangen, der Klient hat die Probezeit gut überstanden und wurde in ein festes Arbeitsverhältnis übernommen. Trotz aller Widrigkeiten ist dieser Fall gut ausgegangen.

Beatrix Kessler, Betreutes Einzelwohnen München-Perlach

„Wir suchen für unsere Klienten Familien und nicht für die Familien Klienten" – Der personenzentrierte Ansatz in der Familienpflege

Die Geschichte der Familienpflege zeigt, dass die schützende Atmosphäre einer Familie das seelische Wohlbefinden erhalten und fördern kann, so dass auch vielfältig beeinträchtigte Menschen einen Platz in der Gesellschaft finden.
Die Arbeit der Familienpflege hat sich im Bereich München-Rosenheim seit vielen Jahren so erfolgreich etabliert und bewährt, dass der gGmbH des Projektevereins das *Betreute Wohnen in Familien* auch für die Landkreise Berchtesgaden, Miesbach und Bad Tölz übertragen wurde.

Die Familien

Die Gastfamilien werden überwiegend durch Zeitungsannoncen akquiriert. Neben mehrköpfigen Familien kommen auch Einzelpersonen oder Paare ohne Kinder in Frage. Die Motivationsgründe für die Aufnahme der Gäste ist eine Mischung aus bürgerschaftlichem Engagement und finanziellem Interesse. Nach der ersten Kontaktaufnahme, kommt es zu einem persönlichen Informationsgespräch zwischen der Familie und dem Familienpflegeteam. Danach macht das Familienpflegeteam einen Hausbesuch und entscheidet dann über die Eignung der Familie.

Die Gastfamilien benötigen keine fachliche Ausbildung, aber Erfahrungen mit psychisch erkrankten Menschen sind von Vorteil. Für den Klienten muss ein angemessen großes Zimmer oder ein Appartement zur Verfügung stehen, und, er oder sie muss die Küche und das Bad mitbenut-

zen dürfen. Darüber hinaus sollte die Familie bereit sein, ihren Gast am Familienleben teilhaben zu lassen. Im Umgang mit ihm sollten sie einfühlsam und verständnisvoll sein und ihn unterstützen, ihm aber auch gleichzeitig Freiraum für eigene Wege und Entwicklungen geben.
Eine Gastfamilie kann höchstens zwei Klienten aufnehmen. In der Anfangsphase besucht ein Mitarbeiter des Familienpflegeteams die Familie und den Klienten in regelmäßigen Abständen, in Krisenzeiten auch häufiger. Darüber hinaus werden alle zwei Monate regelmäßige Treffen mit allen Gastfamilien im Umkreis organisiert. Dort können die Familien Erfahrungen austauschen und anfallende Probleme eventuell gemeinsam lösen.
Für ihre Betreuungsleistung erhalten die Familien eine monatliche Aufwandsentschädigung von 550 Euro, zuzüglich der ortsüblichen Miete und eventuell Verpflegungsgeld.

Die Klienten

Die Klienten werden über Kliniken, Heime, Berufsbetreuer und niedergelassene Psychiater akquiriert. Vermittelbar sind alle Klienten ab 21. Seit Januar 2009 gilt die Familienpflege für einen erweiterten Personenkreis. Jetzt können auch geistig und körperlich behinderte Menschen, psychisch erkrankte Mütter mit ihren Kindern sowie suchtmittelabhängige Klienten in Familien vermittelt werden. Nicht aufgenommen werden können jedoch Klienten mit akuter Fremd- oder Eigengefährdung. Auch sollte die akute Phase der Erkrankung bereits überwunden sein. Eine weitere Voraussetzung für die Vermittlung in eine Familie ist natürlich die Bereitschaft des Klienten, in einem familiären Rahmen zu leben.

Garten einer Gastfamilie

Das *Betreute Wohnen in Familien* bietet den Klienten die Möglichkeit zur Integration und Stabilisierung in einem nicht professionellen Rahmen. Sie nehmen am gesellschaftlichen Leben teil und können sich in die Gemeinde integrieren und haben darüber hinaus ein hohes Maß an individueller Freiheit und Lebensqualität. Die Rehabilitation in der Familienpflege findet in einem Sozialraum statt, in dem sich keine oder wenig andere Betroffene finden. Eine Milieubildung kann nicht stattfinden. Somit ist eine geringst mögliche Stigmatisierung gewährleistet.

Die Familienpflege ist ein personenzentriertes Hilfsangebot par excellence. Denn bei der Zuordnung eines Klienten zu einer Gastfamilie ist der Dreh- und Angelpunkt, dass sie gut zueinander passen. So kommt eine Vermittlung nur dann zustande, wenn sich das Angebot der Familie mit den Bedürfnissen des Klienten in hohem Maße deckt. Während die Profis die Kriterien des Gesamtplanverfahrens berücksichtigen, ist der Klient aufgefordert, seine Wünsche und Bedürfnisse genau zu erforschen und die Familie nach eben diesen auszusuchen.

Fallbeispiel

Familie K. lebt in einem schönen, ruhig gelegenen Reihenhaus in München. Frau K. arbeitet als Arzthelferin. Ganz in der Nähe ihrer Arbeitsstelle befindet sich eine gerontopsychiatrische Einrichtung, von der sie einiges mitbekommt. Und nicht selten erregt die Versorgung und Betreu-

ung der Bewohner dort ihren Unmut. Außerdem belastet sie zunehmend, dass sie in der Arztpraxis für die einzelnen Patienten kaum mehr Zeit hat. Aus diesem Grund hat sich Frau K. entschlossen, Teilzeit zu arbeiten und einen psychisch erkrankten Menschen bei sich aufzunehmen.
Das Ehepaar zeigt sich in den Vorgesprächen sehr kontaktfreudig, interessiert und aufgeschlossen. Sie wünschen sich für ihren zukünftigen Gast ein hohes Maß an familiärer Integration.

Der Klient, Herr J., ist 21 Jahre alt und gerade dabei, seine Lehre als Gärtner erfolgreich zu beenden. Er sucht eine betreute Wohnmöglichkeit in München, da er hier eine neue, geförderte Stelle gefunden hat. Bei Herrn J. wurde unter anderem eine Minderbegabung diagnostiziert. In seinem Elternhaus hat er sehr wenig Wertschätzung und Förderung erfahren. In Krisenzeiten zieht er sich zurück und hat immer wieder suizidale Gedanken. Er benötigt vielfältige Hilfe, Anleitung und Beratung in allen Lebensbereichen.

Herrn J. gefällt das Haus auf Anhieb. Da sich im Haus viele Topfpflanzen befinden und Herr J. sie alle bestimmen kann, ergeben sich schnell die ersten Berührungspunkte. Auch an dem dazugehörenden kleinen Garten ist Herr J. sehr interessiert und Familie K. meint, sie suchen dringend jemand, der den Garten neu gestaltet oder Ratschläge dazu gibt. Im Haus hängen viele Fotos von den Bergen und das Ehepaar K. berichtet, dass es in seiner Freizeit sehr oft in die Berge fährt, um dort zu wandern und auch zu klettern. Herr J. ist begeistert und sagt, er hätte

sich immer schon gewünscht, dass ihm jemand das Klettern beibringt. Herr K. freut sich sehr darüber und bietet ihm gemeinsame Touren in die Berge an.
Im Dachgeschoß befindet sich ein sehr geräumiges und gemütliches Zimmer für den zukünftigen Gast. Das Zimmer besitzt eine separate Schlaf- und Sitzecke und ist komplett eingerichtet. Es gefällt Herrn J. sehr. Nach der Hausbesichtigung gehen wir ins Esszimmer und trinken Kaffee. Frau K. hat Kuchen gebacken.
Durch die direkte und unkomplizierte Art von Herrn J. kommt schnell ein Gespräch in Gang. Familie K. erzählt von ihrem Tagesablauf und ihren Hobbys. Herr J. berichtet von seiner Ausbildung, den Prüfungen, die er gerade schreibt und von seinen Träumen und Visionen für die Zukunft: Gerne würde er regelmäßig ein Fitnessstudio besuchen. Das Ehepaar K. ist begeistert und sagt ihm seine Unterstützung zu.

Am Ende des Hausbesuches vereinbaren wir, dass Herr und Frau K. mich anrufen, wenn sie sich entschieden haben. Ich bringe Herrn J. noch zur S-Bahn. Er ist sichtlich erleichtert und freut sich darüber, endlich ein Ziel vor Augen zu haben – er würde gerne bei Familie K. einziehen.

Am nächsten Tag ruft mich Herr K. an und teilt mir mit, dass sie sich für Herrn J. entschieden haben und bei sich aufnehmen wollen. Ich gebe Herrn K. die Telefonnummer von Herrn J. Er möchte Herrn J. die Entscheidung selbst mitteilen.

Wenn uns die individuelle Zuordnung eines Klienten zu einer den Hilfebedarf genau abdeckenden Gastfamilie gelingt, kann ein Heimaufenthalt vermieden werden oder die Entlassung aus jahrelanger Heimbetreuung gelingen. So ist es zum Beispiel für eine erfolgreiche Vermittlung ausschlaggebend, dass der Klient in der Familie die Möglichkeit der Vollversorgung bekommt oder im Bereich „Freizeitgestaltung" Interessen geteilt und unterstützt werden. Um diesen hohen Anspruch der Passgenauigkeit zu erfüllen, benötigt die Familienpflege oft einen langen Atem. Viele Hürden müssen überwunden werden, um auch Fachkollegen vom besonderen Leistungsangebot der Gastfamilien zu überzeugen. Gerade der authentische, unprofessionelle Umgang mit Klienten birgt eine große Chance zum „Mitgehen". Das ist eine Voraussetzung, um personenzentriert zu arbeiten. Denn die Gastfamilien besitzen ein hohes Potential an Kreativität. Aufgabe des Familienpflegeteams ist es, diese kreativen Seiten zu entdekken und für den psychisch erkrankten Klienten nutzbar zu machen. Auch die Aussage, moderne Familien seien zu instabil und oft selbst zu problembehaftet, deckt sich nicht mit den in der Praxis gewonnenen Erfahrungen. Am Ende profitieren beide Seiten – Klient und Familie – von diesem Angebot.

Seeplatz einer Gastfamilie

Ulrike Thanner, Familienpflege München-Rosenheim

Die Wohnprojekte Gravelotte 12 und 14

Im Jahr 1996 wurde das Wohnprojekt Gravelottestraße 12 eröffnet. Das Modellprojekt war und ist einzigartig in der Münchner Versorgungslandschaft und steht für ein niederschwelliges Angebot für psychisch kranke, ehemals obdachlose Menschen. Seit zwölf Jahren bieten wir also Menschen, die oft jahrelang ohne medizinische Versorgung auf der Straße gelebt haben, ein sozialpädagogisch flexibles Betreuungs- und Wohnangebot an. Wir schaffen Zugang zu medizinischer Versorgung, bieten eine Wohnplatz und helfen, die Lebensgrundlagen zu sichern.

Das Wohnprojekt Gravelottestraße 12 ist eine Übergangseinrichtung an der Schnittstelle Wohnungslosenhilfe/Psychiatrie und bietet 42 Männern, Frauen und Paaren eine Wohnmöglichkeit in einem möblierten Appartement im Rahmen des intensiv betreuten Einzelwohnens. Diese Männer und Frauen haben ein gemeinsames Merkmal, sie sind psychisch krank und wohnungslos. Ansonsten unterscheiden sich die BewohnerInnen zum Teil erheblich im Alter (der Jüngste ist 20, der Älteste 72 Jahre alt), in der Nationalität, ihrer sexuellen Orientierung, im Bildungsgrad, im Krankheitsbild und dessen Ausprägung und in unzähligen anderen Aspekten. Nicht selten haben die BewohnerInnen Doppeldiagnosen oder andere somatische Erkrankungen und Behinderungen. Das Maß an gesellschaftlicher Teilhabe, zum Beispiel durch Arbeit, oder die mögliche Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit schwanken oft mit den Krisenphasen im Krankheitsverlauf, ebenso wie die Fähigkeit, das eigene Kranksein zu reflektieren.

Um dieser Vielfalt an Lebensumständen gerecht zu werden, ist für jede/n KlientIn ein individuelles Angebot erforderlich, welches im Bezugspersonensystem erbracht wird. Besonderen Problemstellungen und Ereignissen wird in Einzelkontakten nach ausführlicher Erörterung im Team begegnet. Manche unserer BewohnerInnen haben eine lange Odyssee durch prekäre Lebenssituationen hinter sich oder lebten jahrelang auf der Straße. Sie sind aus fast allen materiellen und sozialen Bezügen herausgefallen und haben etwa verlernt, im Bett zu schlafen. Nicht selten schliefen sie in der Vergangenheit unter Tischen, in irgendwelchen Kellern oder verbrachten ihre Nächte in den Foyers von Bank-

Die Gravelottestraße 14

filialen. Um solche Schwierigkeiten zu überwinden, ist im Team Fantasie gefragt. Aber unsere Grenzen liegen dort, wo andere sie ziehen. So sind wir besonders auf Verständnis und Entgegenkommen anderer Hilfesystemen und natürlich des Hauseigentümers angewiesen.

Unsere Regelwerke und Routinen müssen immer wieder am Einzelfall diskutiert und in Frage gestellt werden. Das Wenigste ist stets richtig und die formulierten Ziele im Hilfeplan können oder müssen laufend überprüft und angepasst werden. Die Betreuungsziele werden höchst individuell und situationsbezogen erarbeitet. Während es in einen Fall schon ein Erfolg sein kann, dass jemand in seinem Bett schläft, mag bei einem anderen Klienten die Integration in den Arbeitsmarkt die Messlatte sein.

Hier eine kleine Auswahl kreativer Lösungen:

Herr T., der aus Angst vor Strahlen sogar im Foyer einer Bank übernachtet hat, soll demnächst einen Betthimmel aus Rettungsdecken über seinem Bett bekommen.

Herr S. der obdachlos und ernsthaft gefährdet war, zog erst in das Wohnprojekt ein, nachdem ihn der Einrichtungsleiter mehrfach persönlich auf der Straße besucht und eingeladen hatte.

Frau E., die in ihrem Appartement ständig das Wasser laufen ließ, um mit dem Rauschen ihre inneren Stimmen zu übertönen, bekam eine CD mit Wasserrauschen.

Herr M. ließ sich erst zu neuen Schuhen überreden, nachdem er in einem Rollenspiel wie ein König hofiert worden war.

Für Frau P. wurde beim Arzt eine Schachtel Zigaretten hinterlegt, um die Motivation zum dringend erforderlichen Arztbesuch zu erhöhen.

Die Betreuungsintensität schwankt mit den Krisenverläufen und unterscheidet sich je nach BewohnerIn teils erheblich. Ihr Spektrum reicht von einem kurzen Gespräch zwischen Tür und Angel ohne Blickkontakt bis zu mehreren ausführlichen Gesprächen am Tag. So kann unter der Prämisse großer Flexibilität bei der Hilfeleistung schon mal ein Vorstellungsgespräch auf der Straße stattfinden.

Dennoch stößt selbst das niedrigschwelligste Konzept an seine Grenzen, auch hier fallen mitunter einzelne Personen durch das Hilfsnetz. Diese so genannten Systemsprenger verbindet fehlende Compliance, es liegt Selbst- und/oder Fremdgefährdung vor, Suchterkrankung und das Verhalten ist von hoher Impulsivität und Dissozialität geprägt. Sie belasten die MitbewohnerInnen und das Personal der Einrichtung sehr, und nach oft langwierigen Prozessen der Konfliktmoderation führen ihre Verhaltensweisen in der Regel zu Hausverboten und schließlich zur Kündigung. Zur Koordinierung und Verbesserung der Zusammenarbeit und Versorgung der Klienten wird eine intensive Vernetzung und enge Kooperation zwischen allen Hilfesystemen gepflegt.

Um überhaupt Zugang zu unseren KlientInnen zu finden oder, anders ausgedrückt, sie den Zugang zu uns finden zu lassen, ist uns größtmögliche Niedrigschwelligkeit sehr wichtig. Gemeinhin kennt man den Be-

griff der *Schwelle* respektive *Schwellenlosigkeit* aus der Bauwirtschaft. So sollen sich beispielsweise RollstuhlfahrerInnen möglichst ohne Hindernisse bewegen können. Auf unsere KlientInnen übersetzt bedeutet dies, dass sie möglichst ungehindert den Weg zu uns finden. Wir treten dafür ein, dass die objektiven Schwellen niedrig bleiben. So fordern wir nur in wenigen Ausnahmefällen die vorausgehende Kostenübernahmezusagen, eine verpflichtende Medikamenteneinnahme oder eine Veränderungsbereitschaft des/r KlientIn.

Oft waren unsere KlientInnen schon in anderen Einrichtungen, bevor sie zu uns kamen. Und nicht selten wechseln sie deshalb zu uns, weil sie in anderen Einrichtungen überfordert waren. Entsprechend anders sind unsere Ziele formuliert. Auch muss definiert werden, was Erfolg ist. Dieser lässt sich nur hinreichend objektiv erfassen, wenn wir, der Anbieter, aber auch der Leistungsträger und andere gesellschaftliche Institutionen und Gruppen einen personenzentrierten Blick auf jede/n einzelne/n Klient und dessen Weg der Veränderung in der Gravelottestraße 12 vornehmen.

Seit der Betreuungsschlüssels von 1:12 auf 1:8 verändert und einige Doppelzimmer in Einzelzimmer umgewandelt wurden, ist unserer Arbeit leichter geworden, so dass wir unser Angebot erweitern konnten. Denn die Ressourcen, die nicht mehr durch Konfliktmanagement bei Doppelbelegung gebunden sind, können nun verstärkt für die individuellen Unterstützung und Förderung der BewohnerInnen eingesetzt werden.

Letztlich wollen wir uns daran messen lassen, ob sich im Laufe des Aufenthaltes im WPG die Teilhabemöglichkeiten unserer BewohnerInnen vergrößert haben, ob sich ihre Eigenverantwortlichkeit für ihr Leben erweitert hat und sich die psychische Stabilität so weit entwickeln konnte, dass Aufenthalte in der Psychiatrie seltener geworden sind. Erfolg kann auch sein, wenn trotz der schwerwiegenden Erkrankung ein Heimaufenthalt vermieden werden kann, oder aber, wenn nach Ausschöpfung aller ambulanten Hilfen, ein geeignetes Heim gefunden werden kann. Dazu bedarf es individueller Einzellösungen unter Einbeziehung anderer Hilfen wie des ambulanten Pflegedienstes, der Tagesstätten etc.

Ein Ausflug nach Starnberg

Betreutes Einzelwohnen Gravelottestraße 14

Für die BewohnerInnen, die nicht uneingeschränkt mietfähig sind, die aber auch keine stationäre Unterbringung benötigen, ist es immer noch schwierig, geeignete langfristige Wohnlösungen zu finden. Entlastung brachte hier die Eröffnung des Projektes *Betreutes Einzelwohnen in der Gravelottestraße 14* im Jahr 2006. Durch die unmittelbare Nähe zum Wohnprojekt Gravelottestraße 12, wurde unser Konzept des niederschwelligen Zuganges und Betreuungsangebotes fortgeführt. Im BEW wohnen derzeit 42 Menschen, allesamt ehemalige Bewohner des Wohnprojektes Gravelottestraße 12. Alle unter einem Dach, stellt in Bezug auf den oben beschriebenen Personenkreis nach wie vor ein Novum in München dar.

Die Erfahrungen der letzten Jahre ergeben ein vielfältiges, mitunter skurriles, oft schwieriges, öfter noch ein überraschendes Bild – ebenso wie die Menschen, die im Haus leben. Viele BewohnerInnen erleben den Umstand, das erste Mal seit vielen Jahren wieder in einer eigenen Wohnung mit einem festen Mietverhältnis zu leben, als Überforderung. Hier gilt es, in kleinen Schritten, alte Fähigkeiten neu zu erwerben. Dazu gehören Wäsche waschen ebenso wie Einkaufen und Haushaltsführung und nicht zuletzt Rücksichtnahme auf die Nachbarn. Bei der Mehrzahl der BewohnerInnen erleben wir allerdings deutliche Schritte hin zu mehr Selbstverantwortung und Lebensfreude, wie etwa in der Gestaltung der eigenen Räume. Durch das betreute Wohnen konnten Krankenhausaufenthalte deutlich verringert werden. Menschen, wie Herr M., der sich seit zehn Jahren auf einer Odyssee durch diverse Einrichtungen

befand, lebt nun seit drei Jahren – erstmalig stabil – in unserer Einrichtung. Mit großer Zufriedenheit erleben wir hier ein gesteigertes Selbstbewusstsein, wie etwa bei der Einforderung von Rechten als regulärer Mieter. Dies wird als ein Schritt zur Gesundung verstanden.

Die vielfältigen Anforderungen, die sich aus der Bandbreite der vorliegenden Problemlagen ergeben, ziehen ein großes Bemühen um individuelle Lösungen nach sich. Von Seiten des betreuenden Teams sind hohe Kreativität und Flexibilität gefordert. Nicht selten umfasst das Betreuungsangebot praktische und konkrete Hilfe. Nicht selten wird gemeinsam eingekauft, gekocht und geputzt. Mitunter sind auch detaillierte Anweisungen beim Duschen oder der Toilettenbenutzung notwendig.

Frau B. ist chronisch krank, die Wohnung kann sie nur noch selten verlassen und Freunde kommen auch nicht oft vorbei. Aber Frau B. ist tierlieb. Das ist die Chance, ihre Lebenssituation zu verbessern. Wir schlagen ihr die Anschaffung eines Haustieres vor. Frau B. weiß, dass mit ihrem Krankheitsbild jeder Tag ein Geschenk ist. Aus diesem Grund hat sie sich eine Katze ausgesucht, die schon etwas älter und auch chronisch krank ist.

Um die noch zu entwickelnden Kompetenzen in der Haushaltsführung und Selbstversorgung zu kompensieren, wurden für sieben BewohnerInnen Haushaltshilfen beantragt und genehmigt. Für einen Bewohner, der während seines Aufenthaltes pflegebedürftig wurde, konnte die Pflegestufe 1 durchgesetzt und somit sein Verbleib in der Wohnung gesichert werden.

Im Betreuten Einzelwohnen ist die Möglichkeit gegeben, eine Heimat zu finden, und die eigenen vier Wände – auch unter widrigsten Umständen – zu halten. Daher kommt hier der Tagesgestaltung eine weitere wichtige Rolle zu. Soziale Kontakte sind ebenso gewünscht wie Angebote, die Freizeit, trotz persönlicher Defizite, gemeinsam zu verbringen. Durch ein breites, offenes Angebot versuchen wir, diesen Wünschen zu entsprechen.

„Frage: Um welches Gruppenprojekt handelt es sich?"

- Man kann sitzen oder stehen, notfalls sogar liegen!
- Kopfhörer müssen vorher abgesetzt werden, sonst kein Dresscode!
- Trinken erwünscht, Essen nicht!
- Begleitung ist willkommen!
- Die Fähigkeit, aufeinander zu hören wäre wichtig!
- Psychopharmaka? Egal!
- Diagnose? Egal, nur schwingen muss es!
- Selbstverständlich auf Wunsch Rauchpausen!
- Bei uns macht der Ton die Musik, auch der MP3-Player!
- Fazit: Wir gehen beschwingt nach Hause!

Haben Sie erraten, um welches Projekt es geht? Natürlich: Unseren Chor. Unser Repertoire reicht von den Beatles über Gospel bis zur Spider Murphy Gang. Gerne werden auch Musikwünsche erfüllt. Unser Ziel ist ein glanzvoller Auftritt im Gasteig, falls dies nicht möglich sein sollte, sind wir beim nächsten Sommerfest zu hören.

Der Chor trifft sich alle zwei Wochen und setzt sich derzeit aus bis zu zehn Chorbegeisterten aus beiden Wohnprojekten zusammen.

Ein weiterer Meilenstein war die Eröffnung des Zuverdienstprojektes Haidhausen Anfang 2008. Seither haben die psychisch kranken Menschen in Räumen der Gravelottestraße 14 die Möglichkeit, eine Tätigkeit auszuüben. Innerhalb des ersten Jahres fanden 15 Bewohner der Wohnprojekte eine Beschäftigung, sechs davon sind inzwischen in festen Arbeitsverhältnissen untergekommen.

Die verdiente Ruhepause

Psychisch kranke bzw. behinderte Menschen haben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt immer weniger Chancen, berufliche Perspektiven zu entwickeln. Vor allem in dem Lebensbereich *Arbeit* werden sie mit einer harten, oftmals ausgrenzenden Realität konfrontiert. Erwerbstätigkeit aber ist ein wesentlicher Teil der menschlichen Existenz. Neben dem wirtschaftlichen Aspekt, bedeutet Arbeit immer auch ein Stück Zuversicht durch ihre gesundheitsfördernden, weil strukturgebenden Momente. Über seine Arbeit hat der Mensch wieder die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen, berufliche und soziale Kompetenzen zu erwerben, zu erhalten und auszubauen.

Ein Zuverdienstprojekt bedeutet grundsätzlich Arbeit in einem geschützten Rahmen mit Anleitung und Begleitung durch eine Fachkraft und stellt einen niederschwelligen Zugang zu regelmäßiger Beschäftigung bzw. den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt dar. Wie in keiner Form der beruflichen Eingliederung werden in einem Zuverdienstprojekt die Rahmenbedingungen der Arbeit, den Möglichkeiten und Wünschen der beschäftigten Mitarbeiter angepasst.

Das Zuverdienstprojekt Haidhausen bietet neben einem Reinigungsservice für Treppenhäuser, Appartements und Wohnungen, auch das Renovieren von Wohnungen und kleinere handwerkliche Tätigkeiten an. Ein weiterer Bestandteil des Zuverdienstprojekts Haidhausen ist eine Boutique. Dort sind fünf Mitarbeiterinnen beschäftigt, die Kleidung und Haushaltswaren zu niedrigen Preisen anbieten. Durch die sinnvoll erlebte Beschäftigung im Zuverdienstprojekt wird erreicht, dass sich die Be-

wohnerInnen stabilisieren und ihre verbliebene Leistungsfähigkeit erhalten können. Im Einzelfall können auch Fähigkeiten ausgebaut werden, so 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.
Um weitere Arbeitsplätze zu schaffen und unser Projekt zu erweitern, planen wir demnächst einen Wasch-, Bügel- und Nähservice. Die Idee: Schadhafte Kleidung wird gegen geringe Unkostenbeiträge ausgebessert bzw. geändert, Wäsche fachgerecht gewaschen und gebügelt. Bei Bedarf ist sogar Abholung und Lieferung innerhalb Haidhausens möglich.

Horst Reinwarth, Thilo Ehrhardt, Isolde Wolf, Heidi Boscher,
Wohnprojekte Gravelottestraße 12 und 14

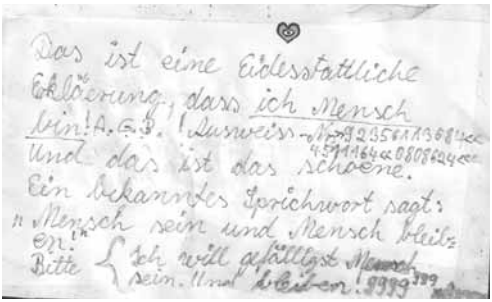
Langzeitwohnprojekt Tiroler Hof mit Intensiv Betreutem Einzelwohnen

Der Mensch im Mittelpunkt – Personenorientierte Hilfeplanung

In der sozialpsychiatrischen Arbeit begegnen und befassen wir uns mit Menschen, die gemessen an geltenden Normen durch ihre Befindlichkeit und ihre Verhaltensweisen sich selbst und/oder andere so einschränken, stören oder gefährden, dass Hilfe angezeigt ist.
Unser Ziel ist es, ihnen eine Unterstützung zu gewähren, die möglichst von Hilfebedürftigkeit befreien soll, d.h. Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne eines „gelingend(er)en Lebens und Zusammenlebens" zu leisten. Unsere Arbeit ist in ihrem Kern Beziehungsarbeit, die sich an Menschenbildern und Grundwerten orientiert und die ohne regelmäßige Reflexion nicht verantwortlich leistbar ist. Dies gilt auch und in vielen Bereichen ganz besonders für die Arbeit in einer vollstationären Wohneinrichtung. Hier stehen der Mensch, das Menschsein und das Miteinander im Mittelpunkt des gemeinsamen Alltags. Dem eigenen professionellen Helfen und Handeln einen personenorientierten Ansatz zu Grunde zu legen, bedeutet hier immer wieder eine große Herausforderung, bedeutet ein ständiges gemeinsames Bemühen um neue Richtungen und mögliche Wege.

Mensch Max zur *Würde des Menschen*

Max versteht sich als Heimbewohner und vor allem als Taschengeldempfänger. Vom Versuch, dafür „schönere" Begriffe zu finden, hält er nichts. Aber es sei schon o. k. so, er fühle sich mittlerweile „irgendwie" zu Hause im Tiroler Hof. Natürlich hat Max auch eine eigene Familie. Er hat seine Verwandten lange nicht gesehen, hat sie dafür aber immer bei sich, in seinen Gedanken, seinen Ängsten, seiner Wut und seiner Verzweiflung. Max hat so ziemlich alles erlebt, was man unter einer so genannten Psychiatriekarriere versteht: Zahlreiche Zwangseinweisungen, Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und sozialtherapeutischen Wohneinrichtungen, den Verlust an Einfluss darauf, was mit ihm und seinem Leben passiert. Das meiste von dem, was er durchmachte, waren dennoch einfach nur menschliche Erfahrungen – Erfahrungen wie Verlust, Kummer, Schock, Angst und Verlassenheit.


Das ist eine Eidesstattliche
Erklärung, dass ich Mensch
bin! A.G.B. Ausweis
Und das ist das schöne.
Ein bekanntes Sprichwort sagt:
„Mensch sein und Mensch bleiben"
Bitte Ich will gefälligst Mensch
sein. Und bleiben!

Eidesstattliche Erklärung von Max

Max hat vor vielen Jahren „eine Diagnose bekommen", ein Geschenk, das er sich nicht erbeten habe, wie er sagt, und mit dem er auch nie etwas anzufangen wusste. Aber eine fachärztliche Diagnose „paranoide halluzinatorische Schizophrenie" bekomme man so leicht nicht mehr los, die könne man nicht einfach ablehnen oder zurückgeben. Max liegt sehr viel daran, bis heute nicht zu sagen „Ich bin schizophren."

„Ihr habt einen unglaublichen Erklärungstrieb. Ihr erklärt Phänomene und wollt Sinn darin finden. Ihr erklärt euch und uns psychische Krankheit und Verhalten. Situationsangemessenes Verhalten – Fehlverhalten – Regelverletzung. Ihr habt die Tendenz zu vergessen, dass nur sicher ist, dass niemand Verhalten sicher voraussagen kann. Verhaltens weisen haben immer nur eine gewisse Bandbreite der Wahrscheinlichkeit. Und ihr habt die Tendenz zu vergessen, dass auch Störenfriede wie ich Menschen sind und die gleichen Gefühle und Bedürfnisse haben wie ihr selbst.

Ich habe ein Recht darauf, dass ihr wisst und euch sagen lasst, dass ich ein Mensch bin. Ich habe ein Recht darauf, dass ihr mich entsprechend behandelt. Es reicht nicht aus, nur zu sagen, dass andere Menschen auch Menschen sind. Nichts trifft einen Menschen mehr, als zu erkennen, dass er wie eine Sache behandelt wird.

Ihr rechtfertigt euch dafür, dass ihr ab und wann etwas Gewalt anwenden müsst, rechtfertigt euch für eure Macht. Ihr rechtfertigt euch mit der Notwendigkeit, zu helfen. Ich mag aber keine Samariter um mich herum. Ich mag eure Hilfe nicht grundsätzlich annehmen müssen, sie löst oft nur Scham aus in mir, stellt mich bloß, kränkt mich, macht mich wütend und zugleich ohnmächtig.

Da fällt mir der Witz vom Arzt ein, der sagt, dass es überhaupt nicht wehtun wird, und damit eigentlich nur meint, dass es ihm selbst nicht wehtun wird …

Ich weiß natürlich, dass es in jeder zwischenmenschlichen Beziehung Macht und Ohnmacht gibt, wechselseitige Kontrolle und Konsequenzen

auf störendes Verhalten eines Partners. Und ich kenne den Übeltäter der Selbstbezogenheit – wenn ich andere Menschen kaum noch sehen oder hören kann, weil mein eigenes Selbst so deutlich in Erscheinung tritt.
Ich mache euch einen Vorschlag: Bekennt euch zu eurer Macht und behandelt mich, aber wie einen Menschen, der trotz allem auch etwas zu geben hat, dann können wir von mir aus im Gespräch bleiben …!"

Es ist leicht, sich vor Max zu fürchten. Er tut einiges dafür – vorsichtshalber.
Es ist nicht leicht, ihn kennen zu lernen.
Max lebt seit über sechs Jahren im Tiroler Hof. Von außen betrachtet hat sich nicht viel verändert. Und doch hat es vor vier Jahren eine entscheidende Wende gegeben. Nach einer sehr schweren Krise begann Max, mit uns zu sprechen. Er äußerte sein Erstaunen, dass er nach einer Zwangsbehandlung in der Klinik „wieder nach Hause in sein Zimmer durfte". Und wir begannen, das eine oder andere zu verstehen. Wir sind bis heute im Gespräch geblieben und lernen gemeinsam.

Gesundung – für uns wichtige Botschaften des Recovery-Ansatzes

Das Konzept der Gesundung (Recovery) wurzelt in der einfachen Erkenntnis, dass Menschen, die „eine psychiatrische Diagnose bekommen haben" in erster Linie Menschen sind und nicht auf ihre Krankheiten reduziert werden dürfen. Nur wenn Menschen sich in ihrer Individualität respektiert und anerkannt fühlen, werden sie auch (wieder) bereit

sein (können), sich auf eine (helfende) Beziehung einzulassen.
Gesundung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen und auch nach längerer Krankheitszeit möglich. Aber jeder Gesundungsweg ist anders. Die Menschen sind verschieden und brauchen unterschiedlich viel Zeit. Jeder Mensch muss seinen eigenen Weg finden (dürfen).

Gesundung bedeutet nicht zwangsläufig Symptom- und Krisenfreiheit. Krisen und Symptome treten aber seltener auf und sind weniger belastend.

Gesundung ist nicht systematisch planbar, vielmehr kann es plötzliche positive Veränderungen geben, aber auch Stillstand und Rückschritte sind möglich.

Unsere professionelle Unterstützung ist nur ein Faktor unter vielen, der Gesundung fördern kann.

Um sich aus den Beschränkungen der KlientInnenrolle zu einer selbst bestimmten Person mit einem sinnerfüllten Leben entwickeln zu können, darf ein Mensch nicht der Überzeugung sein, dass seine Anstrengungen nutzlos sind und er keinen Einfluss auf sein Leben hat, weil die Macht in der Hand von Andern ist.
Wir müssen daher für unsere KlientInnen eine Umgebung schaffen, in der es Entscheidungen zu treffen gibt, in der sie in den verschiedensten Alltagssituationen eine bewusste Wahl treffen können zwischen mehreren Möglichkeiten. Es geht darum, Entscheidungsprozesse zu initiieren, zu unterstützen und vor allem nicht zu behindern.

Respekt, Partnerschaftlichkeit, Vertrauen, Offenheit, Hoffnung, Vertrauen in die Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstermächtigung, Mut zu Veränderungen in den Machtverhältnissen von helfenden Beziehungen und Einrichtungen und Ähnliches mehr sind Haltungen, die uns der Recovery-Ansatz als Grundlage für die verschiedenen Betreuungssituationen nahe legt. Man kann sich diese selbst und gegenseitig allerdings nicht einfach nur verschreiben, wir müssen uns vielmehr ständig und immer wieder neu daran erinnern und mit aller Kraft darum bemühen!

Recovery-Prozesse geschehen auch in vollstationären Einrichtungen. Wenn wir sie wahrnehmen, ernst nehmen und ihr Gelingen unterstützen, dann wird der Weg von „Heim"-BewohnerInnen immer wieder auch nach „draußen" führen können.

Michael: „Es ist nicht eure Sache zu entscheiden, ob es geht oder nicht."

Es geht darum, jedem sein Recht auf die Chance zu geben, „sich auszuprobieren"!

In unseren Händen liegt viel Kraft

Das Leben von Michael war von Anfang an schwierig. Seine „Psychiatriegeschichte" beginnt mit einem stationären Langzeitaufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seine jungen Jahre sind geprägt von Rückzug und Verweigerung. Es scheint kaum ein Verstehen möglich zu sein zwischen ihm und den „Anderen". Er erinnert sich nur an „kurze Zeiten

zwischendrin", in denen er sich wohl fühlte. Mit ca. 20 Jahren habe er dann „seine Diagnose", einer desorganisierten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erhalten. Er lacht, weil er sich diese Formulierung noch nie habe richtig merken können.

Michael hatte schon immer viele Ideen. Sie waren meist sehr groß, umfassten die gesamte Weite der Welt für „eine neue sorgenfreie Existenz".

Michael machte viele Versuche, selbstständig zu leben und zu arbeiten. Und gab nach kurzer Zeit wieder auf.

Er flüchtete auf die Straße, in die Wälder, ins Ausland. Er überlebte die Zeit ohne Behandlung, sie sei gar nicht so schlecht gewesen, erinnert sich Michael. Trotzdem kam er zurück. Er lebte für einige Zeit in seinem Elternhaus. Nach einem stationären Aufenthalt im Jahre 2002 konnte er jedoch nicht mehr dorthin zurück. Er wurde in einem geschlossenen, vollstationären Wohnheim untergebracht. Er erinnert sich, dort erstmals in seinem Leben ein „handfestes Ziel" für sich gefunden zu haben: „zurück in die Freiheit". Und er bemerkte bald, dass dies nur Schritt für Schritt und mit viel Entgegenkommen seinerseits gelingen konnte. Er beteiligte sich daher rege am Therapieprogramm, vor allem an der Arbeitstherapie und wurde schließlich von seinem gesetzlichen Betreuer dabei unterstützt, in eine offene stationäre Wohneinrichtung wechseln zu können.

Michael kam im Sommer 2004 in den Tiroler Hof. Er beschreibt, wie schön und intensiv das Gefühl damals war, wieder einen Schlüssel zu

haben. Auch die Kontrolle und der Druck, zu arbeiten, seien viel erträglicher gewesen als zuletzt. Trotzdem brauchte Michael mehrere Monate, um auch innerlich anzukommen. Er blieb abwartend und sehr vorsichtig, während er viele Stunden am Tag unzählige Zigaretten rauchte und dabei im Viereck den Garten ablief. Gleichzeitig plante Michael wieder große und gewinnbringende Projekte auf weit entfernten Inseln. Ein Mann müsse schließlich wissen, wofür er lebt, sagte er und schmunzelte dabei.

Michael gewann nach und nach Vertrauen und konnte sich etwas mehr auf die Menschen um sich herum einlassen. Er begann, von sich und seinen Träumen zu erzählen und gewann dabei immer mehr Boden unter den Füßen. Für uns völlig unerwartet, änderte er eines Tages von sich aus seine Pläne und beschloss, vorerst in Bad Reichenhall zu bleiben und hier „neu durchzustarten".
Ende 2007 zog Michael im Rahmen des IBEW in eine eigene Wohnung. Es fiel uns nicht leicht, diese Entscheidung mit zu tragen. Wir dachten „er sei noch nicht soweit …". Auch seine Angehörigen waren sehr in Sorge.

Michael lebt seit über einem Jahr in einer eigenen Wohnung. Der Ortswechsel brachte für ihn nicht den von ihm erhofften inneren Wechsel. Die Arbeit und die Verantwortung um die eigenen vier Wände herum kosten ihn viel Kraft. Alltagsprobleme haben nun eine ganz andere Bedeutung. Die Folgen des eigenen Handelns erlebt er als erschreckend direkt. Im Heim war es nicht so schlimm, den Hausschlüssel verlegt

oder verloren zu haben. Im Heim hatte es keine erfahrbare finanzielle Auswirkung, die Heizung bei geöffnetem Fenster auf Hochtouren laufen zu lassen. Im Heim musste man nur ins Büro gehen, wenn irgendetwas nicht stimmte. Manchmal mache ihm das eigenständige Leben ziemlich viel Angst, sagt Michael.
Gleichzeitig erkennt und akzeptiert er für sich selbst, vielleicht das erste Mal in seinem Leben, dass er Unterstützung braucht, um durchhalten zu können und trifft eine Entscheidung. Ganz am Boden, ganz realistisch, sagt er uns, was er braucht. Die rein ambulanten Angebote in der Region (zum Beispiel die Tagesstätte) überfordern ihn noch, er ist für eine vorerst unbestimmte Zeit auf das ihm Vertraute angewiesen. Er benötigt das relativ störungstolerante Klima im Tiroler Hof, die Zufallsbegegnungen dort, die jederzeit leicht erreichbare Ansprache vom Betreuerteam und überhaupt die Gewissheit, „noch dazuzugehören".

Michael kommt täglich für ca. sieben Stunden in den Tiroler Hof. Er beteiligt sich an verschiedenen Angeboten und/oder ist einfach nur da. Dazwischen geht er gerne in die Stadt. Er hat viel zu tun, er hat Termine beim Arzt oder bei der Gemeinde, er geht gerne zum Essen ins Lokal. Die Abende verbringt Michael grundsätzlich zu Hause. Er geht frühzeitig zu Bett, da er morgens „zeitig raus muss". Er richtet sich sein Frühstück und verlässt das Haus, um, für ihn ist das so, „zur Arbeit zu gehen". Michael meldet sich grundsätzlich im Betreuerbüro des Tiroler Hofes an bzw. wieder ab. Er bespricht jeweils kurz das von ihm Erlebte. Es findet sehr viel Sicherheit in seiner eigenen Verlässlichkeit.

Nun könnte man vielleicht sagen, es habe ja gar kein „wirklicher Auszug" von Michael stattgefunden. So dachten wir eine Weile und stellten uns damit verbunden die Frage, ob das IBEW Tiroler Hof überhaupt eine „richtige ambulante Maßnahme" sei.
„Doch nicht getrennt zu sein" beschreibt das Gefühl zur weiteren Präsenz von Michael und unseren anderen „ambulanten KlientInnen" im Tiroler Hof. Es unterscheidet unsere tägliche IBEW-Arbeit deutlich vom „herkömmlichen ambulant betreuten Wohnen", bei dem die gefühlte KlientInnenpräsenz subjektiv sicher nur in schwierigen Krisensituationen vergleichbar erlebbar ist. Wir sind dadurch organisatorisch sowie in verschiedenen Fragen der (Bezugs-)Betreuung und ganz besonders in unserer Abgrenzungsfähigkeit gefordert. Wir müssen zum Beispiel nun in einer anderen Art als im rein stationären Setting entscheiden, ob das von uns Gehörte und Gesehene für uns Handlungsbedeutung hat oder nicht. Die Notwendigkeit des Wissens um Zuständigkeit und Nicht-Zuständigkeit sowie der Verzicht auf „Allzuständigkeit" erfahren einen besonderen Stellenwert.

Mittlerweile führen wir unsere anfängliche Verunsicherung auf die noch immer schwer korrigierbare Auffassung zurück, dass umfangreiche Hilfe automatisch mit der Organisationsform einer stationären Einrichtung gleichzusetzen ist bzw. ambulant grundsätzlich weniger als stationär bedeutet.

Der Tiroler Hof ist nicht mehr nur stationär ...

Das erleben wir als MitarbeiterInnen des Teams tagtäglich, aber auch die BewohnerInnen des Tiroler Hofes wissen mittlerweile genau über das Intensiv Betreute Einzelwohnen Bescheid. Die partielle oder auch intensive weitere Teilhabe der „IBEW'ler" an der Hausgemeinschaft erleben sie als positiv. Das „Draußen" scheint dadurch nicht mehr so weit weg zu sein und bringt einige bzw. einiges in Bewegung. Die BewohnerInnen beobachten und nehmen ein Stück weit teil am Leben ihrer früheren MitbewohnerInnen. Manche von ihnen beginnen vorsichtig oder auch laut über einen eigenen Auszug nachzudenken, einzelne stecken bereits in ersten Planungen.

Wir betreuen 18 KlientInnen stationär und mittlerweile sieben KlientInnen ambulant: im Rahmen des IBEW (Betreuungsschlüssel 1:6) vier frühere BewohnerInnen des LZWPs sowie zwei KlientInnen, um eine Heimeinweisung abzuwenden; im Rahmen des Projektes „Flexible Hilfen" eine weitere ehemalige LZWP–Bewohnerin mit einem Betreuungsschlüssel von 1:2.
Es handelt sich um Personen, die in einer eigenen Wohnung leben möchten und gleichzeitig im Rahmen der Hilfebedarferhebung einen sehr umfassenden Hilfebedarf für sich feststellten. Sie benötigen bedarfsorientierte Unterstützungsleistungen rund um die Uhr, jeden Tag im Jahr. Das heißt, sie sind angewiesen auf eine unproblematische Erreichbarkeit sowie im Bedarfsfall ein zeitnahes Erfolgen der Hilfen, die Sicherheit der 24-Stunden-Rufbereitschaft und des Krisenzimmers, die Möglichkeit der Essensversorgung und/oder tägliche Unterstützung bei

der Medikamentenversorgung, und auf regelmäßige Wochenendangebote und Ähnliches mehr.

Im Heim

Um ihnen im Sinne einer personenorientierten Hilfeplanung genau die Unterstützung gewähren zu können, die sie benötigen, um eigenständig leben zu können, sind wir auf die Struktur des stationären LZWPs angewiesen. Dies wurde in den mittlerweile zwei Jahren unserer IBEW-Arbeit sehr deutlich. „Heim" bezeichnet eben nicht nur eine Immobilie, sondern garantiert vor allem auch ein umfassendes Hilfeprogramm, das an diesem Ort stattfindet. Es dürfte nicht nur in unserer ländlichen Region um einiges leichter sein, für einen psychisch behinderten Menschen eine 24-Stunden-Betreuung in einer stationären Einrichtung zu organisieren als zum Beispiel sozialpsychiatrische Hilfen für eine Stunde am Tag verlässlich für 365 Tage im Jahr.

Mit der Veränderung unserer Arbeitssituation begannen wir, die Aspekte Wohnen und Unterstützung getrennt zu betrachten

Wir gelangten dabei zu der Erkenntnis, dass eine konsequente Umsetzung personenorientierter Hilfeplanung erst dann möglich sein wird, wenn die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe oder deren Beendigung diskutiert werden kann, ohne dass die Frage des Erhalts des Wohnraums der KlientInnen davon berührt wird.

Es geht in unserer Arbeit um die Erfassung, Beantwortung und Steuerung von individuellen Hilfebedarfen und damit um ein Spektrum unterschiedlicher Hilfebedarfe – von wenig bis sehr viel. Menschen sollen Unterstützung in der Intensität bekommen, die sie benötigen, ohne deshalb in ein Heim ziehen zu müssen. Aus unserer Sicht sollen sie aber auch das Wohnsetting bekommen, das sie wünschen und in dem sie sich wohl fühlen, ohne deshalb ein bestimmtes Betreuungsangebot annehmen zu müssen. Die notwendigen personenbezogenen Hilfen sollten daher in bedarfsgerechtem Umfang unabhängig von der Wohnform und Organisation der Hilfe sichergestellt werden können. Das ist leichter gesagt als getan, schafft es doch erhebliche organisatorische Probleme. Überall da, wo es um Formen gemeinschaftlichen Wohnens geht, schafft es Probleme des Vorhaltens und Verwaltens von Wohnraum, der dann eventuell nur noch teilweise von Menschen genutzt wird, die gleichzeitig auch andere Hilfen bekommen. Darüber hinaus müssen geeignete vertragliche Regelungen getroffen werden, die Mietverhältnis und Betreuungsleistung auseinander halten. Viele Fragen wollen hier beantwortet werden.

Mit einer gut organisierten und ausreichend flexiblen ambulanten Unterstützung erübrigt sich in sehr vielen Fällen eine Heimaufnahme. Elementare Voraussetzung ist eine leistungsfähige ambulante Versorgung, d. h. es müssen nicht nur flexible Finanzierungsinstrumente, sondern vor allem auch stabile, verlässliche und tragfähige ambulante Strukturen erhalten werden.

Eine ambulante sozialpsychiatrische Arbeit, die bisher „in Heimform gewährte" Hilfen ersetzen soll, darf natürlich nicht zu Lasten der erforderlichen Qualität und Verlässlichkeit gehen. Dieser Anspruch ist mit veränderten Anforderungen für die professionell Tätigen hinsichtlich Unregelmäßigkeit, Arbeit zu ungünstigen Zeiten und persönlicher Verantwortung verbunden. Im Prozess der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes bei der Gewährung von Eingliederungshilfe muss diese Situation mitbedacht werden. Nur dann kann es gelingen, motivierende Arbeitssituationen, die einen fairen Belastungsausgleich ermöglichen, sicherzustellen und belastbare Teams für neue „ambulante Stützpunkte" aufzubauen. Denn wer anderen Sicherheit und Halt geben soll, muss selbst Halt haben und sich sicher fühlen können!

In diesem Sinne ein **Dankeschön** an die Kolleginnen und Kollegen des Teams Tiroler Hof für ihre engagierte Arbeit und den steten Einsatz für ein gemeinsames Gelingen.

Ausblick

Es geht um das Ziel, allen Menschen volle Teilhaberechte zu gewähren, so dass auch Menschen mit umfassendem Unterstützungsbedarf eine grundsätzliche Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Angeboten haben. Die Rahmenbedingungen für bedarfsgerechte Teilhabeleistungen

Das Team LZWP und IBEW

sind so zu gestalten, dass psychisch kranke und behinderte Menschen unabhängig von ihrem Hilfebedarf sowohl in einer stationären Einrichtung (meist noch Heim genannt) als auch in der Familie, alleine, mit Partner, Gleichgesinnten oder in einem sonstigen an ihren Lebensvorstellungen orientierten Wohnkonzept leben können. Nur so kann vermieden werden, dass Menschen mangels verfügbarer ambulanter Hilfeangebote auf eine stationäre Unterbringung zurückgreifen müssen.

Im Mittelpunkt soll der Mensch mit seiner individuellen Persönlichkeit und seinen Bedürfnissen in jeder Lebensphase stehen. Unter diesem Gesichtpunkt sind die derzeitigen Strukturen von „ambulant/stationär" nicht mehr relevant, ist auch die Begrifflichkeit „ambulant vor stationär" nicht Ziel führend. Es stellt sich vielmehr die Frage, ob ambulante Leistungen letztlich so bereitgestellt, bemessen und bewilligt werden, dass sie den persönlichen Bedarf der einzelnen Menschen decken.

Sabine Haase, Master of Social Work, Einrichtungsleitung Tiroler Hof

Zuhause

Seit dem 9. Dezember 2002, also seit über 6 Jahren wohne ich nun schon in unserem Langzeitwohnprojekt für chronisch psychisch Kranke, im ehemaligen, für uns umgebauten Hotel „Tiroler Hof" in Bad Reichenhall.

Seit dem letzten Tätigkeitsbericht hat sich bei uns und bei mir einiges geändert. Wir Kranke und auch unsere Betreuer sind älter geworden. Nachdem uns in den letzten Jahren etliche junge und jüngere Mitbewohner „verlassen" haben und wieder in einer Wohnung leben (wo sie

bei Bedarf vom Heim aus betreut werden), sind die meisten Bewohner jetzt zwischen Ende 40 bis Ende 60 Jahre alt.
Wir haben nun auch schon 2 Tote zu betrauern:
*unsere Anne (*08.10.1949 +29.07.2007 im Alter von nur 57 Jahren) und seit letzten Freitag auch unseren Kurt (+30.01.2009 im Alter von 70 Jahren), die jetzt nach ihrem schweren und langen Leiden hoffentlich in einer besseren Welt als der unseren eine angenehme Daseinsform gefunden haben.*

Einige von unseren Betreuerinnen machen zurzeit eine Babypause; dafür sind zwei junge Damen in die Bresche gesprungen, eine Dipl.-Pädagogin (Uni) und eine Dipl. Soz.-Päd (FH). Ein älterer männlicher Betreuer warf schon nach kurzer Zeit das Handtuch; für ihn wurde ein junger Dipl. Soz.-Päd. (FH) eingestellt.
Außerdem haben wir jetzt schon seit einiger Zeit eine tägliche Beschäftigungstherapie Hauswirtschaft. Es wird seither sehr gut gekocht und gebacken. An unserer Kochgruppe beteiligen sich zurzeit jedoch leider einige MitbewohnerInnen aus den verschiedensten Gründen nicht mehr regelmäßig. Sie nehmen also nicht immer am Kochen oder bei den Vorbereitungen für die abendlichen Brotzeiten teil, was mich manchmal doch ärgert, weil ich auch zeitweise [wie jetzt, Mo., 02.01.2009, 2.03 Uhr] sehr starke Schmerzen im Rücken und ab und zu auch in meinem Becken und meinen Beinen habe, was wohl an meinem riesigen Übergewicht liegt.

Als ich Ende 2002 meine jetzige Medikation bekam – 13 Pillen täglich –, habe ich in kurzer Zeit etwa 50 Kilo zugenommen (allerdings hatte ich mit erheblich weniger Gewicht auch schon starke Schmerzen im Becken und im Rücken als Referendar vor 25 Jahren) und davon zwar wieder einige Kilo abgenommen, bin aber nach wie vor gerade jetzt nach Weihnachten viel zu fett, was mich körperlich erheblich einschränkt, z.B. beim mittäglichen Spülen, beim wöchentlichen Küchenputz und manchmal auch beim Gehen!

Ich kann mich immer noch selbst beschäftigen, wenn ich einen Auftrieb habe. So arbeite ich an einem neuen Buchprojekt, das hoffentlich bis Ende 2009 zunächst mit wenigen Exemplaren im Selbstverlag erscheinen soll (so habe ich das auch mit meinem Gedichtband gemacht). Danach möchte ich ein Buch über meine Erfahrungen mit der Psychiatrie schreiben, ohne Zeitdruck selbstverständlich und mit der Hoffnung auf eine relativ gesunde Lebensphase bis zu meinem 60. Geburtstag im Jahre 2012, den ich, wenn ich ihn erlebe, richtig feiern will und nicht so schäbig wie meinen 50. Geburtstag, auf den ich 2002 in einer halbgeschlossenen Station in Haar mit einem älteren Mann mit Zuckerwasser angestoßen habe.

Nach wie vor bin ich Heimbeirat und der einzige Betroffenenvertreter im Regionalen Steuerungsverbund der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Berchtesgadener Land (PSAG BGL); so versuche ich mich für meine LeidensgenossInnen und deren Interessen einzusetzen, so gut ich das kann.

Im Schachclub spiele ich nach wie vor mit, aber schlecht wie nie zuvor, obwohl ich nachts oft mein Computer-Programm auf der untersten Stufe „teste" und manchmal auch gewinne.
Dann bin ich immer noch Lektor und seit längerem auch Pfarrgemeinderatsmitglied (als Nachrücker) unserer katholischen Gemeinde St. Nikolaus, was mir sehr viel „Spaß" macht.
Nachhilfe gebe ich „meiner" Schülerin nicht mehr, denn sie ist jetzt im Englischen so gut, dass sie mich nicht mehr braucht. Ich habe mich bisher auch nicht um eine „Nachfolgerin" oder einen „Nachfolger" bemüht, denn ich habe jetzt mit dem oben genannten Projekt genug Beschäftigung.
In der Zwischenzeit habe ich alle Pläne aufgegeben, nochmals einen Job zu suchen, denn es gibt nach wie vor Phasen, in denen ich überhaupt nichts anfangen kann. Außerdem wird mich wohl kein „Arbeitgeber" nehmen, denn ich werde nächste Woche 57 und bin bereits 1994 gegen meinen Willen für erwerbs- und berufsunfähig erklärt worden. Später, als es mir 1999 wieder mal eine Zeit lang besser ging, haben sich selbst die Arbeitsämter in Traunstein und Trostberg geweigert, mir bei der Arbeitssuche zu helfen! Zudem habe ich seither wieder ein Riesenloch in meinem Lebenslauf.
In der Arbeitstherapie haben wir schon lange keine Arbeitsaufträge mehr, sodass wir kein zusätzliches Geld (Leistungsanreiz) zu unserem mickrigen Taschengeld hinzuverdienen können.
Ich könnte zur Entspannung nach Jahren wieder mal ein wenig malen; vielleicht kann ich dann auch wieder einige Bilder verkaufen wie in den Jahren 1999 und 2001.

Schön wäre es auch, wenn ich noch ab und zu aus meinem Gedichtband (Gerhard Martin Kirr: Was ich niemand sagen kann; Frieling-Verlag Berlin 2003; € 12,–) lesen könnte.
Eines wird mir hoffentlich erhalten bleiben: Das Singen in unserer Band unter der Leitung von Dr. Lazar Curic´ (Psychologe, Musiker, Musiktherapeut), der mir im Laufe der letzten Jahre ein sehr guter Freund geworden ist!

Besonders wichtig für mich ist, dass ich seit Juni 2007 mit einer Mitbewohnerin, unserer Gaby, eng befreundet bin, was mir sehr gut tut und ihr hoffentlich auch. Als wir mein großes Bett in ihr Zimmer (welches deutlich größer ist als meines, das ich derzeit nur noch als Schreibkammerl benutze) bugsiert haben, hat sie sich eine Rippe gebrochen, so sehr hat sie sich mit ihrem damaligen Untergewicht ins Zeug gelegt.
Jetzt ist sie mit den Antidepressiva etwa 30 Kilo schwerer und so passen wir auch äußerlich besser zusammen, obwohl ich nach wie vor deutlich dicker bin als sie.
Seit ich mit meiner Freundin Gaby zusammen bin gehe ich abends viel seltener aus und spare mir etwas Geld für Büroartikel und meine „platonischen" Besuche bei „meiner" Simone (32; ich kenne sie seit über 10 Jahren) und ihrer Mutter in Berlin.
Obwohl ich nach wie vor Albträume habe, in denen ich obdachlos werde, hoffe ich weiter darauf, dass ich hier im „Tiroler Hof" so lange bleiben kann, wie ich es will, vielleicht auch für immer, denn seit 1993 habe ich mit dem Alleinsein in einer Wohnung fast nur schlechte Erfahrungen gemacht.

Wenn ich mein Leben betrachte, dann ist mir in den letzten Jahren eines ganz klar geworden: ich brauche zum Überleben Menschen um mich herum und vielfältige Verhältnisse mit verschiedenen Leuten.
Meiner Münchener Psychiaterin – sie ist u.a. auch Psychoanalytikerin – habe ich 1994 einmal gesagt: „Mir kann niemand mehr helfen!", worauf sie erwiderte: „Das Schlimmste ist ihre soziale Isolation!".
Hier im Haus, vor allem wegen Gaby und durch meine zahlreichen Bekannten in Bad Reichenhall bin ich nicht mehr isoliert; auch einige FreundInnen aus der Zeit, in der ich noch nicht „krank" war, melden sich ab und zu telefonisch oder mit Karten und Briefen oder ich melde mich bei ihnen, vor allem in Briefen, was mir auch sehr großen Spaß macht, wenn ich als Nachtmensch an meinem Computer sitze und beim Schreiben leise Radiomusik höre.
Nach wie vor bin ich der Ansicht, dass der „Tiroler Hof" das mit Abstand beste Heim ist, das ich bisher bewohnt (es waren insgesamt 5) und besichtigt habe.

Jetzt [02.01.2009, 3.56 Uhr] geht's mir gut, trotz Rücken- und Nackenschmerzen; als Nachtmensch lebe ich sehr gerne in der Nacht, wenn ich keine tiefe Depression habe, und das darf ich hier im Heim auch.
Insgesamt glaube ich jetzt daran, dass ich im „Tiroler Hof" ein Zuhause gefunden habe, endlich mein Zuhause!

Gerhard Martin Kirr M.A. (Uni München, seit Februar 1982),

Lehramtsassessor für Deutsch und Englisch an den Gymnasien in Bayern (seit Februar 1984): Beides Titel ohne Mittel! HaHa!

Der Betreuungsverein und seine ehrenamtlichen Helfer

Den Betreuungsverein für Münchner Bürgerinnen und Bürger gibt es seit 1992. Damals waren wir ein eingetragener Verein unter dem Dach der AWO, seit 2001 gehören wir nun zum Projekteverein.

In den vergangenen Jahresberichten haben wir anhand einiger Fallbeispiele unsere Arbeit als rechtliche Betreuer beschrieben und die Auswirkungen der pauschalierten Vergütung auf diese. In diesem Jahr soll der Schwerpunkt auf der Tätigkeit unserer ehrenamtlichen Betreuer liegen.

Beratungsteam des Betreuungsvereins für Münchner Bürgerinnen und Bürger

Zunächst unser Aufgabenprofil:

- Wir führen rechtliche Betreuungen berufsmäßig durch.
- Wir gewinnen, beraten, begleiten und schulen ehrenamtliche rechtliche BetreuerInnen und Personen, die an der ehrenamtlichen rechtlichen Betreuung interessiert sind.
- Wir beraten, begleiten und unterstützen Personen (Familienangehörige, ehrenamtliche BetreuerInnen) zu Fragen der Betreuung, sowie zur Vermeidung von rechtlicher Betreuung durch Vollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung.
- Wir bieten Vorträge und Veranstaltungen zu diesen Themen an, sowie Fachberatung für Institutionen, Einrichtungen, Behörden, etc.

Für die so genannte „Querschnittsarbeit" bekommen wir Fördermittel von der Landeshauptstadt München, die Restfinanzierung erfolgt durch unseren Verein über die Vergütung für das Führen von Berufsbetreuungen. Da ein Vollzeitmitarbeiter ca. 40 Fälle führen muss, bleibt leider für den einzelnen Betreuten nicht sehr viel Zeit für den persönlichen Kontakt.

Im Lauf der Jahre haben wir einen „Pool" von ehrenamtlichen BetreuerInnen geschaffen, die an unseren Verein angebunden sind und immer mal wieder Fälle von uns übernehmen. Daher bietet es sich an, leichtere Fälle, bei denen das Wichtigste geklärt ist, an diese ehrenamtlichen Betreuer abzugeben. Für die Betreuten ist das ein großer Gewinn, da der ehrenamtliche Betreuer viel mehr Zeit zur Verfügung hat. Außerdem

ist die Beziehung nicht dadurch belastet, dass die Leistung bezahlt werden muss. Es ist eine zwischenmenschliche Beziehung mit allen Höhen und Tiefen, wie sie zum Leben gehören. Somit wird der Betreute in die normale Lebenswelt mit einbezogen, die der ehrenamtliche Betreuer mit einbringt.

Die Arbeit der Ehrenamtliche wird von den Betreuten oft auch nicht so sehr als ein staatlicher Eingriff in die eigenen Rechte wahrgenommen, sondern eher als Unterstützung betrachtet.

Hier nun einige Beispiele aus der Praxis

Der ehrenamtliche Betreuer Herr B. fährt regelmäßig mit seinem Betreuten Herrn O., der ein leidenschaftlicher Fußballfan ist, ins Fußballstadion. Die beiden sind auch schon mal zur Computermesse nach Berlin geflogen, da Herr O. sich auch sehr für Computer interessiert. Noch heute schwärmt Herr O. von diesem Erlebnis.

Herr K., ebenfalls erfahrener ehrenamtlicher Betreuer, wollte zu seiner Geburtstagsfeier keine Geschenke, sondern bat seine Gäste um Geldspenden für seinen Betreuten, der ständig knapp bei Kasse ist.

Herr B. hat eine Wohnungskündigung erhalten. Sein Betreuer Herr Sch. kämpft seit einigen Monaten unter Ausschöpfung aller rechtlichen Mittel gegen diese Kündigung.

Das sind nur einige Beispiele für die wertvolle Arbeit, die gerade auch ehrenamtliche Betreuer leisten und Berufsbetreuer in diesem Ausmaß oft nicht leisten können.

Aber nicht jede Betreuung ist für einen ehrenamtlichen Betreuer geeignet, es wird weiterhin viele Fälle geben, für die das professionelle „Know-how" eines Berufbetreuers notwendig ist. Das Potential von ehrenamtlichen Betreuern und die damit verbundene positive Auswirkung auf die Betreuten darf aber nicht unterschätzt werden.

Barbara Seidle, Fachreferentin für Betreuungen, Leitung Betreuungsverein

VERANSTALTUNGSKALENDER 2. Halbjahr 2009

Mittwoch, 16.09.2009 **18.00 - 20.00 Uhr**
Einführung in das Betreuungsrecht
Wir informieren Sie über Rechtliche Grundlagen – Aufgabenkreise – Aufwandsentschädigung – Haftpflicht – Vertretungsregelung

Mittwoch, 30.09.2009 **18.00 - 20.00 Uhr**
Rechtliche Betreuung als Ehrenamt – kommt das für mich infrage?
Erfahrene ehrenamtliche rechtliche Betreuer und Vereinsbetreuer informieren Sie aus ihrer Praxis

Mittwoch, 14.10.2009 **18.00 - 20.00 Uhr**
Rechtliche Betreuung und Vermögensverwaltung
Rechnungslegung – Sperrvermerk – Einwilligungsvorbehalt … Eine Rechtspflegerin des Vormundschaftsgerichts gibt eine kurze Einführung und beantwortet Ihre Fragen

Mittwoch, 28.10.2009 **18.00 - 20.00 Uhr**
Genehmigungspflichtige Maßnahmen
Wohnungskündigung, Vermögensverwaltung, Zustimmung zu Operationen … Wann müssen Sie das Vormundschaftsgericht einschalten?

Dienstag, 10.11.2009 **18.00 - 20.00 Uhr**
Vermeidung rechtlicher Betreuung durch Vorsorge
Informieren Sie sich über Vollmacht – Betreuungsverfügung

Möglichkeiten der individuellen Förderung von Besuchern in psychiatrischen Tagesstätten

Die Tagesstätte – ein Ort für alle

Psychiatrische Tagesstätten zeichnen sich in erster Linie durch die Niedrigschwelligkeit ihrer Angebote aus. Sie sollen ein Ort sein, an dem seelisch behinderte Menschen – weitestgehend unabhängig von den aus der Behinderung resultierenden Beeinträchtigungen – sinnvoll den Tag verbringen können.

Die Richtlinien des Bezirks Oberbayern zur Förderung von Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen unterstreichen die niedrigschwellige Kontaktstellenfunktion ausdrücklich. Danach bieten Tagesstätten regelmäßig längerfristige beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme an. Sie sind sowohl ambulante Betreuungsstellen zur sozialen Rehabilitation als auch teilstationäre Einrichtungen zur Rückfallverhütung sowie zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes und zur sozialen Wiedereingliederung.

Herzlich willkommen in der Tagesstätte Perlach

Ist eine individuelle Förderung und Betreuung von Klienten im Sinne des personenzentrierten Ansatzes in Tagesstätten überhaupt möglich oder widerspricht dieser

Anspruch dem Wunsch, Tagesstätten einer möglichst breiten Zielgruppe zugänglich zu machen?

Personenzentrierte Hilfen in Tagesstätten?

Im personenzentrierten Ansatz wird allgemein von *lebensfeldzentrierter Rehabilitation* gesprochen. Zentrale Anforderungen sind unter anderem

- die Wahrung der Individualität einer Person
- Vertrauen und Wertschätzung
- Unterstützung von normalen Beziehungen und Rollen
- Ermutigung, Verantwortung zu übernehmen und Initiative zu ergreifen
- Arbeit und sinnvolle Beschäftigung

Eine gut konzipierte Tagesstätte kann diesen Anforderungen entsprechen. Auch die speziellen Anforderungen an individuelle Hilfen, wie zum Beispiel, dass Lebensort und Hilfe entkoppelt sein sollen und eine langfristige Kontinuität und Konstanz der Hilfe gewährleistet ist, sind in Tagesstätten realisiert. Individuelle Förderung bedeutet aber auch, dass das Konzept einer Tagesstätte für jeden einzelnen Besucher Angebote bereithält, die den Bedürfnissen des Einzelnen entsprechen. Aber das erfordert mehr als nur ein differenziertes Kurs- und Gruppenprogramm.

Zunächst ist es wichtig, die Anliegen der einzelnen Besucher zu kennen. Dafür ist ein geordneter Aufnahmeprozess in die Tagesstätte von Vorteil. Hier können Mitarbeiter wichtige Informationen bekommen, die zu einem positiven Verlauf des Tagesstättenaufenthalts beitragen können. Der neue Besucher kann neben der Konkretisierung seines Hilfebedarfs, seine Stärken und Ressourcen formulieren, die, gewinnbringend

für die Gruppe, in die Tagesstätte eingebracht werden können. Das Ergebnis könnte, ähnlich wie in gängigen Hilfeplanverfahren, ein formuliertes Ziel sein, das nach einem bestimmten Zeitraum überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden kann. Besonders wichtig ist aber – im Sinne der Niedrigschwelligkeit – dass diese Vereinbarungen freiwillig sind. Menschen müssen immer auch die Möglichkeit haben, eine Tagesstätte zu besuchen, ohne dabei sofort Ziele zu benennen oder über ihr Problem und dessen Lösung zu sprechen. Auch das gehört zur Wertschätzung einer Person.

Kennt man ungefähr die Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen der Klienten, kann es für alle ein Gewinn sein, diese sinnvoll zu bündeln. Bezieht man die Ressourcen der Besucher in diese Überlegungen ein, ergeben sich ideale Synergieeffekte. In der Tagesstätte Perlach zum Beispiel gab es lange den Wunsch nach Bewegungsangeboten. Ein Besucher, ein ehemaliger Tanzlehrer, bot an, den anderen Besuchern einige Grundschritte beizubringen. Dazu servierten zwei begnadeten Bäckerinnen selbstgebackenen Kuchen und fertig war der Tanznachmittag, der mittlerweile regelmäßiger Bestandteil des Programms ist. An diesem Beispiel sieht man, wie sich individuelle und gemeinschaftliche Bedürfnisse kombinieren lassen.

Hilfe zur Selbsthilfe

Ein weiterer wichtiger Anspruch des personenzentrierten Ansatzes ist es, nach dem Normalitätsprinzip möglichst viele zur Verfügung stehende nicht-psychiatrische Hilfen aus dem jeweiligen Lebensumfeld zu mobili-

sieren. Auch hierzu kann eine Tagesstätte beitragen. Sie kann als Treffpunkt für Menschen dienen, die sonst Schwierigkeiten haben, persönliche Kontakte aufzubauen. Von hier aus können sich Beziehungen entwickeln, die auch außerhalb der Tagesstätte weiter bestehen können.

Wie in allen Gruppen kommt es natürlich auch in Tagesstätten zu mehr oder weniger schweren Konflikten. Gerade der Anspruch, für eine möglichst breite Zielgruppe offen zu sein, führt manchmal unweigerlich zu Problemen. Aber auch das ist Normalität und unsere Besucher müssen lernen, damit umzugehen. Unter Vermittlung von Mitarbeitern können in Gruppen- oder Einzelgesprächen, Hintergründe erforscht und Lösungswege erarbeitet werden. Gerade in solchen Situationen ist es wichtig, die Stärken der einzelnen Besucher herauszuarbeiten und Selbsthilfepotentiale zu aktivieren. Professionelle Lösungsvorschläge von außen sind meist nur von kurzer Wirkung. Häufig kommen Besucher in die Tagesstätte, die eine Sozialberatung oder Hilfe beim Ausfüllen von Formularen benötigen. Mit etwas Unterstützung und Vermittlung durch die Mitarbeiter finden sich oft andere Besucher, die in einem bestimmten Bereich selbst Erfahrungen haben und gerne bereit sind, ihr Wissen weiterzugeben. So können Tagesstätten einen aktiven Beitrag zur „Hilfe zur Selbsthilfe" leisten.

Tagesstättenbesucher beim kreativen Arbeiten

Hilfeplanung in Tagesstätten

Nicht zuletzt werden auch die Hilfeplaninstrumente, die aus dem personenzentrierten Ansatz entstanden sind, in den Tagesstätten eingesetzt. So wird in der aktuellen Rahmenleistungsbeschreibung der sozialpsychiatrischen Tagesstätten in Oberbayern gefordert, dass für jeden Tagesstättenbesucher mit regelmäßiger Besuchsfrequenz eine Hilfeplanung aufzustellen ist. Im Gegensatz zu früheren Leistungsbeschreibungen sind die Vorgaben hier wenig konkret, was aber eine individuelle Ausgestaltung dieser Leistung ermöglicht. Denkbar wäre, eine Hilfeplanung auf Grundlage des Gesamtplanverfahrens (HEP-Bögen) mit Schwerpunkt auf die auch in der Rahmenleistungsbeschreibung erwähnten Bereiche Beratung und Begleitung, alltagsbezogene, lebenspraktische Grundfähigkeiten, Krisenversorgung und Tagesstrukturierung. Der erste Teil der Hilfeplanung erfolgt im schon erwähnten Aufnahmegespräch. In regelmäßigen Abständen werden die vereinbarten Ziele dann in Einzelgesprächen überprüft und ggf. angepasst. Natürlich können diese Angebote kein individuelles, auf eine Person zugeschnittenes Konzept, wie zum Beispiel in einer Psychotherapie, ersetzen. Als Bestandteil eines „Maßnahmenpakets" kann eine Tagesstätte aber durchaus individuelle Förderung ermöglichen. Von besonderer Bedeutung ist hier auch die Kooperation mit anderen Einrichtungen. Viele Tagesstätten arbeiten eng mit dem jeweiligen SpDi zusammen, idealerweise befinden sich die Einrichtungen in unmittelbarer Nachbarschaft. Auch eine Zusammenarbeit mit den Kliniken, hier vor allem mit der Ambulanz und Tagklinik, sowie Einrichtungen der Suchthilfe bewährt sich. In Absprache mit den Besu-

… und hier is(s)t man zuhause

chern können so gezielte Weitervermittlungen erfolgen, oder – umgekehrt – ein nahtloser Übergang zum Besuch der Tagesstätte zum Beispiel nach einem Klinikaufenthalt ermöglicht werden.

Tagesstätten haben das Ziel, den Besuchern das Leben mit ihrer Erkrankung zu erleichtern. Eine Chronifizierung soll vermieden oder zumindest der aktuelle Zustand erhalten werden. Der größte Erfolg für eine Tagesstätte ist jedoch erst dann erreicht, wenn uns ein Besucher nicht mehr braucht. Individuelle Förderung spielt dabei eine wichtige Rolle. Mindestens genauso wichtig ist jedoch die offen niedrigschwellige Funktion der Tagesstätte als „Ort für alle". Diese Funktionen zu integrieren, daran lohnt es sich zu arbeiten.

Michael Rahm, Tagesstätte Perlach

Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen – ein Projekt im Sozialpsychiatrischen Zentrum für das Berchtesgadener Land

Arbeit schafft soziale Kontakte gibt Anerkennung, steigert das Selbstwertgefühl und fördert damit die psychische Gesundheit.

Projekte die heilsam sind

Zuverdienstarbeit schafft soziale Kontakte, gibt Anerkennung, steigert das Selbstwertgefühl und fördert damit die psychische Gesundheit. Selbstverdientes Geld ist wertvolleres Geld!
Interessenten können unbürokratisch und ohne besondere Vorkenntnisse einsteigen. Die Anforderungen orientieren sich an der Leistungsfähigkeit der überwiegend langjährig nicht mehr im Arbeitsleben stehenden psychisch erkrankten Menschen.
Es gibt für diese Personengruppe im Berchtesgadener Land bisher sehr wenige Möglichkeiten eine sinnvolle, bezahlte Arbeit zu finden. Da psychisch Erkrankte jedoch sehr stark der Gefahr der Isolation und des Rückzugs ausgesetzt sind, freuen wir uns besonders, dass wir mit unserem Zuverdienstprojekt diese Lücke im psychiatrischen 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 Ar-

beitsplätze geschaffen, bei denen unsere Mitarbeiter bei unserem Träger, Beratungsdienste der AWO-München, gGmbH fest angestellt sind. So haben die Betroffenen die Möglichkeit, neben ihrer finanziellen Grundversorgung (Rente oder Hartz IV) selbst noch Geld dazu zu verdienen.

Ziele

Durch die sinnvoll erlebte Beschäftigung im Zuverdienstprojekt soll erreicht werden, dass sich unsere Mitarbeiter/Kollegen 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 erkrankten Menschen entgegenwirkt.

Finanzierung

Mit den Zuschüssen des Bezirks Oberbayern werden die Kosten für die Fachkräfte und ein Teil der Sach- bzw. Verwaltungskosten ausgeglichen. Die finanziellen Mittel für Löhne und Sozialabgaben unserer Mitarbeiter, für Investitionen in die Ausstattung der Räumlichkeiten und für die Beschaffung von Werkzeugen und Maschinen, ebenso wie Miete und Heizkosten müssen aus den erbrachten Leistungen der Beschäftigten erwirtschaftet werden.

Räumlichkeiten

Die Räumlichkeiten des Zuverdienstprojektes befinden sich derzeit noch in einem Querbau auf der Rückseite des Langzeitwohnprojektes. In den hellen, insgesamt ca. 70m² großen Räumen haben wir eine kleines Büro, einen Montagebereich, eine Holzwerkstatt und einen Lagerbereich eingerichtet. (siehe Tätigkeitsbericht 2005/06)

Bahnhof

Schon nach der ersten Erweiterung des Zuverdienstprojektes im Jahr 2006 zeichnete sich ab, dass das Mehr an Mitarbeitern auch irgendwann eine größere Werkstatt nötig machen würde. Nur weil in den letzten Jahren ein erheblicher Teil der Mitarbeiter dauerhaft im Wohnungsbau-Projekt Freilassing eingesetzt werden konnte, war es möglich ohne räumliche Erweiterung auszukommen. Im Vorgriff auf die Fertigstellung des Freilassinger Bauprojektes und die dann notwendige Umstrukturierung des Zuverdienstprojektes kam auch schnell der Gedanke nach räumlicher Erweiterung.

Bahnhof Kirchberg

Nur einen Steinwurf entfernt von unserer derzeitigen Bleibe im Tiroler Hof, befindet sich das Anwesen „Bahnhof Kirchberg", das schon seit einigen Jahren nicht mehr genutzt wird.
Nachdem genügend Überzeugungsarbeit geleistet war und unser Geschäftsführer, Horst Reiter, die höchst komplizierten Kaufverhandlungen mit dem Bahnhofseigner abgeschlossen hatte, konnten wir vom Zuverdienst-Projekt am 01. August 2008 unseren Hausschlüssel in Empfang nehmen.
Seit September 2008 laufen bereits die Sanierungsarbeiten, die wiederum zum allergrößten Teil von Zuverdienstmitarbeitern geleistet werden.
Zum jetzigen Zeitpunkt (Februar 2009) haben wir ein neu gedecktes Dach, eine super tolle Holzzentralheizung, neu betonierte Böden im Erdgeschoss. Die neuen Fenster und Türen stehen schon in der Garage, können aber erst eingebaut werden, wenn es wieder etwas wärmer ist.

Der erste Eindruck beim Betreten ist *„Es gibt noch viel zu tun"*

Nach unserer Planung sollen im Erdgeschoss insgesamt fünf Werkräume entstehen, die möglichst multifunktionell genutzt werden können. Im Obergeschoss sollen zwei Büros, eine Mitarbeiterküche, ein Aufenthaltsraum, ein Mehrzweckraum entstehen und ein Raum wird an die Musiktherapie der Tagesstätte vermietet.
Das den Bahnhof umgebende Grundstück ist im Moment noch ziemlich verwahrlost. Es soll aber neu gepflastert, die Grünflächen neu gestaltet und umzäunt werden. Bis August 2009 soll alles so weit hergerichtet

sein, dass der Werkstattbetrieb im vollen Rahmen aufgenommen werden kann. Eine erste Anfrage einer Brauerei über die Aufbereitung von Biergartenmobiliar ist bereits eingegangen.

Zuverdienst-Stellen

Auf Grundlage der Richtlinie des Bezirkes Oberbayern haben wir zwölf Stellen eingerichtet, die nach den individuellen Bedürfnissen der bis zu 20 Mitarbeiter aufgeteilt sind.

Mit diesen 20 Mitarbeitern müssen wir nach den Vorgaben der Richtlinie pro Jahr 8.640 vertraglich festgelegte Arbeitsstunden leisten. Die Mitarbeiter sind im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses angestellt und werden auf tariflicher Grundlage bezahlt. Mit unseren neunstufigen Eingruppierungsrichtlinien haben wir die Möglichkeit, auch Menschen mit sehr unterschiedlichen Fähigkeiten und Bereitschaft trotzdem gerecht zu werden und angemessen zu entlohnen.

Die Wochenarbeitszeit ist maximal 14,99 Stunden, es werden 20 Werktage Jahresurlaub gewährt.

Der Fortschritt der Arbeiten …

… am Kichberger Bahnhof

Arbeitstraining im Zuverdienstprojekt

Dabei handelt es sich um ein besonders niederschwelliges Arbeitsangebot, das dem Mitarbeiter mit flexiblen Arbeitszeitregelungen und einer eingeschränkten Verbindlichkeit entgegenkommt. Die Entlohnung der Mitarbeiter in der Arbeitstraingsgruppe beträgt 2 € pro Stunde in Anlehnung an die Bezahlung der AGH-Stellen.

AGH's

In Zusammenarbeit mit der AIdA (Arbeitsgemeinschaft Integration in den Arbeitsmarkt) beschäftigen wir seit 2006 auch Mitarbeiter in Stellen mit Mehraufwandsentschädigung. Da die Zusammenarbeit mit der AIdA Berchtesgadener Land sehr fruchtbar ist und es in unserer Gegend nur wenige Arbeitsgelegenheiten für Langzeitarbeitslose gibt, erweiterten wir das bestehende Projekt auf nunmehr acht Stellen, die nun AGH's (Arbeitsgelegenheiten) heißen. Ein Vertrag mit der AIdA BGL sichert diese Stellen nun auch bis Ende 2010 finanziell ab. Ziel dieser Maßnahme, welche nur schwer vermittelbaren erwerbsfähigen Hilfeempfängern

mit psychiatrischem Hintergrund angeboten wird, ist es, dem Grundsatz des Förderns und Forderns in Kapitel 1 des SGB II zu folgen und den Empfänger des ALG II wieder in den Arbeitsprozess des ersten Arbeitsmarktes zu integrieren, seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten und ihn zusätzlich mittels Beratung und Qualifizierung zu befähigen, künftig unabhängig von dieser Hilfe zu leben.

Bei diesem Projekt werden ALG II-Empfänger beschäftigt, deren persönliche und wirtschaftliche Verhältnisse oftmals mehrere Problemlagen wie zum Beispiel

- Langzeitarbeitslosigkeit
- Jugendarbeitslosigkeit
- Suchtverhalten
- psychische und physische Einschränkungen
- psychische Erkrankungen
- Arbeitsentwöhnung
- fehlende Tagesstruktur
- mangelnde Artikulationsfähigkeit
- Überschuldungssituation
- mangelnde oder keine sozialen Bindungen
- eingeschränkte hauswirtschaftliche Fähigkeiten
- Antriebsarmut
- Verlust des Selbstwertgefühls
- Selbstüberschätzung

aufweisen. Diese Problemlagen können in unterschiedlicher Intensität

und müssen nicht in jedem Einzelfall in ihrer Gesamtheit vorliegen. Zur Wiedereingliederung dieser Menschen in den regulären Arbeitsmarkt ist eine kontinuierliche Sozialarbeit und permanente Unterstützung und Begleitung in den verschiedensten Bereichen erforderlich. Auch dann wird nicht in jedem Fall eine vollständige Reintegration gelingen, aber die Chance hierzu vervielfältigt sich insbesondere wenn es gelingt, Arbeitshindernisse und -hemmnisse in Kooperation mit anderen Diensten (zum Beispiel Schuldnerberatung, Suchtberatung usw.) abzubauen.

§ 16a SGB II Stellen

Gefördert mit Mitteln der BA haben wir einen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeiter zur Unterstützung unseres Anleiterteams eingestellt. Die Förderdauer beträgt zunächst 24 Monate und soll anschließend eventuell unbefristet erbracht werden.

Handwerklich, pädagogisch, kaufmännisch

Die Fachkräfte, die vom Bezirk Oberbayern finanziert werden, sind für alle Belange des Zuverdienstprojektes zuständig. Die Aufgabenbereiche umfassen die Einstellung der Mitarbeiter, Personalverwaltung, Einrichtung und Ausstattung der Arbeitsplätze, Auftragsbeschaffung, Arbeitsplanung, Arbeitsanleitung, aktive Mitarbeit und Qualitätskontrolle, Gewährleistung des Arbeitsschutzes für die Mitarbeiter, Zeiterfassung, Urlaubsverwaltung, Auftragsverwaltung, Rechnungserstellung und Buchführung, Dokumentation, Informationsaustausch und Abstimmung von klientenbezogenen Zielsetzungen mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten. Ein offe-

nes Ohr für die privaten Belange der Mitarbeiter zu haben, gehört ebenso zu den Aufgaben wie Hilfen zur Bewältigung aktueller Probleme.

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. Etliche der Zuverdienstmitarbeiter 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 bei 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 Klienten/Bewohner finden im Zuverdienstprojekt wiederum eine berufliche Heimat.

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 Mitarbeiter. Das Gefühl zu erleben, sein Geld selbst verdient zu haben, und nicht nur auf staatliche Zuwendungen angewiesen zu sein. Durch diese Motivation wird auch die Arbeitsbereitschaft gesteigert. Es gilt der Grundsatz: „Fördern ohne Fordern macht faul!" (Zitat unseres Geschäftsführers Horst Reiter). Letztendlich soll dieser Ansatz dazu beitragen, die Mitarbeiter bei der Entwicklung eigener Stärken zu ermutigen sowie Selbstbestimmung und Selbsthilfe zu fördern. (vgl Tätigkeitsbericht 2005/06)

Sozialpsychiatrisches Bauprojekt Freilassing

Die AWO M•group verbessert ihr Hilfsangebot für psychisch kranke Menschen im Berchtesgadener Land. Unter maßgeblicher Beteiligung des Zuverdienstprojektes wird in Freilassing ein soziales Großpro-

jekt verwirklicht. Es entsteht unter anderem eine Bürogemeinschaft für soziale Dienste, SpDi, BEW, Familienpflege und die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Weiter entsteht auch neuer Wohnraum für psychiatrisch betroffene Menschen.

In den Jahren 2005/06 erwarb unser Träger AWO M•group insgesamt vier Wohnblöcke und 2007 drei Doppelhäuser am Sudetenplatz in Freilassing. Diese Häuser aus den fünfziger Jahren werden nun unter maßgeblicher Beteiligung des Zuverdienstprojekts renoviert und durch neu aufgesetzte Dachgeschosse um insgesamt zehn Wohnungen erweitert. Nach dem geplanten Abschluss der Baumaßnamen im August 2009 verfügt die AWO M•group am Standort Freilassing dann über insgesamt 47 Wohnungen und eine großzügig dimensionierte Beratungs- und Kontakteinrichtung für Soziale Dienste.

Sanierungsprojekt am Sudetenplatz in Freilassing

„Es gibt keinen Mangel an Sozialwohnungen, sondern an bezahlbarem Wohnraum“, so die Auskunft des Landratsamtes Berchtesgadener Land. Da es nicht genügend billige Sozialwohnungen

gibt, müssen die Bewerber sich auf dem freien Wohnungsmarkt umsehen. Dabei werden sie jedoch mit weiteren Problemen konfrontiert.

Doppelt schwierige Lage für psychisch Kranke!

Wenn jemand eine Wohnung sucht und dem Vermieter sagen muss, dass er arbeitslos ist, hat er vermutlich schlechte Papiere. Wenn der Bewerber dann noch an einer psychischen Krankheit leidet, gehen seine Chancen, die Wohnung zu bekommen, gegen Null. Dies ist der Grund für das Engagement der AWO M•group, die versucht dieser Personengruppe zu helfen. Die Hilfe erfolgt dabei auf doppelte Weise. Die Umbau und Renovierungsarbeiten in den Wohnblöcken werden größten Teils vom Zuverdienstprojekt ausgeführt, bei dem ebenfalls Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen arbeiten. So kommt es zu einer Win-Win-Situation, von der alle Beteiligten profitieren. Die Mieter erhalten kostengünstige Wohnungen und die Mitarbeiter im Zuverdienstprojekt eine sinnvolle Aufgabe, was zu ihrer Stabilisierung beiträgt.

Fassadenarbeiten

Die Arbeiten schreiten voran …

Durch diese umfangreichen Baumaßnamen entstanden qualifizierte Arbeitsplätze und unsere Mitarbeiter können ihre Kenntnisse und Erfahrungen aus ihren früheren Berufen einbringen; insbesondere diejenigen, die einmal ein Handwerk erlernt haben. Abbruch-, Maurer-, Fliesenleger, Dachisolierungs-, Verputz-, Trockenbau-, Betonbau-, Pflaster-, Türensetz-, und Malerarbeiten werden komplett von den Zuverdienstmitarbeitern erbracht. Bei den anderen am Bau beteiligten Gewerken, Elektro, Heizung/Sanitär, Holz- und Metallbau wird bei der Auswahl der Firmen auch darauf Wert gelegt, dass auch Zuverdienstmitarbeiter eingebunden werden können. Wir vereinbaren dann, dass Arbeiten, die von Zuverdienstmitarbeitern 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.

Da die Wohnungen bevorzugt 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. Die Tatsache, dass die Häuser in Freilassing stehen, bietet einen weiteren Vorteil. Seit kurzem ist im Frei-

lassinger Krankenhaus eine Zweigstelle von Gabersee untergebracht. Patienten, die von dort entlassen werden, benötigen häufig eine kostengünstige Wohnung und sozialpsychiatrische Nachsorge und Betreuung oder einen kleinen Job. So schließt sich der Kreis, bei einem Projekt, von dem alle Beteiligten profitieren.

… der Umbau der Wohnhäuser in Freilassing

Psychisch Kranke bauen Wohnungen für andere psychisch Kranke

Ehemalige Patienten des Freilassinger Krankenhauses …

Unsere Dienstleistung für Sie

Wie im vorhergehenden Absatz ausgeführt, erhält das Zuverdienstprojekt einen großen Teil seiner Aufträge aus dem internen Bereich des Zentrums. Alle weiteren 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. Regelmäßige Aufträge erhalten wir zum Beispiel vom Bürgerbräu Bad Reichenhall, der WFB Piding, dem örtlichen Betretungsverein, Sozialamt, Aida und von einer Vielzahl privater Kunden.

… finden hier eine kostengünstige Wohnung

Unser Leistungsspektrum

Blitzblank	Raumpflegedienst (gewerblich)
Gartenservice	Strauch- und Heckenschnitte
	Pflanzen von Bäumen, Sträuchern
	Rodungen und Obstbaumschnitt
	Rasenmähen und Rasensäen
	Bau von Zäunen und Spalieren
	Pflasterarbeiten im Gartenbereich
Haus- und Bauservice	Holz- und Bautenschutz
	Wärmedämmung
	Kleine Umbauten
	Fertigbodenverlegung
	Entrümpelung (fachgerechte Entsorgung)
	Umzüge und Kleintransporte
	Haushaltsauflösungen
Gewerbeservice	Handwerkliche Dienstleistungen
	Montage- und Verpackungsarbeiten
	Qualitätskontrolle
	EDV-Adressenerfassung
	Erstellen von Seriendrucksachen
	Versandabwicklung für Werbeartikel usw.

Essensbons für Mitarbeiter

Arbeit macht hungrig, aber unsere Mitarbeiter müssen nicht mit leerem Magen nach Hause gehen! Seit ca. vier Jahren erhält jeder Mitarbeiter pro Monat acht Essensbons für kostenloses Essen im Café Harlekin. So mancher, dessen Kochkünste eher beschränkt sind, kann dadurch willkommene Abwechslung in seinen Speiseplan bringen. Zudem unterstützt das Zuverdienstprojekt damit das Arbeitsprojekt Café Harlekin – ein weiteres Beispiel für die innere Zusammenarbeit aller Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Zentrum. Vgl. letzter Tätigkeitsbericht

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

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

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

Frage: Welchen Nutzen haben Ihre Einrichtungen vom Zuverdienstprojekt?

Antwort: Die Therapeutische WG und das Betreute Einzelwohnen profitieren vom Zuverdienstprojekt, weil unsere Klienten so Arbeit bekommen, was auf dem ersten Arbeitsmarkt in der Regel unmöglich ist. Da-

durch haben die Klienten eine Tagesstruktur, und ihr Selbstbewusstsein wird gestärkt, was die psychische Gesundheit fördert.

Frage: Welche Auswirkungen hat Arbeit für die Klienten?

Antwort: 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 an ihre Kollegen haben. Arbeit hilft eigentlich jedem Klienten, sofern er/sie arbeitsfähig ist. Die Tagesstruktur und eventuelle Freundschaften tragen zur Selbstbemächtigung bei, die Klienten werden sich ihrer Ressourcen bewusst.

Frage: Welche konkreten Folgen kann das haben?

Antwort: In Einzelfällen kann das zu positiven Veränderungen führen, z. B. dass Klienten wieder in der Lage sind, in einer eigenen Wohnung zu leben, weil sie stabiler geworden sind, was durch regelmäßige Arbeit gefördert wird. (vgl. Tätigkeitsbericht 2005/06)

Markus Pfnür, Leitung, Zuverdienst BGL

Tätigkeitsbericht Selbsthilfekontaktstelle BGL

Selbsthilfe
Kontakt- und Informationsstelle
für Selbsthilfe
Berchtesgadener Land

Nur du allein schaffst es
aber du schaffst es nicht allein

Die Selbsthilfekontaktstelle für das Berchtesgadener Land bezog am 1. August 2007 helle, freundliche und barrierefreie Räume in Freilassing. Aufgrund des Votums der bestehenden Selbsthilfegruppen erhielt der Projekteverein den Zuschlag für die Trägerschaft. Besetzt ist die Stelle mit einer Dipl. Sozialpädagogin mit 19,5 Stunden. Die Selbsthilfekontaktstelle strebt die Mitgliedschaft im Verein „Selbsthilfekontaktstellen in Bayern e.V." an.

Die Recherche und Auflistung, welche Selbsthilfegruppen wo und wann im Berchtesgadener Land tätig sind, nahm zu Beginn einen großen Teil der Tätigkeit ein. Zurzeit bestehen ca. 46 Selbsthilfegruppen. Diese Zahl ändert sich aber häufig, so meldete sich erst im letzten Monat eine Selbsthilfegruppe, die bereits seit Jahren besteht.

Die Erstellung eines Flyers mit eigenem Logo, die Einrichtung einer Datenbank, die Erstellung einer Homepage (ist noch in Arbeit), das Verfassen von Pressemitteilungen, die Vorstellung bei selbsthilferelevanten Stellen, wie Krankenkassen, Ärzten, Kliniken, Landratsamt BGL, Sozialdiensten, Seniorenbüro, VHS, Beratungsstellen, Selbsthilfe Salzburg – waren die wichtigsten Aufgaben im letzten Jahr.

Sehr positiv und interessant sind die Kontakte zu den Selbsthilfegruppen selbst: die Gesamtgruppenleitertreffen, die Beratung und Vermittlung

von Einzelpersonen, die Information und Unterstützung bei Neugründungen von Gruppen und die Vorstellung bei den einzelnen Selbsthilfegruppentreffen.
Bislang gründeten sich folgende Gruppen neu: SHG Depression Freilassing, SHG Depression Teisendorf, Deutsche Ilco Bad Reichenhall, Parkinson Bad Reichenhall, SHG Zwangsstörungen Freilassing, SHG Gehbehinderung Bad Reichenhall. Und wieder belebt wurde die Deutsche Selbsthilfegruppe-Sauerstoff-Langzeit-Therapie (Lot) e.V.

Im September 2008 beteiligte sich die Selbsthilfekontaktstelle BGL mit acht Selbsthilfegruppen am „5. Deutschen Reha-Tag" in Bad Reichenhall. Außerdem stellte sich die Selbsthilfekontaktstelle der Öffentlichkeit durch mehrere Presseartikel vor, und war bei einer Informationsveranstaltung in Zusammenarbeit mit der VHS Bad Reichenhall zum Thema: „Zusammenleben mit psychisch Kranken" und beim „Forum Demenz" in Bad Reichenhall vertreten.

Die Selbsthilfekontaktstelle hat auch an dem Selbsthilfekongress Bamberg, der Jahrestagung der DAG in Würzburg (Moderation eines Workshops) und der bayernweiten Veranstaltung „Kranke Seele – kranker Mensch – Open Space" in Rosenheim teilgenommen.

Zwei Mitgliederversammlungen pro Jahr und Fortbildungen zu selbsthilferelevanten Themen bei der Seko Bayern sind obligatorische Veranstaltungen für Selbsthilfekontaktstellen.

Für die Selbsthilfegruppenleiter organisierte ich als Ausflug eine Führung in die Redaktion und den Verlag des Reichenhaller Tagblattes. Thematisch passend folgte die Fortbildung, „Öffentlichkeitsarbeit und Präsentation – ein kleiner Einblick in ein großes Feld" mit Jochen Peters an der 15 Gruppenleiter teilnahmen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich in der Anfangszeit so tatkräftig unterstützt haben. Sie waren mir eine große Hilfe.

Marie-Therese Roozen, Dipl. Soz.-Päd (FH), Selbsthilfekontaktstelle

Statistik

Betreute Klienten	2007	2008
Sozialpsychiatrische Dienste		
München-Giesing	398	385
München-Perlach	265	232
München-Pasing	290	285
Bad Reichenhall	291	368
Planegg	160	164
Ottobrunn	297	414
Gerontopsychiatrische Dienste		
München Ost	281	296
München West	436	442
Waldkraiburg	251	263
Casemanagement	103	106
Krisendienst München Kriseninterventionen (ohne Telefonberatung)	450	460

Betreute Klienten (gesamt)	2007	2008
Wohnen und Tagesstruktur		
Therapeutische Wohngemeinschaften (TWG)		
TWG Seeriederstraße	7	7
TWG Schmädelstraße	8	7
TWG Wappachweg	7	9
TWG Orleansstraße	8	7
TWG Starnberg	8	8
Betreutes Einzelwohnen (BEW)		
BEW Planegg	18	22
BEW Pasing	5	8
BEW Bad Reichenhall	26	28
BEW Perlach	9	10
BEW Giesing	24	25
BEW Ottobrunn	36	38
BEW Buchenwinkel	8	9
BEW am GpDi West	–	6
BEW Schwanseestr.	13	13
Betreutes Wohnen in Gastfamilien	18	23

Betreute Klienten (gesamt)	2007	2008
Wohnprojekte (WP)		
WP Gravelottestraße	53	53
Betreutes Wohnen	41	43
Langzeit-WP Schwanseestraße	19	22
Langzeit-WP Plievierpark	12	12
Langzeit-WP Tiroler Hof	18	18
Langzeit-WP Buchenwinkel	18	24
WP Gravelottestr. Nachbetreuung	6	7
Tagesstätten		
Tagesstätte für psychisch Kranke Ludwig-Thoma-Straße	35	36
Tagesstätte für psychisch Kranke Anton-Winkler-Straße	39	43
Tagesstätte Starnberger Arche	19	22
Tagesstätte für psychisch Kranke Peschelanger	27	33
Pasinger Treff	37	40
Gesamt	*3741*	*3988*

Adressen

Geschäftsstelle:

Gravelottestraße 6
81667 München

Tel. (089) 671001
Fax (089) 6 25 48 93

E-Mail: geschaeftsstelle@projekteverein.de

Beratung

Sozialpsychiatrische Dienste 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

bew.perlach@projekteverein.de

München-West

Landsberger Straße 509
81241 München

Tel. (0 89) 8 37 0 43
Fax (0 89) 83 92 81 51

E-Mail: spdi.west@projekteverein.de

bew.pasing@projekteverein.de

München-Giesing

Pilgersheimerstraße 32
81543 München

Tel. (0 89) 65 20 21
Fax (0 89) 65 0 1 93

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

bew.planegg@projekteverein.de

München-Land-Süd

Ludwig-Thoma-Straße 46
85521 Ottobrunn

Tel. (089) 60 50 54
Fax (089) 60 50 12

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

bew.m-land-sued@projekteverein.de

Außenstelle Sozialpsychiatrischer Dienst Ottobrunn in Unterhaching

Münchner Str. 1

82008 Unterhaching

Tel. (089) 60 50 54
Fax (089) 60 50 12

Berchtesgadener Land
Anton-Winkler-Straße 3a
83435 Bad Reichenhall

Tel. (08651) 65633
Fax (08651) 98 43 03

E-Mail: spdi.bgl@projekteverein.de

bew.bgl@projekteverein.de

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe

Berchtesgadener Land
Reichenberger Str. 1
83395 Freilassing

Tel. (08654) 77 04 77 3
Fax (08654) 77 04 4 74

E-Mail: selbsthilfe-bgl@projekteverein.de

Krisendienst Psychiatrie München c/o Krisenzentrum Atriumhaus

Bavariastr. 11
80336 München

Tel. (089) 72 95 96-0

E-Mail: leitstelle2@atriumhaus-muenchen.de

Gerontopsychiatrische Dienste

Schwanseestraße 16 (Ost)
81539 München

Tel. (089) 691 48 02
Fax (089) 69 76 08 04

E-Mail: gpdi.ost@projekteverein.de

Gubestraße 5 (West)
80992 München

Tel. (089) 14 00 28 33
Fax (089) 14 00 28 34

E-Mail: gpdi.west@projekteverein.de

bew-gpdi.west@projekteverein.de

Riesengebirgsstraße 1-3
84478 Waldkraiburg

Tel. (08638) 15 40
Fax (08638) 15 92

E-Mail: gpdi.waldkraiburg@projekteverein.de

IDOB – Integrierte Demenzversorgung Oberbayern

Candidplatz 9
81543 München

Tel. (089) 28 74 67 21
Fax (089) 62 00 07 56

E-Mail: idob.muenchen@projekteverein.de

Anton-Winkler-Str. 3
83435 Bad Reichenhall

Tel. (08651) 7 64 05 27
Fax (08651) 98 43 03

E-Mail: idob.bgl@projekteverein.de

Betreutes Wohnen

Therapeutische Wohngemeinschaften

Seerieder Straße 24
81675 München

Büro: Tel. und Fax (089) 4 58 32-2 10

E-Mail: twg.seerieder@projekteverein.de

Orleansstraße 65a
81667 München

Büro: Tel. und Fax (089) 4 58 32-2 10

E-Mail: twg.orleans@projekteverein.de

Schmädelstraße 33
81245 München

Tel. und Fax (089) 4 58 32-2 10

E-Mail: twg.schmaedel@projekteverein.de

Oskar-Maria-Graf-Ring 22
81737 München

Büro:
Tel. (089) 4 58 32-2 26
Fax (089) 4 58 32-2 05

E-Mail: twg.oskar-maria-graf@projekteverein.de

Gautinger Straße 34
82319 Starnberg

Tel. (08151)918032
Fax (08151)274732

E-Mail: twg.starnberg@projekteverein.de

Wappachweg 3
83457 Bayerisch Gmain

Tel. (08651)67537

E-Mail: twg.bayerisch-gmain@projekteverein.de

Langzeitwohnprojekte

Schwanseestraße 16
81539 München

Tel. (089)692804 6
Fax (089)6938 13 15

E-Mail: lzwp.schwansee@projekteverein.de

Plievierpark 13
81737 München

Tel. (089)6378522
Fax (089)18912192

E-Mail: lzwp.plievierpark@projekteverein.de

BEW und LZWP Icking

Buchenwinkel 2
82057 Icking

Tel. (08171)386407

E-Mail: bew.buchenwinkel@projekteverein.de

lzwp.buchenwinkel@projekteverein.de

„Tiroler Hof"

Tiroler Straße 12
83435 Bad Reichenhall

Tel. (08651)7169852
Fax (08651)7169855

E-Mail: lzwp.tirolerhof@projekteverein.de

Wohnprojekt Gravelottestraße

Gravelottestraße 12
81667 München

Tel. (089)458 32-211
Fax (089)458 32-205

E-Mail: wp.gravelotte@projekteverein.de

Wohnprojekt II

Gravelottestraße 14
81667 München

Tel. (089) 550 52 674
Fax. (089) 548 446 61

E-Mail: gravelotte14@projekteverein.de

Psychiatrische Familienpflege/ Betreutes Wohnen in Gastfamilien

Gravelottestraße 8
81667 München

Tel. und Fax (089) 4 58 32-2 10

E-Mail: familienpflege@projekteverein.de

familienpflege.muenchen-rosenh@projekteverein.de

Buchenwinkel 2
82057 Icking

Tel. (08171) 386 430 3
Fax (08171) 387 543

E-Mail: familienpflege.miesbach-toelz@projekteverein.de

Reichenberger Str. 1
83395 Freilassing

Tel. (086 54) 770 44 72
Fax (086 54) 770 44 74

E-Mail: familienpflege.bgl@projekteverein.de

Tagesstruktur

Tagesstätten

Gautinger Straße 34
82319 Starnberg

Tel. (081 51) 274 731
Fax (081 51) 274 732

E-Mail: ts.starnberg@projekteverein.de

Anton-Winkler-Straße 3a
83435 Bad Reichenhall

Tel. (086 51) 81 38
Fax (086 51) 984 303

E-Mail: ts.bad-reichenhall@projekteverein.de

Ludwig-Thoma-Straße 48
85521 Ottobrunn

Tel. (089) 606 018 35
Fax (089) 605 012

E-Mail: ts.ottobrunn@projekteverein.de

Lützowstraße 1
81245 München-Pasing

Tel. (089) 896938 50
Fax (089) 896938 49

E-Mail: ts.west@
projekteverein.de

Peschelanger 11
81735 München

Tel. (089) 520327 82
Fax (089) 6789845

E-Mail: ts.perlach@
projekteverein.de

Betreuungsverein Münchner Bürgerinnen und Bürger

Gravelottestraße 8
81667 München

Tel. (089) 630230-0
Fax (089) 630230-12

E-Mail: bmb@
projekteverein.de

Arbeit

Café Harlekin

Anton-Winkler-Straße 3a
83435 Bad Reichenhall

Tel. (08651) 81 38
Fax (08651) 984303

Zuverdienstprojekt (unter dem Träger der AWO Beratungsdienste)

Zuverdienstprojekt Bad Reichenhall

Tiroler Straße 12
83435 Bad Reichenhall

Tel. (08651) 716985 6
Fax (08651) 716985 5

E-Mail: zuverdienst.bgl@
awo-muenchen.de

Zuverdiensprojekt Icking

Buchenwinkel 2
82057 Icking

Tel. (08171) 3864331
Fax (08171) 3870844

E-Mail: zuverdienst.buchenwin-
kel@
awo-muenchen.de

Zuverdiensprojekt München-Haidhausen

Gravelottestraße 14
81669 München

Tel. (089) 552985 16
Fax (089) 548446 61

E-Mail: zuverdienst.haidhau-
sen@
awo-muenchen.de

Impressum

Geschäftsführer

Horst Reiter

Prokura

Holger Steckermaier

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:
6 852 500 BLZ 700 205 00

Postbank München
Kontonummer:
1650 69-805 BLZ 700 100 80

Adresse

gGmbH des Projektevereins
Gravelottestraße 6/IV
81667 München

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

www.projekteverein.de

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

Vorstand:

Jürgen Salzhuber,
Vorstandsvorsitzender
Dr. Helmut Waldmann
Dr. Götz Zilker
Isolde Zins

Kontrollrat:

Andrea Ziegler

Paul Woldt

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Horst Reiter

Redaktion

Renate Eder
Büro Text

Görresstr. 33
80998 München,

Tel (089)5171 9943

Gestaltung und Druck

PROEKT PRINT
Satz Druck Kopie, München