40 Jahre Projekteverein Beiträge zur sozialpsychiatrischen Praxis

Tätigkeitsbericht







40 Jahre Projekteverein Beiträge zur sozialpsychiatrischen Praxis

Tätigkeitsbericht





Inhalt

	Vorwort Jürgen Salzhuber / Horst Reiter	4
	Grußwort Josef Mederer / Christian Ude	10
01	Der Projekteverein und seine GmbH	14
02	1973 – 2013: 40 Jahre Sozialpsychiatrie – 40 Jahre Projekteverein Holger Steckermaier	18
03	Lernen von den Finnen: Netzwerkorientiertes Arbeiten in der Sozialpsychiatrie Simone Eiche	26
04	Die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen Michael Rahm	32
05	Die Integrierte Versorgung der Awolysis – Bestandsaufnahme nach drei Jahren Praxis Stephanie Lerf	38
06	Eine Ewigkeit will ich schon hinter mich bringen. Wie aber den heutigen Tag? Konstanze Grumbach-Matthiessen	44
07	Sozialpsychiatrie und medizinische Psychiatrie – eine notwendige Kooperation Dr. Martha Ertl-Gehrke	52
80	Es muss nicht immer stationär sein – Ambulante Wohnprojekte als Alternative zur Heimversorgung Monika Greszik / Herbert Kallus / Eva-Maria Kayser	56
09	Betreuungsrecht, Sozialpsychiatrie und Menschenrechte Dr. Rolf Marschner	62
10	Recovery und Empowerment in der Arbeit mit psychisch kranken Älteren – Peer Support am Gerontopsychiatrischen Dienst Sabine Wolf	66
	Adressen	70
	Impressum	72

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

der Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V., Projekteverein, ist ein Kind der Psychiatrieenquete. 1977 wurde die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen als Vereinsziel in der Satzung des vier Jahre vorher gegründeten Vereins niedergeschrieben. Die Geschichte unseres Projektevereins ist ein positives Beispiel, wie sich aus jugendlichem Idealismus ein Verein entwickeln kann, der heute eine feste Größe in der Münchner und Oberbayerischen Versorgungslandschaft darstellt.

Ca. 360 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V., Gemeinnützige GmbH des Projektevereins, Perspektive e. V., Perspektive GmbH und Awolysis leisten hervorragende professionelle Arbeit. Aus dem Verein heraus entwickelten sich eine Menge initiativer Projekte und Maßnahmen, die heute zum Teil in der psychiatrischen Regelversorgung ihren Platz haben.

Als Gründungsmitglied und seit Anbeginn als Vorstandsvorsitzender bedanke ich mich herzlich bei meinen langjährigen Mitstreitern im Vorstand, wie Dr. Helmut Waldmann, Isolde Zins, Stephanie Lerf und Dr. Martha Ertl-Gehrke für die Übernahme der Verantwortung und die konstruktive Arbeit.

Zum Erfolg beigetragen hat neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern natürlich auch unser langjähriger Geschäftsführer Horst Reiter und sein Prokurist Holger Steckermaier.

Horst Reiter hat entscheidend dazu beigetragen, dass der Verein nicht nur finanziell stabil ist sondern auch fachlich einen hervorragenden Ruf vorweisen kann.

Ich wünsche dem Projekteverein für die kommenden Jahre zum Wohl der psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger gerade in dieser sozialpolitisch schwierigen Zeit Engagement, gutes Gelingen und viel Erfolg.

7- (ile)



Jürgen Salzhuber, Vorstandsvorsitzender der Arbeiterwohlfahrt München und des Vereins Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V.

Jürgen Salzhuber

Der Vorstand und Kontrollrat des Projektevereins (von links nach rechts): Frau Dr. Ertl-Gehrke, Dr. Helmut Waldmann, Isolde Zins, Jürgen Salzhuber, Stephanie Lerf, Wolfgang Schindele (Kontrollrat), Paul Woldt (Kontrollrat).



Horst Reiter, Geschäftsführer gemeinnützige GmbH des Projektevereins München

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir wollen mit diesem Jubiläums-Jahresbericht ein Schlaglicht auf die Entwicklung des Projektevereins in den letzten vierzig Jahren werfen. Wir wollen zeigen wie wir die Ideen und Vorstellung der Psychiatriereform in konkrete Projekte umgesetzt haben. Wir wollen zeigen welche Leidenschaft uns dabei antreibt und dass Beharrlichkeit und Ausdauer ein Wesensmerkmal des Projektevereins ist.

Inspiriert von der Psychiatriereform in Italien und später auch in Deutschland eröffnete der Verein Projekte- für Jugend- und Sozialarbeit e. V. 1979 seinen ersten Sozialpsychiatrischen Dienst in dem neuen Stadtteil Neuperlach.

Der Leitgedanke war, möglichst frühzeitig an Menschen mit persönlichen und sozialen Schwierigkeiten heranzukommen und ihnen in der Weise zu helfen, dass eine spätere Zuweisung in das psychiatrische Versorgungssystem möglichst vermieden wird und dass das Selbsthilfepotential der Betroffenen sowie das Hilfspotential ihrer unmittelbaren Umgebung aktiviert wird.

Unter heftigem Widerstands der ärztlichen Standesvertretungen setzte sich der Projekteverein für die Idee der Sozialpsychiatrischen Dienste ein und eröffnete nacheinander die SpDis in München-Pasing, München-Giesing, Berchtesgadener Land und Kronach Lichtenfels. Später kommen die Dienste in München-Land Süd und Planegg hinzu.

Heute gibt es vielfältige Kooperationen zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und die Sozialpsychiatrischen Dienste sind eine allseits anerkannter Teil der sozialpsychiatrischen Versorgung geworden.

Frau Dr. Ertl-Gehrke beschreibt in ihrem Beitrag die Notwendigkeit dieser Kooperation.

Die Themen Arbeit und Wohnen rückten bald in den Fokus. Die Werkstatt ProNova wurde eröffnet und tariflich bezahlte Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen geschaffen. Später wurde die Druckerei PRINT aufgebaut. Der Verein beteiligte sich am Modellprojekt »Betreuung psychisch Behinderter bei beruflichen Schwierigkeiten durch Sozialpsychiatrische Dienste«. Das Projekt wurde von Max Weber, damals Landtagsabgeordneter und lange Jahre im Vorstand des Projektevereins initiert. Aus den sieben Arbeitsassistentinnen in Bayern sind die Integrationsfachdienste entstanden. An der IFD Müchnen-Freising GmbH ist der Projekteverein als Gesellschafter beteiligt.

Der Beitrag von Michael Rahm diskutiert die aktuelle Entwicklungen zu dem Thema Arbeit und psychische Erkrankung.

Es wurden die Therapeutischen Wohngemeinschaften und das Ambulant Betreute Wohnen für Menschen mit psychischen Problemen aufgebaut, die nach einem Klinikaufenthalt noch nicht in einer eigenen Wohnung leben können oder noch eine intensivere Betreuung benötigen.

Mit dem Aufbau des ersten Gerontopsychiatrischen Dienstes in Bayern 1990 brachte der Projekteverein die Situation von psychisch kranken alten Menschen in die Diskussion. Wir freuen uns sehr, dass in der Folge in München drei weitere GpDis, ein GpDi in Waldkraiburg und gerontopsychiatrische Fachstellen an allen Sozialpsychiatrischen Diensten geschaffen wurden. Damit konnte die Versorgung der alten Menschen wesentlich verbessert werden.

Sabine Wolf beschreibt die Notwendigkeit von Recovery und Empowerment in der Arbeit mit psychisch kranken älteren Menschen.

Mit der Auflösung der Langzeitabteilungen im Bezirkskrankenhaus Haar 1994 mussten Wohn- und Lebensmöglichkeiten für Frauen und Männer geschaffen werden, die Jahrzehnte in der Klinik gelebt haben. Der Projekteverein eröffnete im Mai 1994 seine erste stationäre Langzeitwohngruppe. Diese orientierte sich in ihrer Arbeitweise an ambulanten Konzepten und wollte den Bewohnerinnen und Bewohnern ein Zuhause geben und zu einer selbständigen Lebensgestaltung befähigen. Aufgrund des hohen Bedarfs an dieser Wohnform werden weitere Wohnprojekte in Bad Reichenhall, München und Icking aufgebaut.

Der Beitrag von Konstanze Grumbach-Matthiesen beleuchtet die Notwendigkeit aber auch die Widersprüche der Heimversorgung.

Mit dem Konzept Psychiatrische Familienpflege setzt der Projekteverein weitere ambulante Impulse im Bereich des Betreuten Wohnens.

Als die Situation von psychisch kranken wohnungslosen Menschen in München immer drängender wurde, entwickelte der Projekteverein das Konzept einer ambulanten Wohneinrichtung mit einer niederschwelligen Betreuung vor Ort und eröffnete in Räumen des Kreisverbandes München der Arbeiterwohlfahrt das erste Wohnprojekt in der Gravelottestraße 12 in München. Diesem folgten weiter Wohnprojekte in der Gravelottestraße 14 und seit Oktober 2012 in Fröttmaning.

Monika Greszik, Eva Kayser und Herbert Kallus beschreiben wie eine ambulante Betreuung von psychisch schwer erkrankten Menschen in der Gemeinde gelingen kann.

In den Jahren 1996 bis 1998 eröffnete der Projekteverein Tagesstätten in Bad Reichenhall, Starnberg und Ottobrunn. Dem folgen später die Tagesstätte Pasing (2000) und Perlach.

Angehörige und Betroffene forderten immer wieder eine bessere Versorgung in Krisen. Durch die rechtzeitige Einschaltung von Fachpersonal könnten Einweisungen in eine Klinik verhindert werden, so argumentierten sie. 1992 hat der Projekteverein diese Forderung aufgegriffen. Er setzte sich mit den anderen Wohlfahrtsverbänden für einen Krisendienst in München ein. Es sollte zehn Jahre dauern bis der Gemeindepsychiatrischen Krisendienst München Ost 2002 eröffnet werden konnte. Zusammen mit anderen Trägern der sozialpsychiatrischen Versorgung im Münchner Sektor Ost, der Universitätsklinik Rechts der Isar und dem

Bezirkskrankenhaus Haar und mit finanzieller Unterstützung des Bezirks Oberbayern und der Stadt München konnte unser Verein eine Lücke schließen, die von den Angehörigen und Betroffenen immer wieder beklagt wurde.

Zusammen mit dem Atriumhaus und dem Krisendienst Süd wurden die Voraussetzungen geschaffen für eine verbesserte Krisenversorgung in München. Seit 2007 haben sich diese Dienste und vier Sozialpsychiatrische Dienste und deren Träger zum Krisendienst Psychiatrie München mit einer gemeinsamen Leitstelle und unter einer einheitlichen Leitung zusammengeschlossen. Durch einen Kooperationsvertrag ist die Kassenärztliche Vereinigung eingebunden. Die Angehörigen und Betroffenen sowie die Kostenträger sind im Lenkungsausschuss des Krisendienstes vertreten. Dies beweist, dass eine Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer aus dem klinischen und ambulanten Bereich gut gelingen kann.

Simone Eiche zeigt in ihrem Artikel auf, was wir in der Krisenversorgung von den Finnen lernen können.

33 Jahre nach der Gründung des Projekte- für Jugend- und Sozialarbeit e. V. gründet der Verein die gemeinnützige GmbH des Projektevereins und übergibt 2006 das operative Geschäft an diese. Mitgesellschafter ist die AWO München gemeinnützige Betriebs GmbH. Damit wurden die Weichen für eine weitere Professionalisierung gestellt.

Ein weiteres Beispiel einer gelungenen Kooperation war 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 wurde. Zusammen mit der Isar-Amper-Klinik und dem Inn-Salzach-Klinikum konnten der Projekteverein 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. Leider musste dieses vorbildliche Projekt 2011 eingestellt werden, da es nicht gelungen ist, dieses gute Beispiel einer integrierten Versorgung in eine Regelfinanzierung zu überführen.

Einen entscheidenden Schritt zur Weiterentwicklung der ambulanten psychiatrischen Versorgung war die Beteiligung am Aufbau einer Integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen zusammen mit der Techniker Krankenkasse und der KKH. Dem bundesweit umgesetzten Vertrag »NetzWerk für psychische Gesundheit« sind bereits mehrer Krankenkassen beigetreten und die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Ziele hervorragend erreicht werden.

Der Beitrag von Steffi Lerf zeigt auf wie durch eine gute koordinierte ambulante Behandlung aller beteiligter Leistungserbringer und Unterstützung stationäre Aufenthalte vermieden werden können.

Für einen psychisch kranken Menschen ist es wichtig, in seinen sozialen Bezügen,

seinem unmittelbaren Umfeld, seinem Wohnfeld und seiner Arbeitssituation klarzukommen.

Welche rechtlichen Fragen hierbei eine Rolle spielen erläutert Dr. Rolf Marschner in seinem Beitrag.

Ich bedanke mich bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr Engagement und ihre Beharrlichkeit mit der sie die von uns betreuten psychisch kranken Menschen dabei unterstützen ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

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.

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 zusammenzubringen. Wir finden zusammen mit Ihnen immer wieder Wege zu unserem Ziel: den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen!

Danken möchte ich dem Adventskalender der Süddeutschen Zeitung, der Thomas-Wimmer-Stiftung und den vielen Spenderinnen und Spendern, die es immer wieder ermöglichen Klienten in Not schnelle Hilfe geben zu können.

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.

2 (

Horst Reiter

Grußwort



Liebe Leserinnen und Leser,

40 Jahre Projekteverein! Ein solches Jubiläum ist immer auch Anlass zurückzublicken. Diese Reise ins Jahr 1973 zeigt, wie sehr der Projekteverein mit seinen Denkanstößen den Umgang mit psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft verändert hat. Zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquete fühlten sich viele Betroffene ohnmächtig einem für sie undurchschaubaren System ausgeliefert. Heute hingegen steht der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Der Projekteverein hat an der Entwicklung eines humanen Hilfesystems einen zentralen Anteil. Seine Impulse waren und sind für unsere Arbeit beim Bezirk Oberbayern unverzichtbar.

Dieser Verein ist so wertvoll, weil er Menschen mit einer psychischen Behinderung befähigt, am Leben der Gemeinschaft teilzuhaben. Hier werden Menschen beim Weg aus der Krise gestärkt, damit sie sich wieder etwas zutrauen. Jeder Einzelne wird mit seinen Sorgen angenommen und erhält passgenau die Hilfe, die er oder sie braucht.

Mit dieser Haltung war und ist der Projekteverein ein Wegbereiter des Inklusionsgedankens – und zwar lange bevor dieser in aller Munde war. Maßstäbe hat der Projekteverein besonders mit der Eröffnung von Sozialpsychiatrischen und den ersten Gerontopsychiatrischen Diensten in München und mit Modellen zur Teilhabe am Arbeitsleben gesetzt. Seine Integrationsfirmen und Zuverdienstbetriebe waren ebenfalls Vorreiter für ganz Bayern. Auch bei der Entwicklung ambulant betreuter Wohnangebote gingen wichtige Impulse von der Gravelottestraße aus. Sie wirken heute über ganz München hinaus.

Der Bezirk Oberbayern begleitet und fördert als Träger der psychiatrischen Versorgung und der Eingliederungshilfe die Arbeit des Projektevereins seit fast vier Jahrzehnten. Gemeinsam haben wir viele Ideen zur Gestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft entwickelt und umgesetzt. Uns verbindet das Ziel, Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung maßgeschneiderte Hilfen anzubieten. Besonders wichtig ist dabei, Klinikaufenthalte möglichst zu verhindern oder wenigstens zeitlich zu begrenzen. So können die Betroffenen in ihrem familiären, sozialen und beruflichen Umfeld verwurzelt bleiben. Dazu ist eine rechtzeitige Krisenintervention unerlässlich: Mit dem gemeinsam finanzierten Krisendienst Psychiatrie München haben die Kliniken des Bezirk Oberbayern und der Projekteverein mit weiteren Partnern dafür einen verlässlichen Rahmen geschaffen.

Zum 40. Geburtstag möchte ich dem Projekteverein und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meine Anerkennung für das bisher Geleistete aussprechen. Auch im Namen der Beschäftigten des Bezirks Oberbayern danke ich für Ihre engagierte Arbeit zum Wohle der betroffenen Menschen. Unsere Zusammenarbeit ist konstruktiv, spannend und bereichernd. Wir freuen uns, dass wir den Projekteverein als verlässlichen Partner an unserer Seite wissen dürfen.

Josef Medun

Josef Mederer



Josef Mederer, Präsident des Bezirkstags von Oberbayern



Christian Ude,
Oberbürgermeister der
Landeshauptstadt München

Die 40-jährige Geschichte des Vereins Projekte für Jugend- und Sozialarbeit ist ein Abbild der Geschichte der Sozialpsychiatrie in München und Bayern. Anfang der 1970erJahre entwickelte sich ein Bewusstsein dafür, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mehr zu ihrer Gesundung und einem trotz Krankheit lebenswerten Leben brauchen als ärztliche Behandlung, womöglich noch in abgeschiedenen Krankenhäusern. Bundesweit wurde eine Psychiatriereform gefordert, international gab es eine beeindruckende Bewegung hin zu einer Reintegration psychisch erkrankter Menschen in die Gesellschaft. Engagierte Fachkräfte gründeten Projekte und Vereine zur Umsetzung neuer Ideen. In München war dies der »Projekteverein«, der 1978 als erster Träger einen Sozialpsychiatrischen Dienst gründete.

Heute, 40 Jahre später, betreibt der Verein eine gemeinnützige GmbH, die ein differenziertes Angebot für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen vorhält, in München und weiteren Regionen Bayerns. Zur Bewältigung ihrer Erkrankung im Alltag erhalten die Betroffenen Unterstützung in Wohngemeinschaften und betreutem Wohnen. In den Arbeits- und Zuverdienstprojekten können sie ihre Leistungsfähigkeit erproben und trainieren, wieder einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen. In Tagesstätten finden sie nicht nur Kontakt zu Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation, sondern werden vor allem auch ermutigt, ihre Freizeit aktiv zu gestalten und wieder Lebensfreude und Zuversicht zu erfahren.

Diese Angebote der gemeindenahen und lebensweltbezogenen Unterstützung und Behandlung ist eine gute Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung in großen Kliniken. Dabei geht es heute nicht mehr um eine grundlegende Abgrenzung des stationären und ambulanten Bereichs, sondern um eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielsetzung, Hilfen möglichst nah an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren. Mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, die auch Deutschland 2009 unterzeichnet hat, erhalten diese Forderungen der Sozial- und Gemeindepsychiatrie nun eine aktuelle Bestätigung. Menschen mit Behinderungen, also auch jene mit einer seelischen Behinderung, haben alle Rechte auf ein selbstbestimmtes Leben und die volle Teilhabe an der Gesellschaft.

Die Ziele und Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention haben auch Eingang in das Leitbild und in die Praxis des Projektevereins gefunden. Immer wieder wurden und werden hier neue Ideen erprobt, Modellprojekte durchgeführt und gemeinsam mit anderen Trägern Angebote verwirklicht, die zentrale Themen aufgreifen und Lücken schließen. Beispielhaft ist dafür die Beteiligung am stadtweiten Krisendienst Psychiatrie München zu nennen, der seit 2007 Anlaufstelle für Menschen in akuten psychischen Krisen ist und auch aufsuchende Arbeit leistet. Die Entwicklung des Konzepts und die Umsetzung des Krisendienstes, der heute sehr stark nachgefragt und Vorbild für andere Regionen ist, erforderte von den beteiligten Trägern und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hohes Engagement und auch betriebswirtschaftliche Risikobereitschaft.

Für Arbeits- und Qualifikationsmöglichkeiten hat sich der Projekteverein zusätzlich engagiert. Seit 2004 beteiligt er sich als Gesellschafter an der gemeinnützigen

Anderwerk GmbH München. 2005 war er Mitbegründer des Integrationsfachdienstes München-Freising, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei der Integration behinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ins Erwerbsleben unterstützt. Auch hier gelingt das Zusammenwirken verschiedener Träger, das Ressourcen schont und Synergien schafft.

Als jüngstes Modellprojekt startete im Jahr 2010 unter Beteiligung des Projektevereins das Netzwerk psychische Gesundheit »Vincentro«, das integrierte Versorgung für psychisch Erkrankte anbietet. Dieses Netzwerk bietet seinen Mitgliedern nicht nur ein umfassendes personenzentriertes Hilfsangebot, sondern ermöglicht auch die Erprobung neuer Ansätze wie Rückzugsräume in Krisen oder die Mitarbeit psychiatrieerfahrener Menschen zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten aus einer Selbsthilfe-Perspektive.

Für das alles sage ich dem Projekteverein und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meinen ausdrücklichen Dank. Ihr vorbildliches Engagement für Menschen, die ohne Unterstützung aus der Mitte unserer Gesellschaft fallen würden, ist gerade in einer Großstadt wie München gar nicht hoch genug einzuschätzen. Gerne unterstützt die Stadt deshalb auch den Projekteverein nach besten Kräften. Und gerne nehme ich daher auch das 40-jährige Bestehen des Vereins zum Anlass, ganz herzlich zu gratulieren und auch für die künftige Arbeit viel Kraft und Erfolg zu wünschen.

Mole

Christian Ude

01

Der Projekteverein und seine GmbH



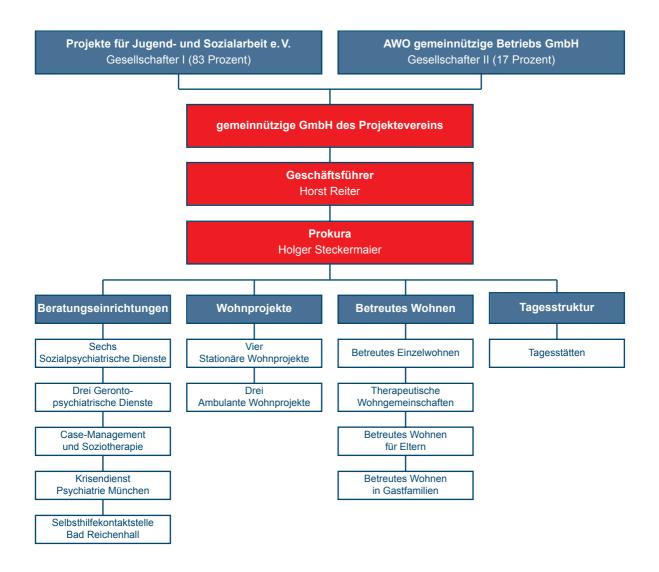
Organigramm der gGmbH des Projektevereins als Gesellschafter



Organigramm des Projektevereins als Gesellschafter



Organigramm der gGmbH des Projektevereins



Leitbild: Psychische Gesundheit fördern - hilfreich für ein selbstbestimmtes Leben.

1. allgemein: Unser Ziel ist soziale Teilhabe

Die gemeinnützige GmbH des Projektevereins ist ein soziales Unternehmen.

Unser Ziel ist mit unseren Projekten die Integration psychisch erkrankter Bürgerinnen und Bürger umzusetzen. Unser Handeln ist darauf ausgerichtet, psychische Gesundheit zu fördern, die Lebensqualität der Klientlnnen zu verbessern und so ihre aktive und selbstbestimmte Teilhabe im Sinne der UN- und EU-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.

2. verbandspolitisch: Wir handeln solidarisch

Die GmbH des Projektevereins ist korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern und Mitglied der AWO M•group. Wir stehen damit in der geschichtlichen Tradition der Arbeiterwohlfahrt. Unsere Haltung und unser Handeln werden bestimmt durch die Werte Solidarität, Freiheit, Gleichheit, Toleranz und Gerechtigkeit.

3. zielgruppenspezifisch: Wir arbeiten ganzheitlich und trialogisch

Wir fördern Selbstbestimmung und Eigenverantwortung und stärken die Selbsthilfepotentiale der Klientlnnen und ihres sozialen Umfeldes. Wir begleiten den Prozess zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als verlässliche Partner.

Wir achten die Würde und Individualität, beziehen die individuelle Lebenswelt jeder Klientin und jedes Klienten in unser professionelles Handeln mit ein. Die psychosoziale Betreuung und Stabilisierung erfolgt, wo immer möglich, im vertrauten sozialen und beruflichen Umfeld. Unsere Kompetenz ist die Arbeit in interdisziplinären Teams, die Einbeziehung aktueller Erkenntnisse der Sozialpsychiatrie, Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik und die Nutzung verschiedener Therapieansätze. Gender-Aspekte und interkulturelle Orientierung werden regelmäßig berücksichtigt.

4. personell: Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter prägt die Qualität unserer Dienstleistungen

Die Qualität sozialpsychiatrischer Dienstleistungen hängt entscheidend von der Fachkompetenz, der Haltung und dem Engagement der MitarbeiterInnen ab.

Wir legen größten Wert auf die stetige fachliche und persönliche Entwicklung aller MitarbeiterInnen durch interne und externe Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter kennt über den eigenen Arbeitsauftrag hinaus auch die Aufgaben der Kolleginnen und Kollegen. Darüber hinaus nutzen wir die in unterschiedlichen Projekten vorhandenen Kompetenzen im Sinne einer einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit.

5. organisatorisch: Kommunikation, Kooperation und Transparenz sind uns wichtig

Handlungsleitend für die Organisation und Kultur unseres Unternehmens sind Kommunikation, Kooperation und Transparenz.
Unsere Organisationsstruktur und Arbeitsabläufe passen wir den sich wandelnden Anforderungen einer klientenzentrierten Arbeit an. Die kontinuierliche Verbesserung der Qualität auf jeder Arbeitsebene stellen wir durch festgelegte Organisationsstrukturen sicher.

6. wirtschaftlich: Wir stehen für wirtschaftliche Stabilität

Wirtschaftliche Stabilität ist die entscheidende Grundlage zur Realisierung der sozialen und gesellschaftspolitischen Ziele unseres Unternehmens.

Die GmbH des Projektevereins finanziert ihre Aktivitäten aus öffentlichen Mitteln, Eigenmitteln und Spenden. Sie stellt sich der Kontrolle über die sachgerechte und rechtmäßige Verwendung der bereitgestellten Mittel durch externe und interne Prüfer. Eine regelmäßige Rechenschaftslegung über die rechtlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und die inhaltliche Tätigkeit des Unternehmens gegenüber der Öffentlichkeit ist selbstverständlich.

7. zielorientiert: Wir brauchen die Gesellschaft und die Gesellschaft braucht uns

Wir erfüllen unseren gesellschafts- und sozialpolitischen Auftrag in aktiver und partnerschaftlicher Kooperation mit Menschen und

Wir gestalten zukunftsweisende Angebote bei sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Wir setzen uns ein für Teilhabe und Diskriminierungsverbot, Wahlfreiheit und Normalisierungsgebot, Selbstbestimmung und Teilhabe ohne Ausgrenzung.

Unsere Vision ist eine Gesellschaft, in der vielfältige Lebenskonzepte und Lebensräume ihren Platz haben und unterstützt werden.

1973 - 2013: 40 Jahre Sozialpsychiatrie – 40 Jahre Projekteverein

Sorgen und Nöte? Die Seelenfeuerwehr h

Psychologischer Beratungsdienst für Münchner

Von BARBARA H. SCHAEFER VON BARBAKA N. SCHAFFEK
Am Arbeitsplatz klappt es nicht, mit dem Partner
gibt's Schwierigkeiten, die Angehörigen sind nicht
mehr, wie es weitergehen soll. Sie werden depressiv. Die Endstation ist eft die Nervenklinik. Damit es
ort dar, nicht es weit kommt hat die Stadt einen mehr, wie es weitergehen soll. Sie werden depressiv. Die Endstation ist oft die Nervenklinik. Damit es serst gar nicht so weit kommt, hat die Stadt einen Sözialpsychiatrischen Dienst eingerichtet. Vorerst sit die Seelenfeuerwehr allerdings nur für die Bewicken von sechs Stadtviertein zuständig.

Jøder, der seelische Probleme hat, mit denen er bereit: Dr. Peter Schneider, in Hauberrisserhaus in raprett, langifähriger Letter der Drogenhilfe des Jugenden sozialpsychiatrischer men, wenn er in diesen

der Schwantnaierstrabe Kom-men, wenn er in diesen sechs Stadtviertein wohnt: 1 Altstadt, 9 Wiesenviertel, 10 Schlachthofviertel, 12 Mu-seumsviertel, 11 Glocken-bachviertel, 20 Schwanthaler-höhe.

Dieses Team aus fünf Fachleuten steht zur Bera-

amtes. Wolfgang Hering, Dienst, wie wir ihn verste-ber, Sozialarbeiter mit psy-chotherapeutscher Auslichtung, Christine Faul, Arzi-hellerin.

"Mit diesem Dienst ist jetzt ein Anfang gemacht worden", so Kreisverwal-tungsreferent Dr. Klaus Hahn-

tungsreferent Dr. Klaus Hahn-rog, "in anderen Stadtvier-tein sollen solche Einrichtun-gen folgen."
Das sind die Sprechzeiten in der Schwanthalerstraße 105: Mo. und M. 11.30 bis 13 Uhr und 14 bis 19 Uhr. Di., Do., Frei. 9 bis 13 Uhr und 14 bis 15.30 Uhr.



Das ist die Münchner "Seelenfeuerwehr": Jürgen Salzhuber, Christine Paul, Dr. Peter Schneider, Wolfgang Hering (von links nach rechts)

Erste Ideen – Phase des Aufbruchs

Das 40-jährige Wirken des Vereins Projekte für Jugend und Sozialarbeit ist eng mit der Geschichte und Entwicklung der sozialpsychiatrischen Reformideen und den sozialen und psychologischen Diskursen seit Beginn der 1970er Jahre verknüpft. Der Verein entstand in diesem Zeitraum, einer Phase des Aufbruchs, einer Ära die von dem gesellschaftlichen Wandel der 1960er und 1970er Jahre geprägt war.

In Zeiten von Managed Care und Capitation-Vergütungssystemen ist es lohnenswert sich noch einmal an die theoretischen Ursprünge unserer jetzigen sozialpsychiatrischen Versorgung zu erinnern. Der Terminus »Sozialpsychiatrie« wurde von Georg Ilberg bereits 1904 begründet. Sozialpsychiatrische Ansätze, also die Beachtung der sozialen Bedingungen für die Entstehung und Behandlung der Erkrankungen, war aber bereits für die französische Schule der Psychiatrie um Pinel und Esquirol ein wesentlicher Faktor. Aber auch deutsche Psychiater wie Wilhelm Griesinger, Mitte des 19. Jahrhunderts und Max Fischer Anfang des 20. Jahrhunderts betonten die Bedeutung des Sozialen in der Psychiatrie. Ab den 1920er Jahren gingen die Sozialpsychiatrischen Ideen im Zuge von Rassenhygiene und Eugenik unter und wurden erst in den 1950er und 1960er Jahren wieder aufgegriffen. 1

Wesentliche Impulse gingen etwa von Erving Goffmanns Werk »Asyle – Über die soziale Institution psychiatrischer und anderer Patienten« aus, das 1972 auf Deutsch erschien. Darin untersucht Goffman insbesondere die Situation in Irrenhäusern und Kliniken und beschreibt wie die »totalen Institutionen« die »Krankheiten« der Insassen prägte.

Auch der Projekteverein sieht sich in der Tradition der kritischen Sozialpsychiatrie in Deutschland, die Anfang der 1970er Jahre erstmals aus dem Schatten der Verwahrpsychiatrie trat und sich der Vorbilder bediente, deren Sozialpsychiatrische Theorien bereits in die Praxis mündeten. Beispielhaft genannt seien hier Maxwell Jones mit den therapeutischen Gemeinschaften, Ronald Laing und dessen Psychosentherapie,

Franco Basaglia aber auch die gesamte Mental Health Bewegung in den USA.² Insbesondere mit Franco Basaglia, mit dem ein intensiver Austausch bestand, diente in den 1970er Jahren der jungen sozialpsychiatrischen Szene um den Projekteverein als Vorbild. Ein enger Kontakt bestand auch zu Klaus Dörner und Horst Eberhard Richter, die unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie an der Umsetzung der Reformideen arbeiteten. Ursprünglich war geplant, dass sich der 1973 gegründete Verein, der aus einer Studentengruppe um den langjährigen Vorsitzenden Jürgen Salzhuber entstand, in der Jugendarbeit engagiert, was sich immer noch im Namen ausdrückt. Es wurden neue Konzepte zur Betreuung schwieriger Jugendlicher entwickelt, die damals jedoch an der ablehnenden Haltung des Jugendamtes scheiterten.

Mit Unterstützung und im Auftrag des damaligen Kreisverwaltungsreferenten Klaus Hahnzog, der auch Vorstand im Projekteverein war, sollten auf der Basis der Psychiatrieenquete, die »beträchtliche Lücken« in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen feststellte, Sozialpsychiatrische Dienste in München aufgebaut werden. ³

Neben einer Vielzahl an weiteren Forderungen hielt es



In den 1980er Jahren: Jürgen Salzhuber hält ein Plädoyer für die Sozialpsychiatrie.

- ¹ Schott, Tölle: Geschichte der Psychiatrie, C. H. Beck 2006, Seite 200 ff
- ² Pörksen Niels: Kommentar zu »Die Zukunft der Sozialpsychiatrie«, Sozialpsychiatrische Informationen, 4, 2012
- ³ Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrieenquete 1975) Seite 6

Neuer Notlandeplatz für Seelenkranke

Sozialpsychiatrischer Dienst München-West eröffnet / Hahnzog gibt Überblick über ähnliche Einrichtungen

Von unserem Redaktionsmitglied Karin Friedrich

Der sozialpsychiatrische Dienst München-West des Vereins "Projekte für Jugend- und Sozialarbeite. V." wurde gestern in Pasing eröffnet. Mehr als 200 Gäste — Landtagsabgeordnete, Stadt- und Bezirksräte, Vertreter des Sozialreferates, Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter — drängten sich in den neuen Räumen an der Landsberger Straße 501. In Zukunft werden hier Menschen in seelischen Nöten und Konflikten kostenlos Rat und Hilfe finden.

Die Räume laden zum Verweilen ein: Naturholzmöbel, bequeme Sessel, Ton in Ton abgestufte Braun- und Beigefarben, mildes Licht durch japanische Papierkubellampen. Das ist die Atmosphäre, in der in Einzel- und Gruppengesprächen verstörte Großstadtmenschen ihre seelischen Probleme, Ängste und Konflikte loswerden sollen.

Dr. Franz-Josef Feldhege, der stellvertretende Vorsitzende des Vereins "Projekte für Jugendund Sozialarbeit" stellte gestern bei der Eröffnung des sozialpsychiatrischen Dienstes das Mitarbeiterteam vor: ein Ärztin, eine Sozialpädagogin, einen Sozialarbeiter und eine Verwaltungskraft, die zugleich Diplompsychologin ist. "Da ein Pate nie ohne ein Geschenk kommt", überreichte Toni Kopfmiller jr., Vorsitzender "vom Kreisverband München des Bayerischen Roten Kreuzes, dem Team ein Videogerät. (Der Verein ist dem Roten Kreuz angeschlossen.)

Zwischenbilanz über die Sozialpsychiatrischen Dienste in München zog dann Kreisverwaltungsreferent Dr. Klaus Hahnzog bei der im Hofbräustüberl an der Benediktenstraße fortgesetzten Veranstaltung. Insgesamt seien es nun sieben, finanziell zu 60 Prozent von der Stadt, zu 40 Prozent vom Bezirk Oberbayern getragen. Daneben werde eine Reihe von Laiengruppen unterstützt. Eine Ambulanz für Alkoholiker ist im Werden. Etwa 1,4 Millionen Mark bringt die Stadt im Jahr an Zuschüssen für diese Dienste auf. "Die Frage wird drängend", sagte Hahnzog, "nun auch zu einer Koordination zu kommen." Ein Arbeitskreis dafür sei bereits gebildet, ein Psychosozialer Ausschuß in Vorbereitung.

Auch flankierende Sozialmaßnahmen

Aus ärztlicher Sicht beleuchtete Dr. Peter Schneider, Psychiater des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt, die Situation der Klienten, denen die Institutionen in den verschiedenen Stadtteilen zugute kommen sollen. "Zunehmende Isolierung und Vereinsamung sind in unserer Gesellschaft die Hauptgründe für seelische Erkankungen." Präventiv und nachsorgend zum Beispiel nach Krankenhausaufenthalten müsse denen geholfen werden, die den Kontakt zur Umwelt verloren hätten und drohten, dauerhaft invalid zu werden. Das geschehe am effektivsten in dem Stadtviertel, in dem sie wohnten und durch ein "mobiles Team", das nicht nur für

ärztliche und psychologische Beratung und Therapie, sondern auch flankierende Sozialmaßnahmen bieten könne.

"Mehr Zuwendung der Mitmenschen könnte bei vielen seelischen Erkrankungen heilsam wirken. Darum arbeiten wir speziell mit interessierten Laienheifern zusammen . . . Auf der Grundlage einer tragfähigen Beziehung ergeben sich erste Schritte zur Rehabilitation." Wünsche für die Zukunft: Die Zusammenarbeit mit Kliniken, Arzten und Angehörigen zu verstärken, für Kurzaufenthalte von Klienten, eine "Wohneinheit mit therapeutischem Charakter" einzurichten, die einen Krankenhausaufenthalt überflüssig macht, und einen allgemeinen psychiatrischen Notdienst rund um die Uhr zu schaffen.

(Öffnungszeiten des Psychiatrischen Dienstes München-West: Montag und Mittwoch 11 bis 13 und 14 bis 19 Uhr, Dienstag, Donnerstag und Freitag 9 bis 13 und 14 bis 15.30 Uhr, Tel. 837043/44.)

Zeitungsausschnitt aus der Süddeutschen Zeitung 1979.

die Sachverständigenkommission der Enquete für unerlässlich, insbesondere die sogenannten komplementären Dienste wie Heime (Komplementäre Dienste mit voller Patientenversorgung) aber auch Tagesstätten, beschützte Wohngruppen und das bis dato etwas marginalisierte Betreute Wohnen in Gastfamilien weiter auszubauen.

Sozialpsychiatrische Dienste, heute ein wesentliches Element gemeindepsychiatrischer Versorgung, wurden in der Psychiatrieenquete in der Form jedoch nicht erwähnt. Vielmehr wurde vorgeschlagen, diese Dienste an die Kliniken anzugliedern, allerdings mit der denkbaren Möglichkeit, dass diese auch von der Gesundheitsverwaltung getragen werden.

»Es ist denkbar, dass Einrichtungen dieser Art nicht von stationären oder halbstationären Diensten, sondern von der Gesundheitsfachverwaltung getragen werden ... In jedem Fall aber sollte der ... Bereich so gestaltet werden, dass er mit den stationären und halbstationären Behandlungseinheiten verbunden bleibt, um unter anderem die Behandlungskontinuität sicherzustellen.« ⁴ Interessant ist dabei festzustellen, dass die Psychiatrie-Experten bereits vor 40 Jahren die Behandlungskontinuität als wesentliche Versorgungsqualität anmahnten. Eine Forderung, die im Jahr 2013 leider noch nichts von ihrer Aktualität verloren hat.

Vor dem Hintergrund dieser Forderungen engagierte sich der damalige Münchner Kreisverwaltungsreferent Klaus Hahnzog, der die Notwendigkeit der »Rekommunalisierung« der Psychiatrie sah, für den Aufbau der Sozialpsychiatrischen Dienste. So konnte bereits 1977 der erste Sozialpsychiatrische Dienst in München unter der Trägerschaft der Stadt München seine Tätigkeit aufnehmen. Bereits kurze Zeit später gelang es dann dem Verein Projekte für Jugend und Sozialarbeit am

⁴ Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrieenquete 1975) Seite 213

01.05.1978 dessen ersten Sozialpsychiatrischen Dienst, den zweiten der Stadt München in Neuperlach zu eröffnen. Die Finanzierung dieses Dienstes unter freier Trägerschaft, erfolgte als freiwillige Leistung der Stadt München.

Kurze Zeit später entstand der Sozialpsychiatrische Dienst in München Giesing unter der Trägerschaft der Baverischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

Im Oktober 1979 konnte der Projekteverein seinen zweiten Sozialpsychiatrischen Dienst in München Pasing eröffnen.

Zwei Jahre später wurde der Sozialpsychiatrische Dienst in Giesing (sowie eine therapeutische Wohngemeinschaft in München Perlach) auch vom Projekteverein übernommen, da die Bayerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, nachdem die Finanzierung von der Stadt auf Land und Bezirk überging, die notwendigen Eigenmittel in Höhe von zehn Prozent nicht aufbringen konnte. Im gleichen Jahr nahm auch der Sozialpsychiatrische Dienst in Bad Reichenhall unter der Trägerschaft des Projektevereins seine Tätigkeit auf.

Allerdings stieß der Aufbau der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht nur auf positive Resonanz.

Insbesondere einige Ärzteverbände und niedergelassene Nervenärzte leisteten (teilweise mit überzogener Polemik) Widerstand gegen den Aufbau von Sozialpsychiatrischen Diensten.

»Kommunistische Psychiatrie«, »Entprofessionalisierung« waren gängige Schlagworte im Bemühen diese Dienste zu verhindern.

Dieser Widerstand war natürlich auch in der Angst begründet, Kompetenzen und auch Pfründe abgeben zu müssen. So gelang es den Ärztevertretern, entgegen den Diskussionen im Vorfeld des ersten baverischen Psychiatrieplanes. dass die Dienste nicht behandeln sondern nur Beraten und Betreuen durften. 5

An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass diese Entscheidung vermutlich als elementarer Fehler zu bezeichnen ist. Wäre es möglich gewesen, Fachärzte mit Behandlungsermächtigung, gerne unter deren Leitung, in die Dienste zu integrieren, wäre die Desintegration kommunaler psychiatrischer Versorgung deutlich eingegrenzt worden. Insbesondere chronisch psychisch erkrankte Menschen hätten deutlich davon profitiert. Zwar waren in vielen Diensten Teilzeitstellen für Fachärzte vorgesehen, da diese jedoch nicht behandeln durften, war und ist man auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und den psychiatrischen Institutsambulanzen angewiesen. Diese Kooperationen sind durchaus zu würdigen und funktionieren zu einem nicht geringen Teil sehr gut. Allerdings hat diese Entscheidung auch zu den häufig bemängelten Schnittstellenproblemen psychiatrischer Versorgung beigetragen. Die aktuell in der Fachwelt häufig diskutierten Versorgungsformen »Hometreatment« und »Assertive Community Treatment« hätte man möglicherweise bereits vor über 30 Jahren – trotz der Komplexität der Integration von Sozialhilfe- und Krankenkassenleistungen zumindest zum Teil umsetzen können, wenn es gelungen wäre eine Behandlungsermächtigung für die Ärzte in den Sozialpsychiatrischen Diensten zu erhalten.

Nervenärzte und Psychiater gegen Praktiken der sozialpsychiatrischen Dienste

"Sozialarbeiter warb Patienten ab"

gen und Sozialarbeitern), die derzeit im Stadtgebiet Menschen betreuen, die entweder psychische Störungen haben, oder nach der Entlässung aus der Nervenklinik eine Nachbehandlung und Berathen der nicht? Wegen dieser Frage war es in den vergangenen Monaten zum heftigen Krach zwischen den Rathausparteien gekommen. Schliedlich einigte man gestrigen Freitag, bei der alle Probleme zur Sprache kommen sollten. "Und ausgerechnet da sind wir, die Psychiater, kaum

vertreten", ärgerte sich der Be-rufsverband der niedergelassenen Ärzte und lud zur eigenen Pres-selvenfenenz

Ärzte und lud zur eigenen Presekonferenz.
"Bel mir in der Klinik waren bereits Sozialarbeiter aus einem Zentrum und erklärten den Kranken, sie solltien aus der Klinik weggehen, die mache sie nur Raputt", ärgerte sich der Chef der Laputt", augrete sich der Chef der Laputt", aus der Stein der Nachsorge nicht nur eng mit dem Klinikarzt zusammenzurabeiten, sondern vor allem auch den Kliniken mehr Sozialarbeiter

zur Verfügung zu stellen, damit die den Kranken draußen bei der Bewältigung des Alltags helfen-können. Professor Hans Lauter, Chef der psychiatrischen Klinik der Technischen Universität, fordert anstelle der sozialpsychiatrischen Dienste dringend Tageskilten und Standen der Schalber der Sch Irmi Schwartz

Zeitungsausschnitt aus dem Münchner Merkur 1981.

⁵ Cramer Manfred, »Ansprüche und Wirklichkeit der Sozialpsychiatrie in München« in: Psychiatrie in der Konkurrenzgesellschaft, Psychiatrieverlag 1990

Es geht weiter – Umsetzung und Aufbau

Nach dem Wechsel vom Spitzenverband Rotes Kreuz zum Landesverband der Arbeiterwohlfahrt 1982 wurden in den 1980er Jahren weitere Proiekte unter der Trägerschaft des Projektevereins eröffnet. Neben therapeutischen Wohngemeinschaften sei hier vor allem die Holzwerkstatt ProNova genannt, die 1985 als sozialer Betrieb zur beruflichen Eingliederung psychisch Erkrankter seine Tätigkeit aufnahm. Ein Jahr später konnte das über die damaligen Hauptfürsorgestellen geförderte Modellprojekt zur Betreuung psychisch Behinderter am Arbeitsplatz mit der ersten sogenannten »Arbeitsassistentin« seine Arbeit aufnehmen. Die Arbeitsassistenten/-innen die sukzessive auch an anderen Sozialpsychiatrischen Diensten ihre Arbeit aufnahmen, hatten die Aufgabe, Menschen mit einer psychischen Behinderung an ihrem Arbeitsplatz zu unterstützen, um diesen zu erhalten, aber auch Betriebe zur Einstellung schwerbehinderter Mitarbeiter zu beraten. Der »bayerische Weg«, diese Fachstellen an den sozialpsychiatrischen Diensten zu verorten, war ein wesentlicher Faktor für den Erfolg dieser Einrichtung. Leider wurde diese Organisationsform aufgrund neuer Vorgaben ab etwa 2002 aufgelöst und alle Arbeitsassistenten am Integrationsfachdienst zusammengefasst, wodurch der Bezug zur psychiatrischen Versorgungsstruktur weitgehend verloren ging.

Einen weiteren Meilenstein in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen konnte der Projekteverein nach langjährigen Vorarbeiten mit der Eröffnung des ersten Gerontopsychiatrischen Dienstes in Bayern



Aus einer Publikation des Projektevereins.

im Jahre 1990 setzen. Dieses wegweisende Konzept führte in München zu drei weiteren Diensten, die aus der psychiatrischen Landschaft aufgrund ihrer wichtigen Aufgabe, vor dem Hintergrund einer zunehmend alternden Bevölkerung, nicht mehr weg zu denken sind.

Auch die ebenfalls 1990 eröffnete Fachstelle für Betreutes Wohnen in Gastfamilien, damals noch psychiatrische Familienpflege, war ein weiterer wichtiger Baustein für eine umfassende Inklusion der Betroffenen.

Ein Jahr später konnte der zweite soziale Betrieb des Projektevereins, die Druckerei PROJEKT PRINT eröffnen

Mitte der 1990er Jahre wurde für den Projekteverein die sogenannte Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung der Psychiatrie auch praktisch relevant. Dieses Reformvorhaben, das tatsächlich bis in die 1950er Jahre zurückreicht, hatte den Abbau von Klinikbetten für chronisch erkrankte Langzeitpatienten/-innen und die Schließung der sogenannten psychiatrischen Anstalten, bei gleichzeitigem Aufbau von therapeutischen Einrichtungen innerhalb der Gemeinde zum Ziel. ⁶

Durch die Auflösung des Langzeitbereiches im damaligen Bezirkskrankenhaus München Haar (jetzt Isar-Amper-Klinikum) war die Schaffung von dauerhaften Wohn- und Lebensmöglichkeiten für chronisch psychisch erkrankte Menschen auch in der Region München notwendig geworden.

So zogen im Mai 1994 zwölf Patienten/-innen, die Jahrzehnte im Bezirkskrankenhaus Haar verbracht hatten, in das neu eröffnete Wohnprojekt Schwanseestraße des Projektevereins ein.

Aufgrund des weiter bestehenden akuten Wohn- und Betreuungsbedarfs für diese Menschen wurde im Juli 1995 das Wohnprojekt Plievierpark in München-Perlach mit zwölf Plätzen eingerichtet. Einige Jahre später eröffnete der Projekteverein als Träger das Wohnprojektes Tiroler Hof in Bad Reichenhall und 2005 dann das Hauses Buchenwinkel in Icking. Derzeit werden in diesen vier Wohnprojekten insgesamt 63 chronisch psychisch kranke Menschen stationär betreut und begleitet.

Trotz dieser durchaus positiven Entwicklung durch die

⁵ Priebe Stefan, Zukunft psychiatrischer Versorgung – Träume und Albträume, Psychiatrische Praxis, 2003

Verlagerung der Wohn- und Betreuungsangebote in die Gemeinde werden die Ergebnisse der Deinstitutionalisierung durchaus auch kritisch gesehen, da von einer Abkehr einer institutionenorientierten Versorgung nicht die Rede sein könne. So wird dieser Verlagerungsprozess aufgrund des massiven Anstiegs an Heimplätzen, aber auch psychiatrischer und psychosomatischer Klinikbetten in der Literatur als »Transinstitutionalisierung« oder »Reinstitutionalisierung« bezeichnet. In einer europaweiten Studie etwa konnte gezeigt werden, dass mit der Reduktion von allgemeinpsychiatrischen Klinikbetten die Zahl der forensischen Betten und der betreuten Wohnplätze deutlich zunahm. ⁷

Auch der Projekteverein beteiligt sich an dieser Diskussion und versucht auch in der praktischen Umsetzung eine optimale Versorgung für chronisch psychisch Erkrankte zu erreichen. So sind alle Langzeitwohnprojekte als kleine, überschaubare und im besten Sinne familiäre Einrichtungen konzipiert. Auch versucht der Projekteverein so flexibel wie möglich auf die Bewohner/-innen einzugehen, etwa durch das Angebot eines Betreuten Wohnens, angeschlossen an die stationäre Einrichtung, wie es auch in diesem Jahresbericht beschrieben wird.

In den folgenden Jahren wurden weitere Tagesstätten, Wohngemeinschaften und auch Außenstellen sozialpsychiatrischer Dienste eröffnete. Zudem ging der »Betreuungsverein für Münchner Bürgerinnen und Bürger« in die Trägerschaft des Projektevereins über. Zugleich wurden aus organisatorischen Gründen die Arbeitsprojekte »PRINT« und »ProNova« in den Verein Perspektive e. V. ausgegliedert.



Beim jährlichen Firmenlauf im Olympiapark.



Mitarbeiter/-innen des Projektevereins Ende der 1980er Jahre.

Es gibt noch viel zu tun...

Ein wesentlicher Versorgungsbaustein, ein psychiatrischer Krisendienst, konnte nach langjährigen Planungen und Vorarbeiten jedoch erst 2002 eröffnet werden. Umso mehr kann der »Krisendienst Psychiatrie München« nun nach 10-jähriger Tätigkeit, trotz der noch notwendigen Erweiterungen (24-Stunden-Angebot etc.) als Erfolgsmodell gewertet werden. Hier ist es erstmals gelungen, eine Vielzahl an psychiatrischen Trägern und die Kliniken des Bezirkes Oberbayern insbesondere das Krisenzentrum Atriumhaus zu einem gemeinsam tätigen Leistungsanbieter zusammenzufassen. Dieses gelungene Kooperationsprojekt kann und sollte als Modell für die Weiterentwicklung und Optimierung der psychiatrischen Versorgung, insbesondere was die evidente Problematik der Desintegration der Versorgungsleistungen betrifft, herangezogen werden.

Becker Thomas et. al., Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, Kohlhammer 2008



Viel Arbeit in der Geschäftsstelle des Projektevereins in der Gravelottestraße 6.

Zum 01.01.2006 wurde das operative Geschäft des Projektevereins in die gemeinnützige GmbH des Projektevereins überführt. Der Grund für diesen Übergang war die Notwendigkeit, das operative Geschäft des Vereins mit seinen inzwischen 32 Einrichtungen und einem Haushaltvolumen von ca. neun Millionen Euro, durch eine Rechtsform weiterzuführen, die dieser Größenordnung angemessen ist.

Seit einigen Jahren engagieren sich der Projekteverein und seine GmbH auch als Mitgesellschafter der Awolysis GmbH für die Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte in der Psychiatrie. Der Projekteverein ist überzeugt, dass die Integrierte Versorgung nach § 140a ff die Chance beinhaltet, notwendige Versorgungskonzepte, wie etwa das allseits geforderte Hometreatment, umzusetzen, die bisher aufgrund zersplitterter Zuständigkeiten, institutionenorientiertem Denken und mangelnder Innovationsfreude nicht realisierbar waren.

Auch außerhalb des operativen Bereiches engagiert sich der Projekteverein in vielen Bereichen für die Sozial- und Gemeindepsychiatrie.

Neben der Mitarbeit in einer Vielzahl an fachlichen und politischen Gremien, bestehen enge kollegiale Verbindungen mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie, und der Deutschen und der Bayerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie.

Insbesondere auch die Aus- und Fortbildung der aktuellen und zukünftigen Kollegen/-innen in der Gemeindepsychiatrie ist dem Projekteverein ein Anliegen. So bestehen etwa enge Kontakte zum Fachbereich Soziale Arbeit und zum Masterstudium Sozialpsychiatrie der Hochschule München. Hier sind einige Mitarbeiter über einen Lehrauftrag an der Ausbildung der zukünftigen Sozialarbeiter beteiligt.

Darüber hinaus engagiert sich der Projekteverein und seine GmbH im Bereich der sozialpsychiatrischen Forschung und Evaluation von Versorgungsstrukturen.

Der Projekteverein war und ist dabei an mehreren Forschungsvorhaben unmittelbar beteiligt. So wurde das

erfolgreiche Modellprojekt »Integrierte Demenzversorgung Oberbayern (IDOB)« an dem der Projekteverein maßgeblich mitwirkte, durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (Prof. Dr. Schäfer-Walkmann) in Stuttgart mit guten Versorgungsergebnissen erfolgreich evaluiert.

Zudem beteiligt sich der Projekteverein an der SEE-WOLF Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in München) der psychiatrischen Klinik Rechts der Isar (PD Dr. Josef Bäuml) der TU München.

Im Mai 2013 begann die vom Bundesgesundheitsministerium finanzierte Studie zur »Wirksamkeit und Effizienz von Verträgen zur Integrierten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen«. Die Universität Ulm wird unter Federführung von Prof. Dr. Thomas Becker und Prof. Dr. Reinhold Kilian neben anderen Versorgungsprojekten in Deutschland die integrierte Versorgung der Awolysis GmbH in München in enger Kooperation mit dem Projekteverein evaluieren. Auch unterstützt der Projekteverein das Forum Mental Health ein Verein, gegründet von Absolventen/-innen des Masterstudienganges Psychiatrie, zur Förderung der wissenschaftlichen Sozialpsychiatrie.

Der Projekteverein, seine GmbH, seine Freunde und Förderer und nicht zuletzt alle engagierten Mitarbeiter haben sich zum Ziel gesetzt, sich auch weiterhin für eine humane, teilhabeorientierte und soziale Psychiatrie einzusetzen.

In diesem Sinne hat das was Max Fischer vor beinahe hundert Jahren formulierte nichts von seiner Gültigkeit verloren.

»Ohne Erforschung der sozialen Ursachen und ohne sozial-medizinisches Handeln, besonders auch in der Prophylaxe und Hygiene, also ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie. Vollends die angewandte praktische Psychiatrie ist ohne stärksten sozialen Einschlag überhaupt nicht denkbar und ist von jeher eine soziale Disziplin gewesen.« 8

Holger Steckermaier, Prokurist, Fachreferent ambulante Versorgung

Die Arbeit des Projektevereins und seiner GmbH in Zahlen

	Jährlich unterstützte Klienten/-innen
Sozialpsychiatrische Dienste	2100
Gerontopsychiatrische Dienste	1000
Betreutes Einzelwohnen	201
Ambulante Wohnprojekte (Wohnungslosenhilfe)	108
Langzeitwohnprojekte	63
Tagesstätten	105
Therapeutische Wohngemeinschaften	36
Betreutes Wohnen in Gastfamilien	23
Casemanagement- und Soziotherapie	25
Gesamtzahl der jährlich unterstützten Klienten/-innen (ohne Krisendienst)	3661
Krisendienst Psychiatrie München	10000 (inkl. Telefonkontakte)
Jährlich aufzubringende Eigenmittel	Ca. 160.000 Euro
Aktuelle Zahl der Mitarbeiter/-innen	190

⁸ Max Fischer, Die soziale Psychiatrie im Rahmen der Sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege, 1919

03

Lernen von den Finnen: Netzwerkorientiertes Arbeiten in der Sozialpsychiatrie



Der skandinavische Ansatz des NAT und des Offenen Dialogs

NAT (need adapted treatment) oder die bedürfnisangepasste Behandlung orientiert sich an gemeindepsychiatrischen Modellen und basiert auf einem systemisch-integrativen Ansatz zur ambulanten Komplexbehandlung. NAT entstand im Rahmen eines längeren Entwicklungsprozesses insbesondere für die Behandlung psychotischer Ersterkrankungen. Derzeit wird NAT in etwa einem Viertel der Regionen Finnlands und anderen skandinavischen Ländern als Routineversorgung umgesetzt.

Kennzeichnend sind

- · die sofortige und flexible Hilfe,
- die Einbeziehung der Familien und weiterer Bezugspersonen, d. h. des privaten und professionellen Netzwerks der Patienten/-innen von Beginn an und möglichst bei ihnen zuhause,
- die psychologische und personale Kontinuität durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team
- und eine möglichst niedrig dosierte selektive Psychopharmakotherapie.

Innerhalb dieses Behandlungsmodells wurde in der Versorgungsregion West-Lappland unter der Leitung von Jaakko Seikkula die systemische Methodik des Offenen Dialoges entwickelt.

Die psychotische Krise wird eher als Lebensereignis und nicht als Diagnose verstanden. Statt Schizophrenie wird der Begriff der Psychose bzw. psychotischen Episode oder eine eigene Begrifflichkeit der Betroffenen bevorzugt, um vorzeitige, möglicherweise stigmatisierende und hinderliche diagnostische Festlegungen zu vermeiden. Dem Psychose-Konstrukt liegt eine eher dynamische Sichtweise zugrunde, die Erfahrung einer Erkrankung, von der man genesen kann.

Kernelemente und therapeutische Prinzipien

Sofortige Hilfe

Ein Anruf - von wem auch immer - genügt und eine

Therapieversammlung, ein Netzwerkgespräch kann innerhalb von 24 Stunden, bei Einverständnis möglichst in der Wohnung der Klientin / des Klienten bzw. der Familie stattfinden. Niederschwelligkeit und Frühintervention unter Nutzung aller verfügbaren Ressourcen werden als essentiell für das therapeutische Gelingen bewertet.

Einbeziehen des sozialen Netzwerkes

Auch wenn Klienten/-innen akut psychotisch sind, werden wichtige verfügbare Bezugspersonen von Beginn an systematisch einbezogen und grundsätzlich als potentielle Ressource betrachtet.

Gemeinsame Verantwortung

Nach einem Hilferuf übernimmt das psychiatrische System die Verantwortung für die Organisation der Therapieversammlung und für das längerfristig verantwortliche Team. In Skandinavien bilden häufig Mitarbeiter/-innen aus dem ambulanten und stationären Versorgungssystem gemeinsame Teams.

Therapieversammlung – dialogischer Prozess im sozialen Netzwerk

Die Therapieversammlung bzw. das Netzwerkgespräch als Begegnung aller wichtigen persönlichen und professionellen Bezugspersonen der Klientin / des Klienten stellt die zentrale therapeutische Arbeitsform sowohl in der Krisenintervention als auch im weiteren Verlauf dar. Netzwerkgespräche haben informative, diagnostische und therapeutische Funktionen und sichern die Kontinuität des Behandlungsprozesses sowie die Integration in das Lebensumfeld der Patienten/-innen.

Förderung des Dialogs

Der Schwerpunkt therapeutischer Konversation in den Netzwerkgesprächen liegt auf der Förderung des offenen Dialogs im sozialen Netzwerk. Die professionellen ModeratorInnen stellen hierfür einen sicheren Rahmen zur Verfügung und befördern den Prozess durch eine respektvolle und die Vielstimmigkeit der Beteiligten wertschätzende Haltung. Nur im Dialog können neue Sichtweisen und Ideen sowie ein gemeinsames Verständnis der Beteiligten entstehen.

Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse

Jeder Klient, jedes Familiensystem wird als einmalig angesehen, deshalb gibt es keine standardisierte Behandlung oder festgelegten Behandlungsprogramme. Alle Therapiemethoden werden individuell angepasst, professionelle Routinen sollen eher nicht entstehen.

Aushalten von Unsicherheit

Um ein vertieftes Verstehen zu ermöglichen, sollten professionelle Helfer/-innen auf vorschnelle Festlegungen (Diagnosen, familiendynamische Erklärungen etc.) und damit auf gewohnte Sicherheiten so weit wie möglich verzichten. Verfrühte Entscheidungen können vermieden werden, wenn alle Beteiligten sich auf einen gemeinsamen Prozess einlassen.

Wirksamkeit des Behandlungsansatzes

Die Evaluation der bedürfnisangepassten Behandlung durch vergleichende Kohortenstudien in Finnland und Schweden zeigte u. a. signifikant bessere symptomatische und funktionelle Ergebnisse im Vergleich zur Standardbehandlung, insbesondere eine geringe Hospitalisierungsrate der Patientlnnen und eine hohe Integrationsrate in bezahlte Arbeit oder Ausbildung.

Einordnung und Vergleichbarkeit

Aktuelle Behandlungsleitlinien wie die britischen NICE Guidelines für die Behandlung von schizophrenen Erkrankungen (2009) und die deutsche S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (2013) empfehlen systemisch-familientherapeutische Interventionen als evidenzbasierte Methode in akuten Erkrankungsphasen und im weiteren Verlauf.

Die beschriebenen therapeutischen Grundhaltungen des *NAT* finden auch ihre Entsprechung in modernen Kriseninterventionskonzepten (siehe u. a. »Fachkonzept Regionale psychiatrische Krisenversorgung«, Krisendienst Psychiatrie München / Kliniken des Bezirks Oberbayern, 2012). Diese sehen, im Unterschied zu herkömmlichen Krankheitsmodellen, die Betroffenen nicht vorrangig als Träger von Symptomen sondern fokussieren auf die prozesshafte und damit gestaltbare und beeinflussbare Seite des (Krisen-)Geschehens. Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit der Krise spielen eine zentrale Rolle, um eigene Bewälti-

gungskompetenzen (wieder) zu erlangen und gesunde Anteile und Ressourcen zu aktivieren. Tragfähige Interventionsergebnisse werden nur erreicht, wenn auf die Mitwirkung der Klienten/-innen gebaut wird und wenn der Lebensfeldbezug und Transfer in den Lebensalltag gewährleistet sind. So beinhaltet der Kriseninterventionsprozess viele Aspekte des Empowerments.

Die trägerübergreifende Weiterbildung »Systemtherapeutische Ansätze in der sozialpsychiatrischen Arbeit«

Die durch die gGmbH des Projektevereins, die Awolysis GmbH und die Arbeiterwohlfahrt. Bezirksverband Oberbayern, trägerübergreifend organisierte systemische Weiterbildung stellt in Umfang (insgesamt 14 Weiterbildungstage) und Inhalt eine fundierte systemische Basisausbildung für das sozialpsychiatrische Arbeitsfeld dar. Als Weiterbildungsleiter konnte Dr. med. Volkmar Aderhold, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Lehrtherapeut der Deutschen Gesellschaft für Systemische und Familientherapie, Mitarbeiter am Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald, gewonnen werden, der das Curriculum gemeinsam mit systemischen Therapeutinnen aus Deutschland, der Schweiz und Schweden durchführte. Teilnehmer/-innen der Weiterbildung waren 40 Fachkräfte aus sozialpsychiatrischen Einrichtungen (u. a. Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, ambulantes und stationäres betreutes Wohnen, sozialtherapeutische Einrichtungen, psychiatrischer Krisendienst) sowie der Integrierten Versorgung (Vincentro München).

Auf der Grundlage der Konzepte der Bedürfnisangepassten Behandlung wurden in der Weiterbildung systemische Basiskompetenzen und -methoden vermittelt, reflektiert und intensiv geübt. Wesentliche Weiterbildungsinhalte waren:

- · Prinzipien und Methoden des Offenen Dialogs
- Reflektierendes Team, Techniken der Metakommunikation in verschiedenen Formen
- Netzwerkorientierung (Netzwerkkarten, Netzwerkgespräche)
- Arbeiten mit Beratungs-/Behandlungsteams
- Systemisches Fragen
- Antizipatorische Dialoge

Durch die Größe und Zusammensetzung der Weiterbildungsgruppe waren erfreulicherweise professionelle Netzwerke innerhalb oder zwischen Einrichtungen bereits so repräsentiert, dass im Verlauf der Weiterbildung viele konkrete Ansätze und Ideen zur Umsetzung im Sinne einer verstärkt netzwerkorientierten Arbeitsweise entwickelt werden konnten.

Und was fangen wir damit jetzt an? – Praxistransfer in sozialpsychiatrische Einrichtungen

Der Aufbauprozess der Bedürfnisangepassten Behandlung als Standard, die systematische Weiterbildung der Professionellen und die Etablierung von regionalen Psychoseteams gestaltete sich in den skandinavischen Regionen über längere Zeiträume, teilweise über 20 Jahre hinweg, und berücksichtigte lokale Besonderheiten und Ressourcen. Diese Zeitschiene gilt es im Blick zu haben, wenn wir über Umsetzungsmöglichkeiten nachdenken.

In Deutschland haben bisher einige neue Versorgungsmodelle auf die Anregungen und Ergebnisse der Bedürfnisangepassten Behandlung zurückgegriffen, wie beispielsweise das Regionale Psychiatrie-Budget in Itzehoe. Eine Reihe von Integrierten Versorgungsmodellen wie das NetzWerk Psychische Gesundheit der Techniker Krankenkasse haben sie explizit zum Vorbild. Unter den gegeben strukturellen Rahmenbedingungen des hiesigen psychiatrischen Versorgungssystems ist nicht davon auszugehen, dass bedürfnisangepasste ambulante Behandlungsansätze ohne weiteres umzu-



Angehörigenberatung bei einem Hausbesuch.

setzen sind. Da es dabei jedoch insbesondere auch um eine spezifische Haltung und Gesprächsführung in der Begegnung mit Menschen in psychischen Krisen geht, sowie um die Einbeziehung ihrer sozialen Lebenswelt, ergeben sich daraus andererseits unmittelbar nützliche Anregungen. Einige davon, die aus der beschriebenen systemischen Weiterbildung entstanden sind, werden im folgenden skizziert.

Erste Umsetzungsschritte

Bildung von Beratungsteams, Flexibilisierung von Bezugspersonensystemen

Im Krisendienst Psychiatrie München ist das Arbeiten in Beratungsteams im Rahmen der aufsuchenden Krisenintervention von Beginn an Standard. Auch ohne die durchgängige Anwendung systemtherapeutischer Interventionsmethoden ergeben sich daraus positive Effekte, wie:

- erweitertes Beziehungsangebot f
 ür die Betroffenen
- gemeinsames Reflektieren
- Einbringen unterschiedlicher Lösungsideen, Vielstimmigkeit und Dialog
- Teilen von Verantwortung und Entlastung insbesondere in komplexen Krisensituationen.

Bei Kriseneinsätzen entstehen häufig durch die Anwesenheit von Familienangehörigen und anderen Beteiligten spontane Netzwerkgespräche, die sich mit den systemischen Methoden der Gesprächsführung und Moderation besser steuern lassen, um zu einem gemeinsamen Verständnis über die Krisensituation und über konkrete Lösungsschritte zu gelangen sowie alle momentan verfügbaren Ressourcen zu nutzen.

Auch in der Beratung und Begleitung von Klienten/-innen in Sozialpsychiatrischen Diensten oder Einrichtungen des Betreuten Wohnens sprechen die genannten Effekte dafür, häufiger mit Beratungs- und Reflektierenden Teams zu arbeiten und bestehende 1:1-Bezugspersonensysteme zu öffnen. Bereits die regelmäßige Einbeziehung einer zweiten professionellen Bezugsperson aus dem Team der Einrichtung vergrößert den Blickwinkel, bringt neue Sichtweisen ins System, wirkt Routine entgegen und beugt Konstellationen vor, in denen professionelle Helfer/-innen in die Lage kommen, »die einzige« vertraute und verantwortliche Person für

alle Belange einer Klientin / eines Klienten zu sein. Eine Öffnung hin zu 2:1-Bezugspersonensytemen bzw. die Arbeit mit Beratungs-/Betreuungsteams muss dabei nicht arbeitsaufwändiger sein, da sich die Beratungskontakte in ihrer Frequenz und Dichte flexibilisieren und ökonomisch gestalten lassen – insbesondere dann, wenn netzwerkorientiert gearbeitet wird.

Netzwerkorientierung und Systematisierung von Netzwerkgesprächen

Wie oben beschrieben, bezieht sich die Netzwerkorientierung sowohl auf die privaten sozialen als auch auf die professionellen Netzwerke von Klienten/-innen oder Bewohner/-innen psychiatrischer Einrichtungen. Gerade bei Menschen mit einer längeren »Psychiatriekarriere« werden natürliche soziale Beziehungen mit der Zeit häufig durch ein Netzwerk aus professionellen (Ersatz-) Bezugspersonen abgelöst. Ganz gleich, wie sich das soziale Netzwerk einer Klientin gestaltet und ob vielleicht der Eindruck besteht, dass sie über gar kein Netzwerk (mehr) verfügt, ist es lohnend, netzwerk-

orientiert zu arbeiten. Zur gemeinsamen Identifizierung des für die Klientin bedeutsamen sozialen Netzwerks eignet sich die Methode der sozialen Netzwerkkarte, die häufig Überraschungen hinsichtlich bedeutsamer Personen birgt.

Das soziale Netzwerk kann zu bestimmten Anlässen systematisch aktiviert werden, zum Beispiel:

- zu Beginn eines Beratungsprozesses oder einer Betreuung in einer Einrichtung;
- bei Überleitungen/Umzügen von Klienten/-innen in andere Einrichtungen;
- zur Krisenprophylaxe (gemeinsame Erstellung eines Krisenplans) und Krisennachbearbeitung
- in Krisensituationen und akuten Erkrankungsphasen sowie bei »Krisen im System«, etwa durch Überforderung der Bezugspersonen;
- bei Problemen oder Entscheidungsfragen im Betreuungsprozess;
- bei Konflikten/Kontroversen im Netzwerk.



Natürlich ergeben sich bei der Aktivierung von sozialen Netzwerken zunächst Hürden: Die Klienten/-innen sind ambivalent oder haben Befürchtungen, Netzwerkgespräche sind durch den Einsatz eines zusätzlichen Moderatorenteams personalintensiv, Terminabsprachen gestalten sich schwierig. Diese Hürden stellen sich jedoch als überwindbar heraus, wenn Einrichtungen oder, besser noch Netzwerke von Einrichtungen eines regionalen Versorgungssystems die Netzwerkorientierung systematisch umsetzen und dafür Ressourcen haben.

Gespräche, die mit möglichst vielen relevanten Beteiligten gemeinsam geführt werden, sind wirksam, auch unter ökonomischen Aspekten, da

- alle Beteiligten mit ihrer Sicht der Wirklichkeit ge hört werden, jede Stimme Respekt und Wertschätzung erfährt, und sei sie noch so »verrückt«;
- eine Verständigung, ein Commitment aller Beteiligten geschehen und eine hohe Verbindlichkeit bezüglich des gemeinsamen »Fahrplans« und konkreter Absprachen erreicht werden kann; dies erspart häufig auch wechselseitige Einzelkontakte zwischen den verschiedenen Beteiligten;
- Klienten/-innen und Angehörige die professionellen Helfer/-innen als transparent und als nicht allwissend erleben; vielmehr setzt der Offene Dialog gerade auch auf die Selbstveränderung, d. h. Anpassung und Modifizierung der Interventionen und Hilfen, aufseiten der Professionellen, die sich als Teil des »Problemsystems« und nicht als außenstehende Experten/-innen verstehen;
- Verantwortung geteilt und damit direkte Entlastung für alle Beteiligten, auch die professionellen Helfer/ -innen ermöglicht wird.

Zusammenfassung und Ausblick

Für eine weitergehende Implementierung bedürfnisangepasster Behandlung in einer hiesigen Versorgungsregion fehlen sicherlich noch die strukturellen Voraussetzungen. Gleichzeitig können erste Schritte bereits durch die Veränderung der Grundhaltung der professionellen Bezugspersonen und die Umsetzung auch einzelner Elemente der Bedürfnisangepassten Behandlung innerhalb von und in der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen/Teams gelingen. Auch im

Rahmen eines QM-Prozesses können Standards zur systematischen Integration der Netzwerkarbeit entwickelt werden. Träger und Einrichtungen können Bedingungen schaffen, die die Organisation von Netzwerkarbeit oder Beratungsteams erleichtern.

Aus der Sicht der Systemtheorie betrachtet, sind auch kleine Veränderungen als »Stein des Anstoßes« wirksam, um Systeme – auch institutionelle – etwas durcheinander und damit in Bewegung zu bringen.

Simone Eiche, Dipl.-Psychologin, Leitungsteam Krisendienst Psychiatrie München 04

Die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen



In Zeiten von wirtschaftlichen Krisen und hoher Arbeitslosigkeit ist das Thema Erwerbstätigkeit allgegenwärtig. Menschen müssen nicht nur ihren Lebensunterhalt sichern, sie wollen auch gebraucht werden. Dies gilt für Gesunde genauso wie für Kranke. Arbeit ist ein wesentlicher Aspekt der menschlichen Existenz.

Abgesehen von der Existenzsicherung haben Arbeit und Beschäftigung eine enorme Bedeutung für jeden einzelnen. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen umso mehr:

- Arbeit verschafft die Möglichkeit persönlicher Erfolge und Selbstsicherheit durch Bewältigung äußerer Anforderungen
- Arbeit ermöglicht eine normale soziale Rolle einzunehmen und einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken
- Arbeit ist ein Kriterium aber auch ein Grund für Genesung
- Arbeit schafft einen sozialen Status und eine Identität
- Arbeit bringt soziale Kontakte mit sich und verhilft zur zwischenmenschlichen Unterstützung
- Nicht zuletzt bringen Arbeit und Beschäftigung Sinn und Struktur in den Tag und in das Leben ¹

Gemäß einer Umfrage ² waren 1996 nur 12% der Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Voll- oder Teilzeit beschäftigt. 37% der befragten Betroffenen waren arbeitslos und ohne Beschäftigung. 26% waren berentet und nur etwa 25% befanden sich in einer beruflichen Rehabilitation oder auf einem geschützten Arbeitsplatz.

Am Beispiel des Langzeitverlaufs der Schizophrenie hat Warner ³ gezeigt, dass die allgemeine Arbeitsmarktlage deutliche Auswirkungen auf psychische Erkrankungen hat: In Zeiten der Vollbeschäftigung war das soziale Outcome der Schizophrenie deutlich besser als

in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit.

Aber auch andersherum funktioniert der Rückschluss: Die hohen Anforderungen der Arbeitswelt führen heutzutage zu mehr Stress und zu einem erhöhten Burn-Out-Risiko und damit häufig auch zu psychischen Erkrankungen und längerfristig oft auch in die Arbeitslosigkeit.

Nach einer Studie der Techniker Krankenkasse ⁴ stieg der Anteil an psychisch bedingten Fehlzeiten in den Jahren 2000 bis 2010 um 40% an.

Zum einen muss der erste Arbeitsmarkt also so umgestaltet werden, dass Menschen wieder so arbeiten können, dass Belastung und Stress nicht immer häufiger zu psychischen Erkrankungen führen. Zum anderen braucht es dauerhaft einen zweiten Arbeitsmarkt, der auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen abgestimmt ist.

Welche Möglichkeiten der Beschäftigung gibt es derzeit in Deutschland für Menschen mit einer psychischen Erkrankung?

Hier muss unterschieden werden zwischen Personen, die formell dem Arbeitsmarkt noch zur Verfügung stehen, die also Arbeitslosengeld I oder II beziehen und laut Arbeitsagentur noch in der Lage sind drei oder mehr Stunden am Tag zu arbeiten, und Menschen, die als erwerbsunfähig gelten, also nur noch weniger als drei Stunden täglich arbeiten können. Mit der Einführung der »Harz IV-Gesetze« im Jahr 2005 ist dieser Unterschied noch deutlicher zum Tragen gekommen, wobei die Zuordnung der einzelnen Menschen zu oft nur nach Aktenlage erfolgt ist und die persönlichen Bedürfnisse außer Acht gelassen wurden. Bei beiden Personengruppen gibt es das Bedürfnis einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen. Die Fördermöglichkeiten unterscheiden sich aber grundlegend:

¹ Aktion psychisch Kranke: Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004

² Angermeyer M. C., Matschinger H.: Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen psychisch Kranker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, Psychosoziale Umschau 11:1–3,1996

³ Warner R.: Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy. Brunner-Routledge, Hove New York 2004

⁴ Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2010, Hamburg 2010

Für den Personenkreis der erwerbsfähigen Menschen mit psychischen Erkrankungen bleiben in der Regel nur die Förderinstrumente, die in den §§ 16ff SGB II geregelt sind. Dabei handelt es sich in erster Linie um Arbeitsgelegenheiten, die zum einen als Eingliederungsmaßnahme auf den ersten Arbeitsmarkt gedacht sind, zum anderen aber auch – bei Verweigerung – mit Sanktionen bei den Leistungen belegt werden können. Das bekannteste Beispiel sind die Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (MAW-Stellen), besser bekannt als »Ein-Euro-Jobs«.

Diese Maßnahmen sind zwar nicht für langzeitarbeitslose Menschen mit psychischen Erkrankungen speziell konzipiert worden, bieten aber dennoch eine Möglichkeit relativ unbürokratisch eine Beschäftigung aufzunehmen, den geringen Regelsatz um ein paar Euro aufzustocken und im Idealfall noch kompetente und individuelle Förderung und Unterstützung zu bekommen.



Der neue Standort von PROJEKT PRINT am Admiralsbogen.

Trotz des schlechten Rufs der »Ein-Euro-Jobs« stehen in den Münchner sozialen Betrieben meistens Menschen auf den Wartelisten für einen Platz in einer der Maßnahmen.

Der größte Nachteil an diesen Instrumenten ist die sehr kurze Laufzeit. MAW-Stellen werden aktuell nur noch für sechs Monate bewilligt. Diese kurze Laufzeit bedeutet häufig eine große Verunsicherung für Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitslos sind. Oft haben diese Menschen noch nie richtig gearbeitet oder die letzte Beschäftigung ist so lange her, dass es enorme Anstrengung bedeutet, sich wieder daran zu gewöhnen, was es heißt, arbeiten zu gehen. Bis eine gewisse Routine entstanden ist und sich die Person halbwegs an Kollegen und Vorgesetzte gewöhnt hat, sind die sechs Monate schon wieder vorbei. Eine Verlängerung ist zwar meistens möglich, dennoch darf eine Person insgesamt nicht mehr als zwei Jahre innerhalb von fünf Jahren an einer Maßnahme teilnehmen. Da der Wiedereinstieg auf den ersten Arbeitsmarkt nur einem geringen Prozentsatz auf Anhieb gelingt, wären Maßnahmen, die auf längere Dauer angelegt sind, dringend notwendig.

Etwas besser sieht es in dieser Hinsicht bei den Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen aus, die nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Jobcenter fallen. Durch die eingeschränkte oder fehlende Erwerbsfähigkeit dürfen diese Personen zwar nur weniger als 3 Stunden am Tag bzw. 15 Stunden pro Woche arbeiten, die Zugangsmöglichkeiten sind aber einfacher und die Stellen haben eine längere Laufzeit oder sind sogar unbefristet.

Bei der Perspektive GmbH München (ehemals Projekteverein) werden für diesen Personenkreis derzeit folgende Modelle angeboten:

- Zuverdienst-Arbeitsplätze für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Schwerbehinderung mit normalen Arbeitsverträgen auf 450-Euro-Basis. Die Zuverdienststellen sind vom Bezirk Oberbayern durch die Finanzierung von Anleiter-Stellen gefördert.
- »SGB-XII-MAW-Stellen« für Menschen im Grundsicherungsbezug nach SGB XII. Hier übernimmt der Sozialhilfeträger die Aufwandsentschädigung



Der Kopierservice von PROJEKT PRINT.

für die Teilnehmer und fördert den Betrieb mit einer Betreuungskostenpauschale. Diese Stellen sind besonders niederschwellig zugänglich, da nur eine gemeinsame Vereinbarung auf freiwilliger Basis geschlossen wird, die innerhalb des vorgegebenen Rahmens sehr flexible Arbeitszeiten ermöglicht.

Im Rahmen der Maßnahmen des Jobcenters bieten wir Menschen im Arbeitslosengeld II Bezug folgende Beschäftigungsmöglichkeiten:

- MAW-Stellen (»Ein-Euro-Jobs«) mit einer möglichen Arbeitszeit zwischen 15 und 30 Stunden pro Woche.
- BEZ-Stellen (»Beschäftigungszuschuss«) sind geförderte Vollzeitstellen, von denen noch wenige unbefristet weiter laufen, die meisten wurden jedoch gestrichen.
- FAV-Stellen (»Förderung von Arbeitsverhältnissen«) sind ebenfalls geförderte und tariflich bezahlte Vollzeitstellen, die aber auf max. zwei Jahre befristet sind.

Diese Stellen sind durch Zuschüsse des Jobcenters gefördert. Die Münchner sozialen Betriebe werden aber im wesentlichen durch das Referat für Arbeit und Wirtschaft der Landeshauptstadt München im Rahmen des Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogrammes (MBQ) gefördert.

Die Perspektive GmbH München bietet in folgenden Betrieben Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen:

Zuverdienst-Werkstatt BGL in Bad Reichenhall

Die Zuverdienst-Werkstatt BGL ist ein Beschäftigungsprojekt für Menschen mit psychischen und sozialen Handicaps sowie Langzeitarbeitslose.

Arbeitsplätze stellen wir in folgenden Bereichen bereit:

- Büro
- Garten
- · Haus- und Bauservice
- Gewerbe

Zuverdienst Haidhausen

Das Zuverdienstprojekt Haidhausen konnte Anfang 2008 durch die Bewilligung und Teilfinanzierung des Bezirks Oberbayern eröffnet werden.

Mit seinem niederschwelligen Arbeitsangebot erreicht das Zuverdienstprojekt Haidhausen chronisch, psychisch kranke Menschen, die in den Bereichen Reinigung, Renovierung, Wäscheservice, Secondhandverkauf regelmäßig arbeiten.

Wir bieten eine breite Palette an Dienstleistungen für Privat- und Firmenkunden.

Unser Team übernimmt folgende Aufträge:

- Reinigungsarbeiten
- · Renovierungs- und Malerarbeiten
- · Näh-, Bügel- und Wäscheservice
- Secondhand-Laden mit gut erhaltener Kleidung zu günstigen Preisen

Holzwerkstatt ProNova

Die Holzwerkstatt ProNova ist ein Beschäftigungs- und Qualifizierungsbetrieb für psychisch beeinträchtigte und behinderte sowie langzeitarbeitslose Menschen. Darüber hinaus bietet ProNova Jugendlichen, die aus dem Raster der beruflichen Eingliederung gefallen sind und z. B. schon eine Schreinerlehre abgebrochen haben, eine Starthilfe für den beruflichen Neubeginn.

Die Holzwerkstatt ProNova führt Aufträge für Privatkunden und für soziale und öffentliche Einrichtungen aus.

Im Zimmereibereich sind wir auf den Bau von Gartenhäusern, Carports und Holzterrassen spezialisiert.

Wir erledigen alle Innen-Malerarbeiten, streichen Wände und Decken, lackieren Türen und beraten die Kunden in der Farbgestaltung ihrer Räume.



Bewohner/-innen des Hauses Buchenwinkel helfen bei der Gartenarbeit.

Druckerei PROJEKT PRINT

Die Druckerei PROJEKT PRINT versteht sich seit über 20 Jahren als Integrationsunternehmen, das vor allem Menschen mit psychischer Behinderung sowie Langzeitarbeitslose fördert.

PROJEKT PRINT erstellt Druckerzeugnisse verschiedenster Art, insbesondere für soziale und kirchliche Institutionen aber auch für Privatkunden, und bietet in diesem Rahmen Maßnahmen zur beruflichen und psychosozialen Rehabilitation an.

Zu unseren Angeboten und Arbeitsbereichen gehören:

- · Offsetdruck und Druckweiterverarbeitung
- · Druckvorstufe und Mediengestaltung
- · Digitaldruck und Copyshop

Neue Perspektiven: Die AWO München ConceptLiving GmbH

Als Reaktion auf den Mangel an längerfristigen Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen versucht die AWO München seit 2013 neue Wege zu gehen:

Mit der Gründung der AWO München ConceptLiving GmbH ist eine Werkstatt für Behinderte Menschen (WfbM) in Planung, die nur noch entfernt an bekannte Einrichtungen dieses Typs erinnern soll. Durch ein dezentrales Konzept und die Verortung der Werkstattplätze in bestehenden sozialen Betrieben wird versucht, die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen im Arbeitsleben noch besser zu berücksichtigen. Die besonderen Merkmale sind:

- Dezentrale Struktur mit Arbeitsmöglichkeiten an verschiedenen Standorten mit unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern; hierbei werden schon bestehende Einrichtungen der Perspektive GmbH (s. o.) sowie von Anderwerk als Einsatzorte genutzt. Die bestehenden Strukturen sowie die langjährige Erfahrung in der Arbeit mit psychisch Kranken bieten hier die besten Voraussetzungen.
- Alle Arbeitsbereiche sind so konzipiert, dass die Beschäftigten bezüglich ihrer Arbeitsgeschwindigkeit, der Pausenzeiten und vor allem der inhaltlichen

Umsetzung möglichst autonom entscheiden können. Dies bedeutet auch, dass der Arbeitsprozess so gestaltet wird, dass nur wenige monotone Routinetätigkeiten anfallen und zugleich projektorientierte Arbeitsgelegenheiten, möglichst in einem Team angeboten werden.

Keine stigmatisierende Großeinrichtung, aber dennoch alle Vorteile einer WfbM, wie z. B.: Einzahlung in die Rentenversicherung, geregelter Urlaubsanspruch und Lohnfortzahlung bei Krankheit sowie diverse Therapie-, Beratungs- und Freizeitangebote innerhalb der Arbeitszeit.

Mit diesem neuen Modell soll unter dem Dach der Münchner Arbeiterwohlfahrt ein weiterer wichtiger Baustein der Inklusion psychisch kranker Menschen entstehen, ganz im Sinne von Henry Ford (1863 – 1947): »Arbeit gibt uns mehr als den Lebensunterhalt, sie gibt uns das Leben.«

Michael Rahm, Betriebsleiter PROJEKT PRINT, Perspektive GmbH München

05

Die Integrierte Versorgung der Awolysis – Bestandsaufnahme nach drei Jahren Praxis



Seit ihrer gesetzlichen Verankerung befindet sich die Integrierte Versorgung nach § 140 a ff SGB V insbesondere auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung deutschlandweit in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Vor allem die Versorgungsangebote Netzwerk psychische Gesundheit (NwpG) der Techniker Krankenkasse und der KKH sowie der Vertrag Seelische Gesundheit leben (SeGel) mit unterschiedlichen Betriebskrankenkassen, konnten sich in den letzten Jahren etablieren. Auch die AWOLYSIS GmbH, getragen durch die AWO München, die AWO Augsburg, der arbewe Nürnberg sowie der gGmbH des Projektevereins, hat sich seit 2010 stetig vergrößert und weitere Koordinationsstellen in Bayern gegründet. In München nehmen derzeit circa 750 Patienten an der Integrierten Versorgung teil und die Rund-um-die-Uhr-Versorgung wird durch knapp 40 Voll- und Teilzeitmitarbeiter abgedeckt.

Trotz der zunehmenden Bedeutung der Integrierten Versorgung innerhalb der psychiatrischen Versorgung und dem steten Wachstum der einzelnen Regionen, steht das Zukunftsmodell vor hohen Anforderungen. Modelle zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V sollen mit dem Ziel einer optimierten medizinischen Versorgung und Pflege sowohl Schnittstellen als auch Fachdisziplinen übergreifend tätig werden. 1 Die Praxis der Integrierten Versorgung des Netzwerkes psychische Gesundheit in München, das seit 2010 tätig ist, zeigt die Hürden und Herausforderungen, die sich hinter diesem Anspruch verbergen. Um diese transparent machen zu können, erfolgt an dieser Stelle eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Zielsetzungen der Integrierten Versorgung und die Erläuterung der Leistungsmodule, die den genannten Verträgen zugrunde liegen.

Hauptintention der *Integrierten Versorgung* ist die qualitativ und quantitativ verbesserte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten für stationäre Behandlungen und Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Wesentliche Elemente der Versorgungsverträge sind somit eine konsequente Ambulantisierung der Behandlung durch

die Einrichtung außerstationärer Krisenversorgung, die Etablierung des Home-Treatment-Konzeptes, einer umfassenden Fallsteuerung im Sinne des Intensive Case Managements nach angloamerikanischem Vorbild sowie die Einbeziehung der Betroffenen und deren sozialer Netze. ² Neben diesen Leistungsbausteinen besteht eine niedrigschwellige, flexible und aufsuchende Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team sowie eine bedarfsabhängige Inanspruchnahme häuslicher psychiatrischer Pflege, Soziotherapie, Psychoedukation sowie außerstationärer Krisenintervention, unter anderem in den so genannten Rückzugsräumen. Um die qualitative außerstationäre Krisenversorgung auszubauen, wurde mit der Ergotherapiepraxis Hilfe für psychisch Kranke e. V. (Hipsy e. V.) ein Leistungserbringer gefunden, der flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten reagiert. Eine verbesserte ambulante psychiatrische Versorgung ist jedoch nur unter Einbeziehung einer kontinuierlichen fachärztlichen Behandlung zu gewährleisten. Zu diesem Zweck wurde in München mit der BrainInsight GmbH (ein Zusammenschluss niedergelassener Nervenärzte) ein Leistungserbringervertrag abgeschlossen. Derzeit erbringen knapp 40 Psychiater/-innen unter dem Dach dieser GmbH zusätzliche Leistungen zur Regelversorgung für die in die Integrierte Versorgung eingeschriebenen Patienten/-innen. Dies beinhaltet die Erstellung von Erst- und Reassessments aber auch die Behandlung in Krisen vor Ort oder aber aufsuchend in den Rückzugsräumen.

Die Leistungsbausteine wie das Home Treatment mit einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung an 365 Tagen, stellen die konsequenteste Umsetzung von gemeindenaher Akutversorgung dar, da mittels ambulanter Krisenversorgung Krankenhauseinweisungen explizit vermieden werden sollen 3 Die teilnehmenden Versicherten der *Integrierten Versorgung* werden in Krisenzeiten intensiv betreut und im weiteren Verlauf soziotherapeutisch begleitet. Soweit erforderlich werden sie in die bestehende Regelversorgung vermittelt, oder aber sie benötigen keine weitere Unterstützung. Der Kontakt zum zuständigen Fallmanager wird jedoch weiterhin aufrecht erhalten.

¹ vgl. Deutsche Gesellschaft Integrierte Versorgung 2009

² vgl. Assertive Community Treatment, Stein/Santos 1998

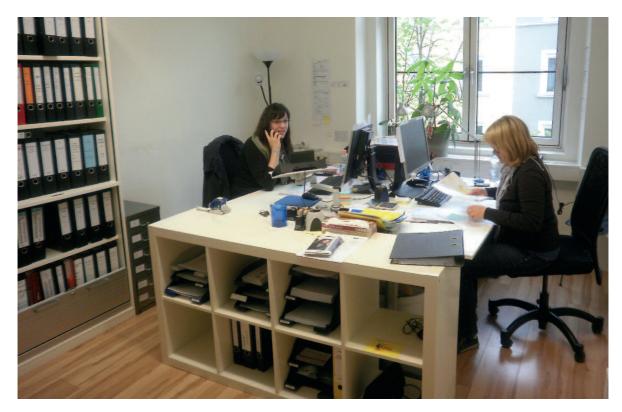
³ vgl. Berhe et al. 2005, Borg et al. 2010

In der Sicherstellung dieser fächerübergreifenden Zusammenarbeit lässt sich eine wesentliche Herausforderung der integrierten ambulanten Versorgung darstellen. Innerhalb eines integrierten Versorgungsmodells kommt der Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringern im Versorgungsprozess eine besondere Bedeutung zu. Ein kontinuierlicher Austausch ist zwingend erforderlich und wird in der Praxis etwa durch regelmäßige Arztbesuche der Patienten/-innen mit ihren Fallmanagern wie auch durch das Führen einer gemeinsamen EDV-gestützten Patientenakte gewährleistet. Diese Form der Vernetzung stellt ein elementares Instrument in einem Versorgungsnetzwerk dar. 4 Während die erläuterten und zum Teil seit langem geforderten Leistungsbausteine erstmals nachhaltig realisiert werden konnten und somit die Ambulantisierung erfolgreich ausgebaut werden konnte, gibt es jedoch noch andere zu bewältigende Aufgaben bzw. Herausforderungen. Die historisch gewachsene Fragmentierung der Leistungen und die damit verbundene Verteilung der Mittel, bedingen eine von Unübersichtlichkeit geprägte Versorgung, in welcher bisher kein Akteur die Verantwortung der Behandlung *und* der Rehabilitation innehatte. Dies wiederum führt zu einer bis dato nicht ausreichend gelingenden Integration und Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen. ⁵

Die Vernetzung mit der Eingliederungshilfe und damit den Einrichtungen und Diensten aus dem Bereich des SGB XII ist dabei eine wesentliche Schnittstelle zwischen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe, die es zu überwinden gilt. Obwohl die Mehrzahl der eingeschriebenen Teilnehmer/-innen der Integrierten Versorgung der Awolysis derzeit nur wenige Berührungspunkte mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben, kommt es auf der Einzelfallebene regelmäßig zu Kooperationen etwa mit Sozialpsychiatrischen Diensten oder mit dem ambulant Betreuten Wohnen. Fehlt es an einer solchen Unterstützungsform und ist diese aber für den



Ein Patientenzimmer in den Rückzugsräumen.



Koordinationsstelle des Netzwerkes für psychische Gesundheit.

Rehabilitationsprozess erforderlich, werden die Patienten/-innen durch ihre Fallmanager entsprechend beraten und unterstützt, die geeignete Versorgung zu erhalten.

Zukunftsträchtig ist eine Kooperation zwischen der Integrierten Versorgung des SGB V und den psychosozialen Einrichtungen der Eingliederungshilfe allemal. Würde diese Zusammenarbeit doch eine umfassende Versorgung sicherstellen und Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeleistungen unmittelbar vereinen. Diese bedürfte jedoch neben einer deutlichen Differenzierung hinsichtlich der zugeschriebenen Aufgaben und Leistungen, auch der Zusammenarbeit auf politischer Ebene, um die Trennung der einzelnen Leistungen an

dieser Stelle wirklich zu überwinden. 6

Eine weitere wesentliche Schnittstelle in der psychiatrischen Versorgung, die derzeit am schwersten zu überwinden scheint, ist die bestehende Diskontinuität zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Denn die *Integrierte Versorgung* zielt mit ihrer Tätigkeit nicht nur auf die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten ab, sondern auch auf deren Verkürzung. Während die psychiatrischen Krankenhausbetten abgebaut wurden, stieg die Zahl der Aufnahmen parallel dazu an. Hier kann die Verkürzung der Verweildauer eine Rolle spielen, allerdings stellt sich die Frage, inwiefern ein nicht gelingendes Überleitungsmanagement in den ambulanten Bereich zur dieser Situation beiträgt. 7 Die

⁴ vgl. Amelung et al. 2009

⁵ vgl. Vieth 2009

⁶ vgl. Walle et al. 2010

⁷ vgl. Becker et al. 2008

über viele Jahre bestehende Arbeitsteilung zwischen (komplementärer) Gemeindepsychiatrie und Klinik mit einer meist deutlichen Trennung zwischen Behandlung und Teilhabeleistung hat in den letzten Jahren verstärkt zugenommen und die Teilsysteme zunehmend voneinander getrennt. 8 Diese Arbeitsteilung vollzieht sich nicht nur bezüglich der Trennung der Versorgung in akute Behandlung und langfristiger Eingliederung chronisch kranker Menschen, sondern auch in den Zuständigkeiten der Professionen: bei ersterer ist das die Medizin und Pflege, bei letzterer die Sozialarbeit. Bemühungen, ein verbessertes Überleitungsmanagement aus der Klinik in den ambulanten Bereich zu gewährleisten, bleiben aufgrund fehlender institutioneller Zuständigkeiten und Prozessabläufe eher Wunschdenken als ein notwendiger Baustein einer gelungenen und vor allem kontinuierlichen Versorgung. 9

Die fachliche Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes ist auch bei einer gelungenen Umsetzung der zuvor beschriebenen Leistungsbausteine der Integrierten Versorgung immer wieder gegeben. Dabei zeichnet sich gerade diese Schnittstelle als besonders problematisch ab und die koordinierenden Fallmanager bzw. Bezugsbegleiter aber auch die behandelnden niedergelassenen Ärzte können auf den weiteren Verlauf der Behandlung kaum Einfluss nehmen. Dabei geht es in der Praxis nicht um grundsätzliche Kompetenz- oder Entscheidungsfragen, sondern vielmehr um eine gelungene Abstimmung während der Behandlung und der Entlassplanung. Auch hier will die Integrierte Versorgung ansetzen und insbesondere Betroffenen, die unter langwierigen Beeinträchtigungen leiden, eine kontinuierliche Versorgung ermöglichen und damit Behandlungsabbrüchen entgegenwirken. Somit wäre es wünschenswert Versorgungsverträge zu entwickeln, die eine intensivere Kooperation mit dem stationären Bereich forcieren um die Leistungssektoren ambulant und stationär enger zu verzahnen.

Aufgrund einer bisher noch fehlenden Begleitforschung kann derzeit keine valide Aussage hinsichtlich der Vermeidung bzw. Verkürzung von Klinikaufenthalten getroffen werden. Glücklicherweise ist es nun jedoch gelungen, dass die AWOLYSIS in München mit vier weiteren teilnehmenden Versorgungsregionen in Deutschland ab

dem Sommer 2013 an einer vom Bundesgesundheitsministerium finanzierten Begleitforschung der Universität Ulm zur Wirksamkeit und Effizienz von Verträgen zur Integrierten Versorgung teilnimmt.

Eine weitere Herausforderung der Integrierten Versorgung stellen die auf einem Capitationsystem basierenden Vergütungsregelungen der Verträge dar, nach der jeder teilnehmende Versicherte auf Basis einer prospektiven Kostenrechnung einer bestimmten Vergütungsgruppe zugeordnet wird. Mit der Gesamtsumme der Pauschalen ist das vertraglich festgelegte Versorgungsangebot zu finanzieren. Ein in der Vergangenheit vielfach kritisiertes Element der finanziellen Vertragsgestaltung, stellte die so genannte Malus- und Bonusregelung dar. Der Malus bedeutete vereinfacht formuliert, dass über die Pauschalen mögliche teilstationäre und stationäre Kosten der eingeschriebenen Versicherten abzudecken waren. Alle weiteren Leistungen verbleiben bei den Krankenkassen, etwa die ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung, wie auch alle (teil-)stationären Kosten außerhalb der vertraglich festgelegten Versorgungsregion sowie die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen. Erfolgte innerhalb eines Jahres kein stationärer Aufenthalt wurde ein Bonusbetrag ausgezahlt. Somit erfolgt im Sinne eines risk sharing eine teilweise Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf den Leistungserbringer und zugleich ein ökonomischer Anreiz stationäre Aufenthalte zu begrenzen. 10

Die Verteilung des Kostenrisikos auf die Leistungserbringer ist in diesem Kontext nicht grundsätzlich negativ zu bewerten. Bei einem Capitation-Modell, die einem Anbieter die Kosten der anfallenden Krankenhaustage überträgt, muss dieser ein besonderes Interesse haben, nicht nur in Krisenzeiten eine adäquate Versorgung vorzuhalten. Jedoch erwies sich insbesondere die Malus-Regelung zum Teil als problematisch. Zum einen können stationäre Aufenthalte aus fachlicher Sicht nicht gänzlich ersetzt werden, zum anderen war das wirtschaftliche Risiko für die Leistungserbringer extrem hoch. Daher wurde die Regelung seitens der Kassen neu aufgesetzt und mit einer klaren Deckelung des Malus unterlegt.

Andere Befürchtungen eine gemeindeorientierte Inte-

⁸ vgl. Brederode 2010

⁹ vgl. Mendel 2010

¹⁰ vgl. Ruprecht T. et. al. 2012

grierte Versorgung mittels Managed-Care-Strukturen umzusetzen, gingen dahin, dass die jeweiligen Managementgesellschaften den Patienten Leistungen vorenthalten könnten, um ihren Gewinn zu maximieren. Tatsächlich sind die Leistungserbringer durch die beschriebene Vergütungssystematik im besonderen Maße gefordert, eine explizite Gesunderhaltung zu fördern und damit eine Perspektive einzunehmen, die im deutschen Gesundheitssystem weitgehend neu ist. 11 Dies wiederum ermöglicht, unabhängig vom Einzelfall, Leistungen zu implementieren, die im Sinne der Rückfallvermeidung ansetzen und damit präventiv wirken sollen. Im Zuge dessen konnten auch die seit langer Zeit geforderten Rückzugsräume initiiert werden. Neben der vermehrten Ausrichtung auf die Prävention soll die Integrierte Versorgung die Selbstbestimmung der Betroffenen fördern, sowie eine Form der Behandlung und Betreuung ermöglichen, die den Betroffenen eine gualitative hochwertige Versorgung ohne Einschränkungen gewährleistet. Eine bis dato zu stark Institutionen orientierte Ausrichtung der Versorgung soll demnach künftig durch personenzentrierte Ansätze ersetzt werden, die in Modellen wie dem Home Treatment verstärkt zum Tragen kommen. 12

Allgemein betrachtet ist eine Zusammenarbeit der einzelnen Systeme (ambulant, psychosozial, stationär) und deren beteiligten Akteuren nur durch das Interesse am jeweils anderen zugrunde liegenden Referenzsystem und dessen Handlungslogiken denkbar, ohne diese übernehmen zu müssen. Hemmnisse, dies zu tun, könnten unter anderem darin begründet sein, dass Außenstehende zu großen Einblick in Tätigkeit und Organisation bekommen. Damit könnte auch ein Einblick in die Problematiken der jeweils anderen Institution gewährt werden, der sich gerade im Zusammenhang mit Wettbewerbsaspekten als schwierig erweisen könnte. 13 Es ist außerdem festzustellen, dass es derzeit sowohl die organisatorische wie auch die ökonomische Desintegration zu überwinden gilt. Bei ersterer handelt es sich dabei um die Herstellung gemeinsamer Arbeitsbeziehungen, während letztere einer Kooperation bedürfte.

Zusammenfassend betrachtet, steht die *Integrierte Versorgung* der AWOLYSIS sicherlich am Anfang, ob-

gleich sie der geforderten multiprofessionellen und teambasierten Versorgung Rechnung trägt und die hierfür notwendigen Leistungsbausteine, wie etwa das Home Treatment oder die Rückzugsräume erfolgreich implementiert hat. Die Erfahrungen in der alltäglichen Arbeit zeigen, dass diese Art der Versorgung für viele Menschen eine deutliche Verbesserung der ambulanten Versorgung darstellt. Dennoch gibt es neben der zuvor erläuterten Notwendigkeit der Schnittstellenüberwindung weitere Herausforderungen für die Zukunft. Aus Patientensicht wäre dies die Gewinnung weiterer Krankenkassen, um allen Betroffenen den Zugang zu den beschriebenen Leistungsbausteinen zu ermöglichen. Darüber hinaus wäre es wünschenswert Versorgungsverträge zu entwickeln, die bisher selektierte Patientengruppen einschließt. Nach dreijährigem Bestehen kann aus Sicht eines IV-Vertragspartners von einem zukunftsträchtigen Versorgungsmodell gesprochen werden. Dennoch ist derzeit nicht vorauszusehen, wie sich die Gesundheitspolitik entwickeln und welche rechtliche Ausgestaltung die Integrierte Versorgung erfahren wird. Auch ist noch nicht abzusehen, wie die Integrierten Versorgung nach einer wissenschaftlichen Evaluation bewertet werden wird und welche Entscheidungen der Kostenträger anschließend folgen werden. Die aufgezeigten Anforderungen am Aufbau der Integrierten Versorgung sollen deutlich machen, welche Hürden künftig noch zu überwinden sein werden.

Stephanie Lerf, Awolysis GmbH (Netzwerk Psychische Gesundheit / Vincentro)

¹¹ vgl. Faulbaum-Decke/Zechert 2010

¹² vgl. Weinmann/Gaebel 2005

¹³ vgl. Amelung et al. 2009

Eine Ewigkeit will ich schon hinter mich bringen. Wie aber den heutigen Tag?



Erstes Resümee

Mein Name ist Gunnar Otto und ich bin 43 Jahre alt. In meinem bisherigen Leben bin ich ca. 20 Mal umgezogen. Aufgrund meiner persönlichen Geschichte leide ich immer wieder unter mittleren bis schweren Depressionen. Nach einer für mich recht steilen Berufskarriere erlitt ich 2004 einen Zusammenbruch und landete das erste Mal für drei Monate in der Psychiatrie Haar. Diagnosen: schwere rezidivierende Depressionen und eine Persönlichkeitsstörung. Bis 2012 folgten diesem Aufenthalt 18 weitere und immer wieder veränderte sich die Diagnose ein klein wenig, bis ich zuletzt die Diagnose Borderline bekam.

Ich arbeitete ca. fünf Jahre auf dem Zweiten Arbeitsmarkt als Kantinenleiter einer städtischen Einrichtung. Anfang 2010 unterschrieb ich meinen Auflösungsvertrag, da ich mich nicht mehr in der Lage fühlte auch nur drei Stunden am Tag zu arbeiten. Ich war völlig resigniert und fragte mich, was jetzt noch kommen kann. Es gab keine Perspektive mehr für mich und ich sah überhaupt keinen Sinn mehr in meinem Leben.

Ende 2010 versuchte ich mich noch einmal aufzurappeln und zog ins Allgäu, um auf einen Bauernhof zu arbeiten. Der Hof nannte sich Lebenshof und dort arbeitete man mit Suchtgefährdeten sowie mit psychisch kranken Menschen. Ich dachte, das würde mir bestimmt gut tun, aber es endete in einem für mich traumatischen Desaster. So kam ich im Dezember 2011 wieder nach München, aber ich hatte kein Zuhause mehr und lief unter der Kategorie »ohne festen Wohnsitz«. Ich wollte auch keinen festen Wohnsitz mehr, ich wollte keine Menschen mehr um mich herum, ich fühlte mich am wohlsten, wenn ich nachts umherirren und mir die Arme aufschneiden konnte, wenn ich besoffen war.

Nach einem viermonatigen Aufenthalt in der Klinik kam ich dann hierher ins Wohnprojekt, wo ich sehr herzlich aufgenommen wurde. Nach all dem, was ich allein in den zwei zurückliegenden Jahren an Enttäuschung und Horror im zwischenmenschlichen Bereich erlebt hatte, war es sehr schwer, mich noch einmal auf irgendetwas einzulassen. Aber hier merkte ich, dass ich nicht unter

der Kategorie »Psycho« laufe, der halt versorgt werden muss, sondern dass hier Menschen arbeiten, die nicht nur Profis sind und etwas von ihrem Handwerk verstehen, sondern auch immer wieder versuchen, sich in mich rein zu versetzen. Das Personal hier hat irgendwie immer Zeit auch wenn sie eigentlich viel um die Ohren haben und es ist nicht so wie in der Klinik, etc. wo ich kommen muss, wenn es mir nicht gut geht, sondern hier werde ich wahr genommen und auch immer wieder auf mein Befinden angesprochen.

Mittlerweile habe ich wieder ein wenig Mut gefasst und gehe einmal wöchentlich zur Therapie. Dort mache ich echt gute Fortschritte, was aber auch nur deshalb möglich ist, weil ich hier im Haus einen Rückhalt habe, der mir diese für mich sehr harte Arbeit ermöglicht. Hier fühle ich mich total geschützt und wenn es mir nicht gut geht, nimmt sich das Personal auch mal mehr Zeit und hört mir aufmerksam zu. Wenn ich alleine wohnen würde, wäre die Therapie für mich undenkbar, aber hier werden meine Schmerzen gesehen, egal ob von der Hauswirtschafterin oder der Leiterin dieser Einrichtung. Ich bekomme langsam wieder Hoffnung.

Ab und zu so etwas wie Gesundheit kann keiner Krankheit ernsthaft schaden ²

Als Antwort auf den Paradigmenwechsel im damaligen Bezirkskrankenhaus Haar eröffnete der Projekteverein im Juni 1994 seine erste stationäre Einrichtung in München-Giesing, das *Wohnprojekt Schwansee*, der aufgrund des akuten Bedarfs noch drei weitere folgten. Die Bewohnergruppe bestand aus 13 älteren »alten« Langzeitpatienten. Bis zu ihrem Einzug hatten sie alle insgesamt 207 Jahre in einem psychiatrischen Krankenhaus verbracht.

Wir sind davon überzeugt, dass niederschwellige stationäre Wohnprojekte noch immer ein wichtiges Element einer Sozialen Psychiatrie sind, die sich für die psychisch kranken Menschen verantwortlich zeigt, die einen langen Weg in verschiedenen Institutionen hinter sich und viele Kränkungen und Misserfolgserlebnisse erlitten haben.

Von Bewohnern/-innen des Hauses Buchenwinkel angefertigte Bildcollage anläßlich der Woche für seelische Gesundheit im LK Bad Tölz / Wolfratshausen

¹ H. Kudszus, Das Denken bei sich, Seite 28

² H. Kudszus, a. a. O., Seite 41

Unsere professionelle Haltung in den Wohnprojekten ist vom Recovery-Ansatz, wie ihn William Anthony bereits 1993 beschrieben hat, geprägt: »Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben, trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.« ³

Die Mehrzahl der heute von uns betreuten oder um einen Wohnplatz nachfragenden Menschen ist zuvor zwischen psychiatrischen Kliniken und verschiedenen ambulanten sozialpsychiatrischen Angeboten gependelt. Sie waren mit dem Alleinleben in der eigenen Wohnung oder dem Zusammenleben mit anderen, etwa in Therapeutischen Wohngemeinschaften überfordert. Anderen war es nicht möglich in Übergangseinrichtungen mit stark rehabilitativem Charakter ausreichend kontinuierlich an den therapeutischen Pflichtveranstaltungen eines (vielleicht zu ehrgeizigen und/oder zeitlich zu knapp bemessenen) Rehabilitationsplans teilzunehmen. Wir aber können durch hohe Betreuungsschlüssel und Präsenzzeiten auch Betroffene langfristig in unsere Wohnprojekte integrieren, denen in anderen therapeutischen Einrichtungen aufgrund ihres labilen und unkontrolliert emotionalen und/oder aggressiven Verhaltens immer wieder gekündigt wurde.

Insbesondere bei jüngeren Bewohnerinnen und Bewohnern stellen wir fest, dass sie ein nur geringes Rollenrepertoire kennengelernt haben und meist weder über Schulabschluss, Partnerschaft noch Arbeitserfahrung verfügen. Sie kommen oft aus *Broken-home-Situationen*, haben (soziale) Missbrauchserfahrungen erlebt und bringen eine zusätzliche Alkohol- und Drogenproblematik mit. Sie haben es schwer, ihren Alltag zu gestalten, da ihnen einerseits die Angebote und Zugangsmöglichkeiten zu den notwendigen Hilfen fehlen, andererseits haben sie nie die Integration in ein stabiles

soziales Netz bzw. in einen Arbeits- oder Beschäftigungszusammenhang kennengelernt. ⁴ Insbesondere bei dieser Personengruppe erleben wir immer wieder dramatisch verlaufende Dekompensationen und massive Formen selbstschädigenden Verhaltens, die für die Betroffenen leider zu oft in (re-)traumatisierenden und lang andauernden (Zwangs-)Unterbringungen enden.

Daneben gibt es eine kleine Gruppe von Menschen, bei denen das Bedürfnis besteht, eine Zeit lang in einer geschützten Umgebung zu leben, die den Genesungsprozess fördert und die Arbeit an der persönlichen Weiterentwicklung unterstützt. Auch sie haben in der Regel (zu) viele Krankenhauseinweisungen hinter sich, die als kontraproduktiv für die eigene Langzeitgenesung erlebt werden. Hinzu kommt häufig ein unangemessenes häusliches Umfeld. Selbstständiges Wohnen, kombiniert mit ambulanter medizinischer und sozialer Betreuung ist aber häufig unzureichend, um weitere Rückfälle zu vermeiden 5 , wie Gunnar Otto einleitend eindringlich schildert.

Nach wie vor ist die Mehrzahl der von uns betreuten Menschen an schizophrenen und affektiven Psychosen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen erkrankt. Aber auch Menschen mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung zählen zunehmend zu dem von uns betreuten Personenkreis.

Verstärkt nehmen wir ehemals forensische Patienten/-innen auf, deren Entlassung aus dem freiheitsentziehenden Maßregelvollzug in einer Klinik für forensische Psychiatrie meist mit der Auflage verknüpft ist, für die Zeit der Führungsaufsicht in einem Wohnheim zu leben. »Die Klientel des Maßregelvollzugs unterscheidet sich empirisch wesentlich von der Klientel der Allgemeinpsychiatrie und zwar sowohl bezüglich der Sozialisation als auch der bisherigen Hospitalisierungserfahrung, hinsichtlich demographischer und wie auch diagnostischer Parameter." ⁶

Durchschnittlich haben diese Menschen circa fünf Jahre Maßregelvollzug hinter sich und mit dem Einzug bei uns eröffnen sich ihnen persönliche Freiräume, die sie

William Anthony in: Ch. Burr / M. Schulz / A. Winter / G. Zuaboni (Hg.), Recovery in der Praxis, Köln 2013, Seite 80

⁴ Vgl. L. Schulze-Steinmann in: L. Schulze-Steinmann / J. Heimler / J. Claaßen / H. Cordshagen (Hg.), Die Zukunft sozialpsychiatri scher Heime, Bonn 2003, Seite 19

⁵ Vgl. J. Cullberg, Therapie der Psychosen, Bonn 2008, Seite 274

⁶ http://www.iak-kmo.de/fachbereiche/forensik/ambulanz/ambulanz.html



Herr Gunnar Otto in der Malgruppe.

lange zumeist schmerzlich vermisst haben: Ein abschließbares Einzelzimmer, eine stets offene Haustür und die Möglichkeit, ihren Alltag in hohem Maße wieder selbst gestalten zu können. Für eine effektive Nachbetreuung ist die enge Kooperation mit der forensischen Ambulanz für uns von besonderer Bedeutung: Die Kollegen kennen die Besonderheiten und Schwierigkeiten ihrer ehemaligen Patienten und können ein erneutes Abgleiten in deliktische Rückfälligkeit einschätzen und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen ergreifen, was die deliktische Eskalation meist vermeiden lässt.

Insgesamt gesehen hat sich die Verweildauer in unseren Wohnprojekten in den letzten Jahren deutlich verkürzt. Die Wohnprojekte sind (einst) angetreten, ihren Bewohnern/-innen in einem zeitlich unbefristeten Rahmen ein »Zuhause« anzubieten. Dieses Angebot besteht nach wie vor uneingeschränkt. Jedoch erleben wir neben denjenigen, die überzeugt sind, in unseren Wohnprojekten langfristig ein Zuhause gefunden zu

haben, auch andere, die ihren Wohnplatz als vorübergehenden Ankerplatz in einem sicheren Hafen erleben, an dem sie das nötige Rüstzeug für ihre weitere Reise auf offener und bisweilen rauer See sammeln.

Wege in die eigene Wohnung: Intensiv Betreutes Einzelwohnen (IBEW)

Da gemäß dem zweiten bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter die Entwicklung eines differenzierten Betreuungsangebots in verschiedenen Wohnformen anzustreben ist, hat der Projekteverein ab 2005 sukzessive damit begonnen, an den Wohnprojekten Schwansee, Haus Buchenwinkel und Tiroler Hof Plätze für Intensiv Betreutes Einzelwohnen in Anbindung an die jeweilige stationäre Einrichtung aufzubauen. Durch das den Wohnprojekten angegliederte »Intensiv Betreute Einzelwohnen« erreichen wir eine bedarf- und bedürfnisorientierte Weiterentwicklung unseres Leistungsangebotes, durch das entsprechend

dem Grundsatz »ambulant vor stationär« zum einen Heimentlassungen gefördert und zum anderen drohende Heimeinweisungen vermieden werden können. Die drei Wohnprojekte betreuen aktuell 33 Menschen in ihrer eigenen Wohnung.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass das Modell der »therapeutischen Kette« nicht in jedem Fall sinnvoll ist, führt es doch dazu, dass professionelle Beziehungen bei Veränderungen des Hilfebedarfs oder des Wohnortes wieder abgebrochen und Klienten/-innen dadurch zusätzlichen Veränderungen ausgesetzt werden, die mit enormen Stressoren verbunden sind. »Menschen reagieren jedoch auf Stressoren und nicht immer stehen alle Ressourcen und Strategien zur Verfügung, um diese neue Anforderung zu bewältigen. Zu oft kommt es durch die Beendigung eines Angebots zu Krisen, die zu einem Rückfall der psychischen Erkrankung führen. Das fachliche Ziel in der sozialpsychiatrischen Arbeit sind personale Kontinuität, eine stabile professionelle Beziehung über lange Zeiträume anzubieten, die Klienten/ -innen auf ihrem Weg der Rehabilitation und Integration zu begleiten, und all dies unter strikter Beachtung des selbst gewählten Lebensortes.« 7

Bei der überwiegenden Zahl derjenigen, die den Wechsel vom stationären Bereich in das Wohnen in einer eigenen Wohnung wagen möchten, besteht gleichzeitig der dringende Wunsch, weiterhin eine intensive und kontinuierliche Betreuung durch das vertraute Team des jeweiligen Wohnprojekts zu erhalten.

Es handelt sich dabei um

- Bewohner/-innen der Wohnprojekte, die in eine eigene Wohnung ziehen möchten, jedoch (noch) einen intensiven und besonderen Betreuungsbedarf haben (zum Beispiel umfangreiche Rufbereitschaft):
- Bewohner/-innen der Wohnprojekte, die sich den Auszug in eine andere Wohnform nur zutrauen, wenn sie gleichzeitig in einem gewissen Rahmen weiterhin am Gruppenalltag des Wohnprojekts teilnehmen können;

- Bewohner/-innen, denen aus fachlicher Sicht ein sanfter Einstieg in eine größere Selbständigkeit zu empfehlen ist;
- Menschen, deren Betreuungsbedarf über die Möglichkeiten einer Therapeutischen Wohngemeinschaft hinausgeht oder die diese Wohnform nicht wünschen;
- Patienten/-innen, die aus psychiatrischen Kliniken entlassen werden und vorerst noch einen speziellen und intensiven Betreuungsbedarf haben, der über die Infrastruktur des Wohnprojektes (zum Beispiel Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft) abgedeckt werden kann

Wir können durch die Nutzung der Strukturen des Heims (wie umfangreiche tägliche Präsenzzeiten), Menschen im ambulant Betreuten Wohnen halten, die darauf angewiesen sind, beispielsweise auch außerhalb der üblichen Bürozeiten, an Wochenenden und Feiertagen spontan einen vertrauten Ansprechpartner zu haben. Wichtig ist uns eine Kultur des »offenen Hauses«: Unsere IBEW-Klienten/-innen sind eingeladen, iederzeit zu uns zu kommen, sich in unseren Räumen aufzuhalten, um »Gesellschaft« zu haben und an den unterschiedlichen Beschäftigungs- und Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Wir setzen insbesondere auf die Wirksamkeit »Problem-freier« Kontaktangebote 8, bei denen man nicht ein Problem guasi als »Eintrittskarte« vorzeigen muss, um seine Anwesenheit zu legitimieren.

»Ein Bett ist keine Wohnung!«

- Wohnen bedeutet mehr, als ein Dach über dem Kopf oder eine Bleibe zu haben.
- Wohnen ist ein elementares menschliches Grundbedürfnis und Ausdruckpersönlicher Lebensqualität.
- Die Wohnung ist Lebensmittelpunkt und Ausgangsbasis für die private und alltägliche Lebensgestaltung.
- Wohnen bedeutet, eigene vier Wände zu haben, die vor Einsicht und Zugriff anderer geschützt sind, Rückzug erlauben.

⁷ L. Schulze Steinmann, a. a. O., Seite 20

⁸ Vgl. J. Schweitzer / B. Schumacher, Die unendliche und endliche Psychiatrie, Heidelberg 1995, Seite 45

⁹ Vgl. K.-E. Brill in: Th. Bock / H. Weigand (Hg.), Hand-werks-buch Psychiatrie, Bonn 1998, Seite 136



Mitarbeiter/-innen eines Wohnprojektes im Teamgespräch.

Aber auch: Eine Wohnung macht noch kein Zuhause

Bei manchen Menschen können die Lebensumstände so ungünstig und die soziale Isolation so verheerend sein, dass das Leben in einem Wohnheim sinnvoll ist. Sie benötigen vor allem ein Wohn- und Lebensumfeld, in dem sie nicht stigmatisiert oder ausgegrenzt werden und Situationen für sie geschaffen werden können, in denen sie aus ihrer Isolation heraustreten und an gesellschaftlichen Prozessen teilnehmen können. Ein aktuelles Beispiel:

Herr A. wurde, nachdem er über ein Jahr im Isar-Amper-Klinikum verbracht hatte und man ihn quasi »zwangsentlassen« musste, seit 2009 im Rahmen des Intensiv Betreuten Einzelwohnens ambulant vom Wohnprojekt Schwansee betreut. Herr A. ist seit vielen Jahren körperlich wie seelisch schwer krank. Seine Lebenssituation war geprägt von radikalem sozialen Rückzug und massiven Ängsten, die sich unter anderem in – von außen betrachtet – extremem Geiz äußerten. Besonders die Energiewende hatte ihm in letzter Zeit zu schaffen gemacht: Die Angst vor der Zwangs-

räumung, wenn er die steigenden Energiekosten nicht mehr würde begleichen können, bestimmten sein Denken und Handeln. Seine persönlichen Konseguenzen: Kühlschrank ausschalten, Heizung niemals einschalten. Lesen (sein einziges Hobby!) kam nur im Sommer in Frage, wenn es in seiner Wohnung hell genug dafür war. Wir sahen Herrn A. drei Jahre lang täglich, da er in Absprache mit seinem gesetzlichen Betreuer seine Medikamente im Wohnprojekt einnehmen sollte. Oft verbrachte er viele Stunden des Tages mit dem Hinund Herlaufen auf unserem Gang, getrieben von Suchtdruck und massiven Ängsten. Kontakt hatte er zu keinem der Bewohner. Gegenüber dem Team war er mehr als einsilbig, misstrauisch und empfand jede Nachfrage als persönliche Zumutung: »Warum wollen Sie das wissen?«

Im Herbst 2012 konfrontierten wir ihn, aus Verärgerung und Frustration, mit seiner Ablehnung gegenüber Team und Bewohner/-innen und seiner durchgängigen Verweigerungshaltung. Wir sagten ihm, wie frustrierend es für uns sei, ihn jeden Morgen freundlich zu begrüßen und niemals eine auch nur halbwegs freundliche Antwort oder ein Lächeln zu erhalten. Plötzlich brach es aus ihm heraus und er konnte stockend und unter Tränen

zugeben, wie einsam er sei und wie froh, bei uns freundlich behandelt zu werden. Es folgten weitere Gespräche in denen er es zulassen konnte, seine Wohnund Lebenssituation zu hinterfragen: Der kalte Winter stand ins Haus, Herr A. aß sehr unregelmäßig und hatte bereits stark abgenommen. Hinzu kam der Suchtdruck, dem er kurz zuvor wieder nachgegeben, und der ihn wieder einmal in die Klinik und in unangenehmen Kontakt mit der Polizei gebracht hatte.

Innerhalb weniger Wochen konnte er die Entscheidung treffen, den nächsten frei werdenden Wohnheimplatz zu nehmen und seine ungeliebte Wohnung aufzugeben. Die Phase des Umzugs erforderte viel (tatkräftige) Unterstützung und Ermutigung seitens des Teams, um Herrn A. immer wieder in Überforderungssituationen aufzufangen. Seit Dezember 2012 lebt er jetzt in unserem Wohnprojekt. Und nach anfänglich großer Skepsis sind nun alle Beteiligten froh, dass Herr A. den Schritt gewagt hat. Und wir behaupten zu sagen, dass für ihn nun das Wagnis »Freiheit« vielleicht erst beginnt. Er, der aus Verarmungsangst kaum mehr zu essen wagte, isst nun mindestens drei Mahlzeiten am Tag. Sein Zimmer ist geheizt und wohnlich, und auch Lesen und Fernsehschauen kann er nun so oft er will, denn seine Energiekosten zahlt ja der Projekteverein! Sein Suchtdruck ist – für alle überraschend und erstaunlich – verschwunden und er ist ruhiger und spürbar zufriedener geworden. Seit seinem Einzug hat er damit begonnen. aktiv Kontakt zu anderen Bewohnern/-innen und den Mitarbeitern/-innen zu suchen. Wir entdeckten seinen Humor und dass er – sehr sympathisch! – über sich selbst am meisten lachen kann. Unser gemeinsames nächstes Ziel? Herr A. kann es zulassen, sich etwas zu »gönnen« und fährt bei unserer nächsten Urlaubsreise mit.

Sein Widerstand gegen unsere Angebote und gegen jede Form persönlichen Wohlbefindens, jede Veränderung seiner desolaten Wohn- und Lebensverhältnisse war so vehement, dass uns nichts anderes übrig blieb, dieser spürbaren Trostlosigkeit unsere Hoffnung auf eine Wende hin zum Besseren entgegenzusetzen. Auch das Team musste um diese Hoffnung, dass für Herrn A. mehr Lebensqualität möglich ist, immer wieder ringen.



Gruppengespräch in einem Wohnprojekt.

Und er hat uns mit seiner Entscheidung in unser Wohnprojekt zu ziehen gezeigt, dass auch er (noch) Hoffnung und Mut in sich trägt. Für uns zeigt die Entwicklung von Herrn A. eindrücklich, dass ein Wechsel aus der ambulanten Betreuung ins Heim kein »Rückschritt« sein muss.

Wir fragen uns immer wieder: Ist es denn wirklich für ausnahmslos alle psychisch schwer kranken Menschen erstrebenswert, allein und unter den schädigenden Bedingungen sensorischer und emotionaler Deprivation in der eigenen Wohnung zu leben? Eine intensive ambulante Versorgung unterschiedlicher psychosozialer, pflegerischer und hauswirtschaftlicher Dienste kann unbestreitbar die Hilfebedarfe der Mehrzahl psychisch kranker Menschen ausreichend abdecken. Was dadurch im Einzelfall nicht erreicht werden kann, ist eine Wohn- und Lebenssituation zu kompensieren, die durch soziale Isolation, wirtschaftlichen Niedergang, fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten und der damit einhergehenden Reizarmut und mangelnder Herausforderung. bestimmte Fertigkeiten weiterzuentwickeln bzw. zu trainieren, gekennzeichnet ist. 10

Ich bin der einzige, zu dem ich nicht du sagen kann. ¹¹

»Die Bedeutung von Bezugspersonen (significant others) wird bis heute nicht unbedingt ihrer Bedeutung entsprechend im System berücksichtigt.« 12

¹⁰ Vgl. Th. Schmitt, a. a. O., Seite 96

¹¹ H. Kudszus, a. a. O., Seite 49

¹² Ch. Burr / M. Schulz / A. Winter / G. Zuaboni (Hg.), Recovery in der Praxis, Köln 2013, Seite 195

Unsere Erfahrungen mit Menschen wie Herrn A. bestärken uns in der Überzeugung, dass die zum quasi Dogma erhobene Forderung »ambulant vor stationär« weder den Wunsch jedes psychisch kranken Menschen noch seine Bedürfnisse abzubilden in der Lage ist. Wir denken, dass sich Lebensqualität nicht über die Nutzbarkeit von Räumen und Gegenständen, sondern über die Verfügbarkeit und Qualität von Beziehungen herstellt: Lebensqualität kann nicht als Struktur- sondern nur als Prozessqualität begriffen werden! Es stellt sich daher die Frage, wie wir durch unsere Beziehungsarbeit Menschen, die eine erhebliche Einschränkung ihrer Alltagskompetenz und subjektive Gefühle der Überforderung in vielen Lebensbereichen erfahren, wirksam begleiten?

In diesem Sinne sehen wir unsere zentrale Aufgabe darin, unseren Bewohnern/-innen kontinuierlich Beziehungsangebote zu machen mit einer Haltung des geduldig Sich-Einlassens auf ihre Situationsdeutungen, Lebensentwürfe und Zukunftsvorstellungen und ihnen »Testfelder« für unterschiedliche Rollenoptionen zu eröffnen, für das Entdecken von eigenen Stärken, für die Erprobung von Selbstbestimmung, Eigengestaltung aber auch individuellen Belastungsgrenzen. Wir respektieren ihre Autonomie und verstehen unsere professionelle pädagogische Arbeit als dialogisch-reflexive Verständigung zwischen Partnern im Sinne einer »kollaborativen« Arbeitsbeziehung »auf Augenhöhe«. ¹³

Im Sinne von Recovery ist nicht das Ausbleiben von Krankheitssymptomen unser Fokus, sondern die persönlichen Integrität trotz Erkrankung. Wir wissen aus

den Erzählungen unserer Bewohner/-innen, wie lähmend, langweilend und Widerstand produzierend therapeutische Pflichtveranstaltungen und verordnete Tagesstrukturprogramme auf sie gewirkt haben. Wir erwarten nicht, dass der Einzelne sich an unsere Angebote anpasst, sondern sehen unseren Auftrag darin, ihm so lange aufmerksam beizustehen, bis er für sich Möglichkeiten gefunden hat, seinen Tag in für ihn (!) sinnvoller Weise zu verbringen. Während dieses Prozesses ist es an uns, sicherzustellen, dass wir positive und optimistische Botschaften – ein besseres Leben ist sowohl möglich als auch erreichbar – aussenden.

Sackgassen lassen sich als solche erst erkennen, wenn wir am Ende angelangt sind ¹⁴

Ein erfülltes und zufriedenes Leben zu führen, geht zwangsläufig über das Angebot der Psychiatrie hinaus. Es ist für uns ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt, Orte und Möglichkeiten zu schaffen, die es unseren Bewohnern/-innen erleichtern, sich ein (neues) soziales Netzwerk aufzubauen. Entscheidend für unser Tun ist eine Haltung, die von dem Wissen getragen ist, dass unsere Beziehungsangebote hilfreich sind. Nicht zu jedem Bewohner können wir eine »vertrauensvolle« Beziehung aufbauen, aber es ist unsere professionelle Verantwortung immer wieder den ersten Schritt zu tun, um unsere Bereitschaft dazu für jeden Einzelnen spürbar zu machen.

Konstanze Grumbach-Matthiessen, Leiterin des Wohnprojektes Schwanseestraße

Literatur

M. Amering / M. Schmolke, Recovery, Bonn 2007

Th. Bock / H. Weigand, Hand-werks-buch Psychiatrie, Bonn 1998

Ch. Burr / M. Schulz / A. Winter / G. Zuaboni (Hg.), Recovery in der Praxis, Köln 2013

Ch. Burr / M. Schulz / A. Winter / G. Zuaboni (Hg.), Recovery praktisch!, Downloadversion: www.pflege-in-der-psychiatrie.eu>recovery

J. Cullberg, Therapie der Psychosen, Bonn 2008

M. Hammer / I. Plößl, Irre verständlich, Köln 2013

H. Kudszus, Das Denken bei sich, Köln 2003

G. Schlichte, Betreutes Wohnen – Hilfen zur Alltagsbewältigung, Bonn 2006

Th. Schmitt, Das soziale Gehirn, Bonn 2008

L. Schulze-Steinmann / J. Heimler / J. Claaßen / H. Cordshagen (Hg.), Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime, Bonn 2003

J. Schweitzer / B. Schumacher, Die unendliche und endliche Psychiatrie, Heidelberg 1995

¹³ N. Herringer, Empowerment in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung – Eine kritische Reflexion, ohne Seitenangabe

¹⁴ H. Kudszus, a. a. O., Seite 22

07

Sozialpsychiatrie und medizinische Psychiatrie – eine notwendige Kooperation



Die brain-insight-GmbH – ein Netzwerk engagierter Akteure beendet »Drehtürpsychiatrie«

Im Rahmen der Psychiatrie-Enquete wurde 1975 die ambulante Versorgung psychisch Kranker mit dem Ziel der Entstigmatisierung und dem Recht auf Selbstbestimmung gestärkt. Psychisch kranke Menschen sollten wohnortnah, am besten im eigenen, vertrauten Umfeld in sozialen Netzen betreut werden. Ziel war die Enthospitalisierung der Patienten und der Abbau der stationären Unterbringung. In Italien ging Basaglia mit seiner Psychiatriereform soweit, dass psychiatrische Kliniken gänzlich abgeschafft wurden. Dies ist nicht sinnvoll, da schwerkranke und hochakute Patienten zweifellos stationärer Therapie bedürfen.

In der Medizin gilt die Regel ambulant vor stationär. Im Vordergrund stehen nicht nur ökonomische Gründe, sondern auch die Erfahrung, dass Patienten am besten in ihren gewohnten sozialen Strukturen und Umgebung multimodal behandelt werden, sofern dies möglich ist. Zu diesem Zweck müssen Kooperationen zwischen Anbietern von medizinischen und soziotherapeutischen Leistungen geschlossen werden. Um psychiatrisch Kranke ambulant zu therapieren, ist es notwendig, die Arbeit verschiedenen Professionen wie Sozialpädagogen, Fachpflegepersonal, Psychologen und Ärzten zu vernetzen. Sie müssen zusammenarbeiten, um Krankheitskrisen der Patienten zu managen, aber auch um Compliance zu gewährleisten und Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

Es gibt bereits viele soziotherapeutisch orientierte Angebote wie Sozialpsychiatrische Dienste, spezielle Hilfen für Arbeit und Ausbildungsstellen, Beratungsstellen und den Krisendienst. Ich bin seit 20 Jahren als Nervenärztin in München niedergelassen, aber meine Arbeit mit den Patienten wird immer noch durch meine vorherige Tätigkeit im sozialpsychiatrischen Dienst in Starnberg mitgeprägt.

Gerade bei psychiatrischen Patienten ist die Kenntnis des sozialen Umfeldes besonders wichtig. Denn immer wieder stellen sich Fragen wie, »wie soll ein Mensch in einer vermüllten Wohnung oder mit einem problematischen Partner gesund werden?« Häufig werden die Lebensumstände von Patienten verschwiegen, obwohl sie maßgeblich für die Gesundung sind.

Im sozialpsychiatrischen Dienst war unser Team vor allem aufsuchend tätig. Auch ich machte zu Beginn meiner Praxiszeit viele Hausbesuche, die mir in der Einschätzung der psychischen Erkrankung sehr halfen. Diese Zusatzleistung musste ich allerdings aufgrund der mangelnden Vergütung aufgeben. Mir war immer klar, dass viele stationäre Aufenthalte mit entsprechender soziotherapeutischer Unterstützung durch Sozialpädagogen, Fachschwestern und Fachpfleger vermeidbar wären und so die knappen Betten in den Bezirks- und Unikliniken den hochakuten Patienten zur Verfügung stünden.

Ein großes Problem stellt das Vergütungssystem für die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater dar. Als Selbstständige müssen sie Lohnkosten, Raumkosten und Praxisbedarf finanzieren. Die Kassen bezahlen durchschnittlich eine Pauschale von 40 Euro pro Patient und Quartal – unabhängig davon, wie oft der Patient den Arzt in Anspruch nimmt. Außerdem ist die Patientenfallzahl ebenfalls budgetiert.

Schwierige Patienten, die zwar nicht unbedingt hochakut sind, müssen auch aufgrund wirtschaftlicher Zwänge an eine Klinik verwiesen werden. Denn eine Praxis ist betriebswirtschaftlichen Zwängen unterworfen und es können nur eine bestimmte Anzahl an Leistungen umsonst erbracht werden, da ansonsten die Pleite droht. Dieses Spannungsfeld ist den Patienten und Angehörigen, die vom Arzt im Sinne des hypokratischen Eides Hilfe erwarten, nur schwer begreiflich zu machen.

2008 nahm ich an einem Seminar des Berufsverbandes der Nervenärzte (BVDN) in Feucht bei Nürnberg teil. Aber nur wenige Teilnehmer waren gekommen, um etwas Neues über Ärzte-Netzwerke und die Möglichkeit von integrierter Versorgung und Selektivverträgen mit Kassen zu erfahren.

Begeistert von der Idee nahm ich danach jede Gelegenheit wahr, um Kollegen von dem Netzwerkgedanken zu überzeugen. Viele fanden die Idee zwar gut, hatten aber nicht den Mut mit mir eine GmbH zu gründen. Schließlich fand ich in Frau Dr. Andersen-Haag eine mutige und engagierte Partnerin und zusammen gründeten wir die »brain-insight GmbH«. Damit war es für uns möglich, Selektivverträge mit Krankenkassen abzuschließen, was für einen einzelnen Arzt gesetzlich nicht vorgesehen ist.

Natürlich leistete der Berufsverband große Widerstände und es ist uns erst nach monatelanger Überzeugungsarbeit und vielen persönlichen Gesprächen gelungen, die Akteure zu überzeugen und sich vertraglich an »brain-insight« zu binden.

Wir hatten Glück, dass die AWOLYSIS kurz nach unserer Gründung Kooperationspartner suchte und nur »brain-insight« als Fachärztenetz zur Verfügung stand. So entstand »Vincentro«, das Netzwerk für psychische Gesundheit, das seit nunmehr drei Jahren besteht. Inzwischen partizipieren auch mehrere Kassen, die Patientenzahlen steigen kontinuierlich und zurzeit kooperieren 25 Vertragsärzte über »brain-insight«.

Das Hauptziel ist das Prinzip ambulant vor stationär für die Patienten einzuhalten. Die schwerer erkrankten psychiatrischen Patienten sind die Zielgruppe der integrierten Versorgung. Der Anreiz für die Teilnahme der Patienten ist vor allem die 24-Stunden-Rufbereitschaft sowie die Prävention von stationären Aufenthalten.

Jedem in das Programm eingeschriebenen Patienten stehen zwei Bezugsbetreuer zur Verfügung, die Kontakt mit dem Patienten halten und soziotherapeutisch tätig werden. Sie halten Kontakt zum behandelnden Arzt und teilen eine Verschlechterung des Patienten sofort mit. Für mich ist das gemeinsame online-Dokumentationssystem besonders hilfreich. Damit kann ich dem Bezugstherapeuten zeitnah wichtige Informationen zukommen lassen und so die Therapieadhärenz sichern.

Krisen beginnen häufig mit dem Nichteinhalten von Terminen und dem damit oft verbundenen Absetzen von Medikamenten. Die Bezugsbetreuer versuchen den Kontakt herzustellen und machen auch Hausbesuche, was in solchen Fällen sehr wichtig ist, um eine Krankheitskrise frühzeitig zu erkennen. Mit dem Einsatz von Soziotherapie, 24-stündiger Rufbereitschaft und dem Angebot von Rückzugsräumen, ist es möglich auch akute psychiatrische Patienten ambulant zu behandeln.

Die teilnehmenden Ärzte vergeben, wenn möglich noch am gleichen Tag Notfalltermine und einige Ärzte nehmen an der Rufbereitschaft für die Rückzugsräume teil. Die Bezugstherapeuten haben so ständig die Möglichkeit einen »Netzarzt« zu erreichen. So konnte Frau Dr. Andersen-Haag zum Beispiel eine akute Manie ambulant behandeln. Die Patientin ist seit Jahren an einer bipolaren Störung erkrankt und aufgrund von Manien waren stationäre Aufenthalte in der Vergangenheit immer wieder notwendig geworden. Aber durch die Bereitstellung einer kontinuierlichen Betreuung durch Fachpersonal waren die Medikamenteneinnahme und ein geregelter Tagesablauf gesichert. Des Weiteren war die Schwester der Patientin sehr kooperativ und stützte die Patientin.

Ich selbst betreue ständig ca. 30 schwer erkrankte psychiatrische Patienten und es wurde in drei Jahren nur eine Einweisung notwendig. Ohne die Betreuung durch das Netzwerk und die Möglichkeit der Rückzugsräume, wäre dies sicherlich nicht möglich gewesen. In diesem Zusammenhang möchte ich zwei Patientinnen nennen, die sehr von unserem Netzwerk profitiert haben. Eine Patientin mit einer schweren emotionalen instabilen Persönlichkeit und ausgeprägtem dissoziativem Erleben wurde mindestens zweimal im Jahr stationär im Isar-Amper-Klinikum über einen Zeitraum von zwei bis sechs Wochen behandelt. Seit der Betreuung im Netzwerk haben sich die Einweisungen auf NULL reduziert.

Eine andere Patientin leidet an einer bipolaren Störung mit ausgeprägt depressiven Phasen, was ebenfalls häufig zur Hospitalisierung führte. Sie ist seit drei Jahren im Netzwerk eingeschrieben und trotz schwerer Krisen konnte eine stationäre Therapie vermieden werden, was der Patientin schließlich nicht nur den Arbeitsplatz, sondern auch die Beziehung rettete.

Aber ich möchte nicht den Eindruck erwecken, dass durch unsere Netzwerkarbeit die stationäre Therapie überflüssig geworden wäre, im Gegenteil, sie ist ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Spektrums. Diese wichtige und teure Ressource sollte jedoch, wie in anderen Bereichen der Medizin auch, schwerstkranken und hochakuten Patienten vorbehalten sein und nicht als Lückenbüßer für eine verfehlte Honorarpolitik der Kassen fungieren. Eine Honorarpolitik, die ambulante Leistungen so schlecht honoriert, dass jeder dritte

Besuch des Patienten pro Quartal dem Arzt nicht mehr vergütet wird.

FAZIT: Durch Kooperationen zwischen verschiedenen Professionen werden Patienten besser versorgt, da soziotherapeutische Konzepte zur Verfügung stehen, die über die Regelleistung nicht angeboten werden. Die Vermeidung des »Drehtüreffektes« in der Psychiatrie dient der besseren Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft. Sie können oft im Beruf verbleiben und verlieren ihre sozialen Kontakte nicht. Denn eine psychische Krankheit und vor allem eine stationäre psychiatrische Behandlung sind in unserer Gesellschaft immer noch ein Stigma.

Die Kassen haben den Vorteil, dass die ambulante Therapie viel kostengünstiger ist. Die Ärzte werden über die Kooperation mit AWOLYSIS für die optimale Versorgung des Patienten bezahlt und nicht nur für die wirtschaftlich notwendige. Kooperationen dieser Art sind dringend notwendig, um dem ständigen Anstieg psychischer Erkrankungen, vor allem auch auf dem Land, gewachsen zu sein.

Dr. Martha Ertl-Gehrke, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie



Frau Dr. Ertl-Gehrke im therapeutischen Gespräch.

08

Es muss nicht immer stationär sein – Ambulante Wohnprojekte als Alternative zur Heimversorgung



Der allgemeine Konsens des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung stellt das (sozial-) psychiatrische Versorgungssystem vor die Herausforderung, auch denjenigen Menschen ein adäquates ambulantes Angebot zur Verfügung zu stellen, die bisher dafür nicht geeignet schienen.

Weiterhin beginnt sich, durch die UN Menschenrechtskonvention für Menschen mit Behinderung formulierten Anspruch »auf gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, statt Fürsorge und Versorgung« eine neue Haltung in der Betreuung psychisch kranker Menschen zu etablieren.

Wir möchten im Folgenden der Frage nachgehen, inwieweit diese Forderungen in der Versorgung psychisch sehr stark veränderter und erkrankter Menschen für die bisher ein Heimplatz vorgesehen war, umgesetzt werden können. Grundlage dafür bilden als besondere Form des Betreuten Wohnens die drei Wohnprojekte Gravelottestraße 12, Gravelottestraße 14 und Haidpark in Trägerschaft der gGmbH des Projektevereins, in denen insgesamt 108 psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten nach meist langjähriger Wohnungslosig-

keit wieder in eigenen Appartements/Wohnungen leben und deren Mietvertrag an eine sozialpädagogische Betreuung gekoppelt ist.

Es handelt sich dabei insbesondere um Menschen, die

- unter ausgeprägten oder chronifizierten psychischen Erkrankungen, multifaktoriellen Störungen, einer erhöhten Vulnerabilität, Anpassungsstörungen, selbstdestruktivem Verhalten etc. leiden
- umfassende Problemlagen aufweisen, die mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz und subjektiven Gefühlen der Überforderung in vielen Lebensbereichen einhergehen
- deren Fähigkeit, Hilfe und Unterstützung nachzufragen nicht oder nur rudimentär vorhanden ist
- die Unterstützungsangebote krankheitsbedingt nur nach entsprechender Motivationsarbeit akzeptieren und somit zu höherschwelligen Einrichtungen keinen Zugang haben,
- die den Anforderungen des Zusammenlebens in Hausgemeinschaften und Nachbarschaft nur mit adäquater Unterstützung gewachsen sind.



Mitarbeiterinnen und Bewohner/-innen des Wohnprojektes Gravelottestraße 14

Das im September 2012 eröffnete Wohnprojekt Haidpark.

Die schwerwiegenden Belastungen und Lebenserfahrungen der betroffenen Menschen und ihre nicht selten außergewöhnlichen Bewältigungsstrategien stellen gleichzeitig die besonderen Herausforderungen für das betreuende Personal dar.

Mit einem Betreuungsschlüssel von 1:8 und 1:7 werden Menschen im Bezugspersonensystem unterstützt, die trotz ihrer schweren und chronifizierten Erkrankungen vielfach durch das bisherige Hilfesystem nicht erreichbar waren.

Wohnen oder »Bitte lassen Sie mich in Ihren persönlichen Lebensbereich«

Sich wieder in den üblichen und normativ anerkannten Strukturen des Wohnens zu bewegen und im Besitz eines eigenen Mietvertrages zu sein, ist deshalb ohne Frage für viele der in den drei genannten Wonprojekten lebenden Menschen, die zum Teil langjährig wohnungslos waren, ein großer Gewinn an Selbstbestimmung und Teilhabe. Auf der anderen Seite führen die damit verbundenen Aufgaben und Pflichten etwa im Bereich der Wohnungshygiene häufig zu einer Überforderung und viele Klientinnen und Klienten fühlen sich dem nicht gewachsen.

Dies erfordert eine engmaschige und kontinuierliche Unterstützung durch das Fachpersonal, etwa durch pädagogische Anleitung aber auch durch die Zuschaltung von Haushaltshilfen, um Überlastung und damit verbundene Krisen zu vermeiden. Nicht selten bestehen von Seiten der Bewohner/-innen jedoch völlig andere Vorstellungen etwa über die Nutzung ihrer Wohnung, der Gestaltung ihres Tagesablaufes oder ihrer medizinischen Versorgung. Aufgabe des Fachpersonals - auch im Sinne von gleichberechtigter Teilhabe - ist es hier, zu »verhandeln statt zu behandeln« aber auch bei einer möglichen Selbstgefährdung konsequent und direktiv zu arbeiten. Immer wird versucht eine Einigung zwischen dem betroffenen Bewohner oder der Bewohnerin und dem Fachpersonal zu erreichen. Durch eine kontiniuerliche Beziehungsarbeit (being with) gelingt dies in den meisten Fällen sehr gut, so das auch Bewohner/-innen die lange Jahre jede Hilfe verweigerten wieder Unterstützung annehmen können.

Allerdings gibt es auch Grenzen der Selbstbestimmung, etwa wenn ein Bewohner oder eine Bewohnerin nicht in der Lage ist ihr Geld in einer Weise einzuteilen,



Gemeinsames Kochen im Wohnprojekt Haidpark.

dass er oder sie sich über den Monat mit dem Lebensnotwendigen versorgen kann. In diesem Fall wird in
beiderseitigem Einvernehmen oder auch über eine gesetzliche Betreuung eine Einteilung des Geldes zum
Lebensunterhalt angeboten oder gemeinsame Maßnahmen zur Bewältigung der alltagspraktischen Anforderungen eingeleitet.

Personenzentrierte Hilfen

Neben den differenzierten und an die jeweiligen Bedürfnisse angepassten Unterstützungsangeboten, ist es notwendig die Hilfen für den beschriebenen Personenkreis im Wohnumfeld anzubieten, da diese Menschen für die Unterstützung sonst oftmals nicht erreichbar sind.

Für das Betreuungskonzept der genannten Wohnprojekte bedeutet dies, dass die Büroräume des Fachpersonals in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Mieterinnen und Mietern liegen. So haben die Bewohner/-innen neben den festen Terminen mit ihren Bezugspersonen jederzeit die Möglichkeit bei aktuellen Anliegen oder bei Bedürfnis nach Kontakt die Mitarbeiter/-innen aufzusuchen.

Außerhalb der täglichen Präsenzzeiten wird eine telefonische Bereitschaft vorgehalten, die im Bedarfsfall auch einen Hausbesuch beinhaltet. Bei Krisen kann darüber die Intensität der Betreuung erhöht werden. Außerdem hilft das Wissen um die telefonische Rufbereitschaft, Krisen abzuwenden.

Bei allen Wohnprojekten bestehen in nächster Umgebung Arbeitsmöglichkeiten im Rahmen von Zuverdienstprojekten. Die räumliche Nähe und die enge Vernetzung der Einrichtungen mit diesen Projekten erleichtert es auch denjenigen Menschen eine Beschäftigung zu finden, die in ihrer Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt sind.

Ein weiterer Aspekt der personenzentrierten Hilfen liegt in der engen Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen, hier vor allem des Isar-Amper-Klinikums, und – soweit möglich – auch den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern. Ein Arzt der Ambulanz hält eine regelmäßige Sprechstunde in den Räumen des Betreuungsteams ab. Er übernimmt die medikamentöse Versorgung, macht bei Bedarf Hausbesuche und sorgt für eine flexible und gute medizinische Versorgung vor Ort. Durch diese regelmäßige ärztliche Präsenz können Menschen erreicht werden,

die bisher jegliche psychiatrische Behandlung ablehnten und erleichtert insgesamt die medizinisch-somatische Versorgung vieler Bewohner/-innen.

Da viele der Bewohner/-innen zum Teil jahrelang völlig isoliert und ausgeschlossen von jeglichen sozialen Kontakten lebten, sind Gruppenangebote in den Wohnprojekten von besonderer Bedeutung. So werden eine ganze Reihe von lebenspraktisch ausgerichteten Gruppenveranstaltungen angeboten. Es gibt gemeinsame Frühstücksrunden, Kochgruppen und Sitzgymnastik, Ausflüge und Urlaubsreisen, sowie verschiedene wohnprojektspezifische Angebote, z. B. einen hauseigenen Chor, diverse Sportgruppen oder eine Gartengruppe.

Soziale Kontakte gestalten

Einsamkeit und Isolation ist für viele psychisch erkrankte Menschen ein großes Problem und der Wunsch nach sozialen Kontakten ist ein wichtiges Thema.



Innenhof des Wohnprojektes Gravelottestraße 14 in München im Stadtteil Haidhausen.

Gleichzeitig jedoch bestehen häufig große Schwierigkeiten, die gewünschte Nähe auch auszuhalten.

Aus diesem Grund ist die Auseinandersetzung mit Nähe und Distanz ein bestimmendes Element der Arbeit in den Wohnprojekten. Das bezieht sich sowohl auf die Kontaktpflege der Klient/-innen untereinander als auch auf die Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeiter/-innen und Klienten/-innen. In Bezug auf die Frage nach Teilhabe und Selbstbestimmung bedeutet dies eine wiederkehrende Reflektion bezüglich der eigenen Rolle. Inwieweit schalten sich die Mitarbeiter bei nachbarschaftlichen Konflikten ein, inwieweit kommen sie den Wünschen nach Einmischung bei Konflikten nach? Inwieweit helfen sie bei der Beziehungsgestaltung, wo nehmen sie sich zurück?

Ein vertrauensvoller und tragfähiger Kontakt zwischen Klienten/-innen und Bezugsbetreuern/-innen ist die Basis, um Unterstützung annehmen können. Gerade durch ein Miteinander von Betreuern/-innen und Klienten/-innen statt professioneller eindimensionaler Beziehungsangebote wird dem Anspruch auf Teilhabe und Selbstbestimmung Rechnung getragen. Eine Haltung der Offenheit gegenüber den Lebenskompetenzen der Klienten/-innen und eine Begegnung auf Augenhöhe sind für die Mitarbeiter unerlässlich.

Das Projekt Psychoedukation

Mit Psychoedukation bezeichnet man eine Methode der Wissensvermittlung über die jeweiligen psychischen Erkrankungen für Betroffene und Angehörige, die vor allem in den psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser angewandt wird. Sie dient dem besseren Verständnis der Erkrankung und der Auseinandersetzung mit ihren Folgen.

Psychoedukative Gruppenangebote sollen die Klientinnen und Klienten dabei unterstützen, wieder mehr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen und eine größere Unabhängigkeit in ihren Alltagsangelegenheiten zu erreichen. Diese Gruppen bieten nicht nur den betroffenen Menschen, sondern auch den Mitarbeitern/-innen die Möglichkeit, ihre fachliche Kompetenz auszubauen und regen einen gemeinsamen Dialog über Krankheit und Gesundheit an.

Obwohl die in den Wohnprojekten lebenden Menschen größtenteils bereits seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung sind und eine Vielzahl an Krankenhausaufenthalten hinter sich haben, mussten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnprojekte feststellen,



Singen in der Chorgruppe des Wohnprojektes Gravelottestraße 14.

dass die Bewohnerinnen und Bewohner kaum über ihre Erkrankungen und die Therapiemöglichkeiten Bescheid wussten und auch niemals in einen Austausch darüber getreten sind.

Diese Feststellung führte zu dem Projekt »Psychoedukation« innerhalb der drei Wohnprojekte. Engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Wohnprojektes Gravelottestraße 14 haben sich über ein Jahr lang, insbesondere über die Psychiatrische Klinik Rechts der Isar (Dr. Josef Bäuml) fortgebildet um im Anschluss als Kursleiter in den Wohnprojekten tätig zu werden. In diesen Gruppen wurden die unterschiedlichen Erklärungsmodelle zur Entstehung von Psychosen und anderen psychiatrischen Störungen diskutiert, es wurde über die verschiedenen Behandlungsmethoden gesprochen, deren Vor- und Nachteile abgewogen und Erfolgschancen und Zweifel diskutiert.

Erste interne Auswertungen nach der Durchführung solcher Gruppen im ambulanten Bereich zeigten, dass diese Angebote ein großer Erfolg waren. Es zeigte sich, dass der Bedarf bei den Klienten, sich über die Erkrankung zu informieren und auszutauschen auch nach mehrfachen stationären Aufenthalten auffällig hoch war.

Auch gelang es durch diesen regelmäßigen Dialog auf Augenhöhe die Kooperation der Bewohner/-innen zu fördern und deren Selbstwertgefühl zu steigern. Bei den Gruppenleitungen der Psychoedukationsgruppen entstand zugleich ein hoher Zugewinn an Kompetenz und Verständnis für die Erkrankung, die unmittelbar für die praktische Betreuungsarbeit nutzbar war.

Ziel ist nun, ambulante Psychoedukationsgruppen als festes Angebot innerhalb der Wohnprojekte, aber auch in den anderen Einrichtungen des Projektevereins zu etablieren.

Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es auch in einem ambulanten Setting möglich ist, ehemals wohnungslose Menschen mit schwerwiegenden und langjährigen psychischen Erkrankungen und allen damit verbundenen Auswirkungen zu unterstützen. Durch bedarfsgerechte und wohnortnahe Hilfen aber auch einer hohen Toleranz gegenüber den Ausprägungen der Erkrankungen, können die Klientinnen und Klienten an

Lebensqualität wesentlich hinzugewinnen und sind der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft ein Stück näher gekommen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Heime grundsätzlich überflüssig sind. Es ist vielmehr eine Aufforderung für jeden psychisch erkrankten Menschen tatsächlich eine bedarfsorientierte und individuelle Versorgung zu ermöglichen.

Monika Grzesik, Wohnprojekt Gravelottestraße 14 Herbert Kalus, Leitung SPDI München-Land Süd Eva-Marie Kayser, Leitung Wohnprojekt Haidpark

09

Betreuungsrecht, Sozialpsychiatrie und Menschenrechte



Zum Verhältnis von Betreuungsrecht (und Sozial-) Psychiatrie

Während meines Zweitstudiums der Sozialpädagogik absolvierte ich 1982 ein Praktikum in einer Teestube für psychisch kranke Menschen und wurde gleichzeitig Mitglied der Bayerischen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (BayGSP) und damit auch der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). Im Vordergrund unserer Arbeit und unserer Überlegungen stand zum damaligen Zeitpunkt die Deinstitutionalisierung geprägt vor allem durch die Demokratische Psychiatrie in Italien sowie reformpsychiatrische bzw. antipsychiatrische Projekte in England. Wir wollten den Betroffenen Raum schaffen außerhalb der traditionellen Versorgungsangebote insbesondere in Psychiatrischen Krankenhäusern und Heimen.

Im Jahr 1975 waren in der Psychiatrie-Enquete die Zustände und Missstände der deutschen Psychiatrie beschrieben worden. In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich wurde versucht, die Forderungen der Psychiatrie-Enquete umzusetzen. Dabei ging es vor allem um die zentralen Ziele: »ambulant vor stationär« sowie die Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch kranken Menschen in der psychiatrischen Versorgung und damit im Sozialrecht. Diese Forderungen sind auch bis heute nur teilweise und unzureichend umgesetzt. Immer noch werden chronisch psychisch kranke und alte Menschen in Heimen isoliert und von der psychiatrischen Versorgungsstruktur abgeschnitten. Immer noch werden wesentliche Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung durch die Sozialhilfe und nicht durch die Sozialversicherung finanziert. Wie aktuell die Forderungen sind, zeigt die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die es erzwingt, die noch nicht erfüllten Forderungen der Psychiatrie-Enquete nunmehr endgültig zu realisieren.

Beeinflusst durch die Psychiatrie-Enquete wurde zunächst die Gesetzgebung der Bundesländer, die zum großen Teil ihre alten Unterbringungsgesetze durch sogenannte Psychisch-Kranken-Gesetze ersetzten, Die modernen PsychKG versuchten den Grundsatz »ambulant vor stationär« umzusetzen, indem der

Unterbringung vor- und nachgehende Hilfen festgeschrieben wurden. Die Unterbringung sollte nach diesem Verständnis nur eine kurzfristige Maßnahme der Krisenintervention im Rahmen eines Netzes psychiatrischer Hilfen sein. Allerdings sind die Unterbringungszahlen in der Praxis eher gestiegen als gesunken. Daneben gab es Impulse, die in der Psychiatrie-Enquete beschriebene »Schlussposition« des Maßregelvollzuges zu überwinden und auch dort durch Maßregelvollzugsgesetze dem Grundgesetz genügende Vollzugsregelungen und psychiatrische Reformansätze in die Praxis des Maßregelvollzugs einzubringen.

Die Gründung des Vormundschaftsgerichtstages im Jahr 1988 war von vergleichbaren Gedanken geprägt. Im Mittelpunkt stand die Abschaffung der Entmündigung, die als nicht mehr zeitgemäß und menschenwürdig



empfunden wurde. Der emanzipatorische Ansatz der Betreuungsrechtsreform mit dem Ziel, den Betroffenen als Subjekt im betreuungsrechtlichen Verfahren, bei der Führung der Betreuung und bei der Behandlung anzusehen, entspricht den Zielen der Psychiatriereform

Eine Initiative der BayGSF Brauchen wir in Bayern ein Psychisch-Kranken-Gesetz?

Der Projekteverein setzt sich in Kooperation mit anderen Verbänden für ein PsychKG (Psychisch Kranken Hilfe Gesetz) ein.

und der Sozialpsychiatrie, auch wenn er sich noch nicht in allen Bereichen in der Psychiatrie durchgesetzt hat. Der im Betreuungsrecht verankerte Erforderlichkeitsgrundsatz stellt außerdem klar, dass jegliche Art von Hilfen der Bestellung eines Betreuers vorgeht. Hierzu gehören vor allem sozialpsychiatrische Hilfestellungen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung (Sozialpsychiatrische Dienste, Ambulante psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Betreutes Wohnen, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen). Kommt es zur Bestellung eines Rechtlichen Betreuers, steht der Betroffene mit seinen Wünschen und Vorstellungen im Mittelpunkt aller Entscheidungen. Der Betreuer wurde mit Ausnahme der Unterbringung mit keinen Zwangsbefugnissen ausgestattet. Nimmt der Betreuer seine Pflichten aus § 1901 BGB ernst, gestaltet und beeinflusst dies den Umgang mit dem Betroffenen in der psychiatrischen Versorgung und während der Unterbringung in Einrichtungen. Nicht der Arzt entscheidet über die notwendige Behandlung, sondern der Betroffene selbst oder der Betreuer nach Rücksprache mit dem Betroffenen und unter Berücksichtigung seiner Wünsche. Diese vom Gesetz vorgegebene Rollenverteilung wird nicht überall als selbstverständlich angesehen und praktiziert.

Die Fachtagungen des Vormundschaftsgerichtstages und der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie haben sich von Anfang an gegenseitig bereichert. Auf vielen Vormundschaftsgerichtstagen stand im Mittelpunkt der Diskussionen, welche psychiatrischen Hilfen geeignet sind, eine Betreuung und eine Unterbringung zu vermeiden. Dies betrifft sowohl die Akutpsychiatrie als auch die Unterbringung im Langzeitbereich und in den Heimen. Zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt ist dann die Frage der Ausübung von Zwang und Gewalt durch den Rechtlichen Betreuer und damit auch der Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Ich erinnere mich an lebhafte Arbeitsgruppen auf den Vormundschaftsgerichtstagen, die ich u. a. mit Klaus Dörner, Peter Lehmann, Karl-Ernst Brill und Nils Greve geleitet habe. Daneben haben die DGSP und der VGT zunehmend gemeinsame Fachtagungen zu verschiedenen Themenbereichen organisiert und durchgeführt. In Bayern wurde (zunächst vergeblich) gemeinsam versucht, ein Psychisch-Kranken-Gesetz an die Stelle des Bayerischen Unterbringungsgesetzes zu stellen. Ein neuer Anlauf steht bevor.

Es verbleiben eine Vielzahl von gemeinsamen Aufgaben, die in Zusammenarbeit von den Akteuren des Betreuungsrechtes und der (Sozial-) Psychiatrie zu lösen sind:

- Reduzierung der stetig gestiegenen Unterbringungszahlen.
- Reduzierung der Zwangsbehandlung und Beschreibung der Grenzen der Gewaltanwendung in der Psychiatrie,
- Neubestimmung der Genehmigungspflicht bei Behandlung mit (atypischen) Neuroleptika nach § 1904 BGB,
- Umsetzung des Patientenverfügungsgesetzes in der psychiatrischen Praxis,
- Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis.

Insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention rückt die Problematik der Menschenrechte in der Psvchiatrie nochmals in den Vordergrund. Werden die Grundgedanken der UN-Konvention ernst genommen. bedarf es nicht nur der Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, sondern sind auch Veränderungen in der psychiatrischen Praxis erforderlich. Dabei fällt den rechtlichen Betreuern eine wichtige Rolle zu. Sie werden von gesetzlichen Vertretern zu Assistenten, deren Aufgabe es ist, den Willen der Betroffenen zu erforschen, zum Ausdruck zu bringen und umzusetzen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die lange Zeit diskutierte Strukturreform des Betreuungsrechts überfällig ist und das Betreuungsrecht als besonderer Teil in das Sozialgesetzbuch zu integrieren ist. Im Rahmen der anstehenden Reform der Eingliederungshilfe sind gleichzeitig die finanziellen Benachteiligungen psychisch kranker Menschen in der sozialrechtlichen Versorgung aufzuheben.

Psychiater werden zunehmend damit konfrontiert sein, dass psychiatrieerfahrene Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht ernst nehmen und selbst entscheiden, ob und wie sie behandelt werden wollen. Dies erfordert hohe Akzeptanz auf der Seite der in der Psychiatrie

Tätigen, da insbesondere die Ablehnung psychiatrischer Behandlung aus Sicht der Psychiatrie nicht immer die optimale Lösung darstellt. Der Gesetzgeber stellt das Selbstbestimmungsrecht aber über das objektive Wohl des Betroffenen, soweit dessen Bestimmung überhaupt möglich ist. Insoweit bedarf es einer Fortsetzung und Intensivierung des Dialoges zwischen den psychiatrieerfahrenen Menschen und den in der Psychiatrie Tätigen.

Dr. Rolf Marschner

10

Recovery und Empowerment in der Arbeit mit psychisch kranken Älteren – Peer Support am Gerontopsychiatrischen Dienst



Mit der Spezialisierung als Fachstelle für ältere psychisch belastete Menschen stellen die Gerontopsychiatrischen Dienste eine wichtige Ergänzung zur ambulanten psychiatrischen Versorgung und zu den Einrichtungen der offenen Altenhilfe dar. Sozialpsychiatrie und Gerontopsychiatrie unterscheiden sich in Struktur und methodischem Arbeiten nur unwesentlich voneinander. Ein wesentlicher Unterschied in der Praxis aber ist die Berücksichtigung der altersspezifischen zusätzlichen Erkrankungen der Menschen (Multimorbidität) und eine durch das Alter bedingte kürzere Lebensspanne und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in der Beratung.

Für viele Menschen sichert das niedrigschwellige und breit gefächerte multiprofessionelle Angebot den Erhalt ihrer Selbstständigkeit und den Verbleib in der häuslichen Umgebung. In Anbetracht der steigenden Anzahl älterer Menschen und dem Anstieg der Lebenserwartung mit entsprechenden Erkrankungen kann davon ausgegangen werden, dass auch die psychischen Belastungssituationen und Störungen zunehmen und der ambulanten Gerontopsychiatrie immer größere Bedeutung zukommen wird.

Bewegungen wie Empowerment (Selbstbestimmung, Selbstverantwortung) und Recovery (Genesung, Gesundung, Wiederherstellung) fordern einen Paradigmenwechsel für die psychiatrische Versorgung sowohl stationär als auch ambulant. Die Hauptforderung des Recoverybewegung ist, die Gesundheit zu fördern, anstatt die Krankheit zu behandeln. Die Berater/-innen sollen sich zu ihren eigenen Unzulänglichkeiten bekennen und den Betroffenen ein Expertenwissen zugestehen. Dabei ist die Aufhebung der Dichotomie Fachkraft = gesund versus Klient = krank unbedingt notwendig. Dies soll bewirken, dass alle Beteiligten näher zusammenrücken, hierarchische Strukturen abgebaut werden und das Selbstwertgefühl der Betroffenen steigt, was sich wiederum positiv auf den Genesungsprozess auswirkt (Andreas Knuf, 2008). Wobei Recovery ohne die Selbstverantwortung und Selbstbestimmung der Klienten/-innen und ohne die von Antonovsky eingeforderten salutogenetischen Grundprinzipien nicht denkbar ist.

Die Theorien und Modelle laden zu einer veränderten Sichtweise auf die Menschen und ihre Belange ein. Sie setzen sich für eine konsequente, klientenzentrierte und ressourcenorientierte Beratung und Begleitung ein. Ein Anliegen von *Recovery* ist, die Betroffenen dabei zu unterstützen, sich von stigmatisierenden Labeln zu lösen und davon zu befreien, als lebenslang krank zu gelten.

Den Klienten/-innen soll in all ihren Belangen ein Mitspracherecht und Selbstbestimmungsrecht eingeräumt werden. Diese wesentlichen Veränderungen müssen gemeinsam von allen Mitarbeitern/-innen getragen werden, nur dann kann erreicht werden, dass der Verlust der gewohnten Strukturen bewältigt wird. Aber auch bei den Betroffenen müssen Lernprozesse in Gang kommen, denn auch Selbstbestimmung und Selbstverantwortung müssen nach jahrelanger Verkümmerung erst wieder aktiviert und erlernt werden.



Anleitung und Unterstützung im Haushalt der Klienten/-innen.

Empowerment in der Praxis

Bereits vor einigen Jahren, bevor das Thema EX-IN in München virulent wurde entstand im Gerontopsychiatrischen Dienst München-West die Idee, ältere Menschen mit eigenen Erfahrungen in der Bewältigung psychischer Krisen in die Versorgungsstruktur einzubeziehen. Interessenten/-innen wurde eine Schulung in Anlehnung an die Ausbildung ehrenamtlicher Demenzhelfer/ -innen angeboten. Während der Fortbildungsreihe entstand zunehmend ein vertrauensvoller Umgang in der Gruppe, der erlaubte, dass die Betroffenen sich outen und aus ihrer eigenen Biografie von psychiatrischen Krisen erzählen konnten. Diese Berichte führten nicht nur dazu, dass die gesunden Teilnehmer/-innen Berührungsängste gegenüber den Psychiatrieerfahrenen abbauen konnten, sondern es führte vor allem bei den Betroffenen zu einem über sich Hinauswachsen, zur Erkrankung zu stehen und gleichzeitig der Bewältigung und der Integration in den Alltag näher zu kommen. Einer Stigmatisierung konnte so auf beiden Seiten entgegengewirkt werden. Selbst bei den Klienten/-innen, die nicht regelmäßig in der Alltagsbegleitung psychisch belasteter Menschen eingesetzt waren, führte das entgegengebrachte Vertrauen in die Stärken der Klienten/ -innen und die Herausforderung, die die Schulung mit sich brachte, nachhaltig zu mehr Selbstvertrauen in die eigene Person.

Im Einsatz als Alltagsbegleiter/-innen, der Peers, bei den Klienten/-innen im häuslichen Umfeld kann beobachtet werden, dass alle Beteiligten im System profitieren. Die Helfer/-innen sehen ihre Tätigkeit als verantwortungsvolle Aufgabe, eigene Erfahrungen empathisch weiterzugeben und vor allem den Betroffenen zu signalisieren, dass eine Verbesserung der Lebensqualität und die Gesundung nicht unmöglich sind. Die Betroffenen erhalten durch die Begleitung der Peers einen Gesprächspartner auf Augenhöhe ohne fachliche Distanziertheit und mit der Gewissheit, dass die Person zu den eigenen Schwächen steht. Die professionellen Berater sind gefordert, moderierend zu begleiten, um eine Überforderung der Beteiligten zu erkennen und die Genesungsprozesse nicht zu gefährden. Sie erfahren durch die Peers deutliche Entlastung, werden aber auch damit konfrontiert, dass theoretische Modelle und Konzepte unter Umständen außer Kraft gesetzt sind.

Diese Erfahrung bestätigen sich auch immer wieder in den unterschiedlichsten Gruppenangeboten der Gerontopsychiatrischen Dienste. Der GpDi West bietet zurzeit mehrere Frühstücks- und Kaffeegruppen an. Diese sehr niedrigschwelligen Angebote haben in erster Linie zum Ziel, den Austausch der Betroffenen untereinander zu fördern und Selbsthilfepotentiale zu aktivieren. Aktuell sammeln wir Erfahrungen in einer Gruppe, an der ausschließlich Menschen mit Psychoseerfahrung teilnehmen. Die in früher Jugend gestellten Diagnosen der Unheilbarkeit beeinflussten die Biografien der Betroffenen enorm. Die teilweise unzähligen Aufenthalte in verschiedenen Kliniken, die daraus resultierenden Behandlungsmethoden prägten sich traumatisch ein. Dennoch konnte in der Gruppe eine Solidarität und eine Toleranz geschaffen werden, die die Teilnehmer dazu verleitet über diese Erlebnisse zu berichten und besonders Empfehlungen der anderen Teilnehmer auf Tauglichkeit für ihr eigenes Lebenskonzept zu prüfen oder gar anzunehmen. Dabei handelt es sich in der Regel um alltagsrelevante Belange, die aber für die Menschen eine Steigerung der Lebensqualität darstellen. Die Erfahrung zeigt auch in dieser Gruppe, dass eine gelungene Integration zur deutlich höheren psychischen Belastbarkeit führt. Durch die Stabilisierung kann in der Regel die Einzelberatung, die trotz Minimierung hierarchischer Strukturen kein Abbild der sozialen Wirklichkeit ist, nahezu ersetzt werden. Den Betroffenen ermöglichen die Gruppenangebote, einen Schritt aus der sozialen Isolation zu machen.

Deutlich wurde dies auch bei einer qualitativen Befragung von den Betroffenen im Jahr 2010 im Rahmen einer Abschlussarbeit an der Universität Erlangen. Die Forschungsfrage sollte Aufschluss darüber geben, ob die Klienten/-innen des GpDi Ressourcen zur Verfügung haben und diese im Sinne von Recovery- und Empowerment-Prozessen aktivierbar sind. Die Einstiegsfragen dienten zur Evaluation der Gruppenangebote. Dabei wurden von den Betroffenen ganz klar die niedrigschwelligen Angebote im Gegensatz zu den Gesprächsgruppen votiert. So berichtete eine Betroffene: »Statt des therapeutischen Charakters steht bei den Frühstücks- und Kaffeerunden das Essen und Reden im Vordergrund, das Thema Krankheit rückt in den Hintergrund. Das bedeutet nicht, dass Erkrankungen nicht thematisiert werden, nur nicht so offensichtlich.« Die weiteren Ergebnisse der Befragung konnten in der Zwischenzeit gemeinsam mit den Klienten/-innen in die praktische Arbeit umgesetzt werden.

Das Engagement der Klienten/-innen wird durch die Mitarbeiter/-innen unterstützt und in dem Maße begleitet, dass eine Überforderung der Klienten/-innen minimiert wird. In den letzten Jahren entstanden Interessengemeinschaften, Besuchsdienste der Klienten untereinander und die Vor- und Nachbereitung der Gruppen kann zeitweise gänzlich in die Hände der Teilnehmer/-innen gelegt werden.

Dies gelingt durch das langsame Hinführen der Betroffenen, Ressourcen an sich wieder wahrzunehmen und sie für Gruppen- und Einzelinteressen zu bestimmten Konditionen zur Verfügung zu stellen. Oftmals wird lediglich den Fähigkeiten eine geringe Wertschätzung zuteil, sodass hier professionelle und auch gruppendynamische Aufbauarbeit geleistet werden muss, um das Selbstwertgefühl anzuheben. Sicherlich ist gut daran getan, die Fähigkeiten der Einzelnen hervorzuheben, sie in die Gruppen zu integrieren und so den Teilnehmern zu vermitteln, dass sie zum Gelingen des Gruppenangebotes beitragen. Dies ist auch dann wert- und sinnvoll, wenn es sich um so genannte Selbstverständlichkeiten handelt. Damit wird die Konsumentenrolle gegen eine aktive Mitgestaltungsrolle eingetauscht.

Im Kontext der gerontopsychiatrischen Arbeit muss *Recovery* sicherlich anders betrachtet werden als in der Arbeit mit jüngeren Menschen. Denn das Prinzip Hoffnung ist hier oft durch die begrenzt verbleibende Lebensperspektive getrübt, aber die langjährige Erfahrung zeigt, dass mit den vorhandenen Ressourcen auch immer Perspektiven verbunden sind. Auch wenn beides häufig für Außenstehende nicht so leicht erkennbar ist oder so viel »Eigen-sinn« besitzt wie seine Besitzer. Aber das beruhigende an der Arbeit mit »chronisch« psychisch erkrankten älteren Menschen ist die Tatsache, dass diese trotz traumatischer Erlebnisse und dem schalen Gefühl des ungelebten Lebens irgendwie ihren Weg zum »Altwerden« gefunden haben.

Besonders deutlich wird dies durch eine weitere Kernaussage der Kleinststudie. Obwohl die Betroffenen dies nicht mit Fachbegriffen benennen konnten, wurde deutlich, dass Selbsthilfe und Selbstbestimmung für

sie elementare Grundhaltungen sind, die sie sich in ihrem oft beschwerlichen Weg erhalten und erkämpfen mussten. Im Recoveryprozess gilt es, den vorhandenen »Eigen-sinn« als Fähigkeit wertzuschätzen, auch wenn es ihnen oftmals als mangelnde Compliance und/oder Krankheitseinsicht ausgelegt wurde.

Dennoch scheint bei den Betroffenen die Bereitschaft zu bestehen, die sozialen Kompetenzen auszubauen und sich auf neue Beziehungen einzulassen. Die Gruppen- oder Sozialisationsfähigkeit ist bei vielen Klienten durch Isolation verschüttet, führt aber durch die Bereitschaft, sich der Gesellschaft wieder anzunähern, in kleinen Schritten in Richtung Gesundung. Diese Bereitschaft kann gefördert werden durch einen intensiven Vertrauensaufbau in den Einzelberatungen, die dabei aber nur der Wegbereiter in eine schrittweise Resozialisierung sind. Der Hauptauftrag der Sozialpsychiatrie in Kombination mit den theoretischen Ansätzen von Recovery und Empowerment führt nicht dazu, dass sich die Professionellen überflüssig machen, sondern es muss zur Reflexion des eigenen Handelns führen. Optimalerweise verändert sich der Handlungsansatz weg vom helfen hin zur Hilfe zur Selbsthilfe, wobei der Berater zum Begleiter wird.

An Antonovskys Bildnis angelehnt: »Die Menschen nicht aus dem Fluss herauszufischen, sondern ihnen *Unterstützung, Hoffnung und Vertrauen* entgegen zu bringen, damit sie besser schwimmen lernen.«

Sabine Wolf, Diplom Psychogerontologin, Leitung Gerontopsychiatrischer Dienst München West

Adressen

Geschäftsstelle

Gravelottestraße 6 • 81667 München Tel. (089) 67 10 01 • Fax (089) 6 25 48 93 E-Mail: geschaeftsstelle@projekteverein.de

Beratung

Sozialpsychiatrische Dienste und Betreutes Einzelwohnen

München-Perlach

Peschelanger 11 • 81735 München
Tel. (089) 67 10 51 • Fax (089) 6 78 98 45
E-Mail: spdi.perlach@projekteverein.de
bew.perlach@projekteverein.de

München-West

Landsberger Straße 509 • 81241 München Tel. (089) 83 70 43 • Fax (0 89) 83 92 81 51 E-Mail: spdi.west@projekteverein.de bew.pasing@projekteverein.de

München-Giesing

Pilgersheimerstraße 38 • 81543 München Tel. (089) 65 20 21 • Fax (0 89) 65 01 93 E-Mail: spdi.giesing@projekteverein.de bew.giesing@projekteverein.de

Planegg

Bahnhofstraße 7 • 82152 Planegg
Tel. (089) 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 (0 89) 60 50 12 E-Mail: spdi.m-land-sued@projekteverein.de bew.m-land-sued@projekteverein.de

Außenstelle Unterhaching

Münchner Straße 1 • 82008 Unterhaching Tel. (089) 60 50 54 • Fax (089) 60 50 12

Berchtesgadener Land

Anton-Winkler-Straße 3a • 83435 Bad Reichenhall Tel. (08651) 6 56 33 Fax (08651) 98 43 03 E-Mail: spdi.bgl@projekteverein.de

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

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe

Berchtesgadener Land

Reichenberger Straße 1 • 83395 Freilassing Tel. (08654) 7 70 47 73 • Fax (08654) 7 70 44 74 E-Mail: selbsthilfe-bgl@projekteverein.de

Krisendienst Psychiatrie München

Bavariastraße 11 • 80336 München Telefon Leitstelle (089) 7 29 59 60 E-Mail: info@krisendienst-psychiatrie.de www.krisendienst-psychiatrie.de

Gerontopsychiatrische Dienste

Schwanseestraße 16 (Ost) • 81539 München Tel. (089) 6 91 48 02 • Fax (0 89) 69 76 08 04 E-Mail: gpdi.ost@projekteverein.de

Gubestraße 5 (West) • 80992 München Tel. (089) 14 00 28 33 Fax (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

Betreutes Wohnen

Therapeutische Wohngemeinschaften

Seerieder Straße 24 • 81675 München Büro Tel. und Fax (089) 45 83 22 10 E-Mail: twg.seerieder@projekteverein.de

Orleansstraße 65a • 81667 München Büro Tel. und Fax (089) 45 83 22 10 E-Mail: twg.orleans@projekteverein.de Schmädelstraße 33 • 81245 München Tel. und Fax (089) 45 83 22 10 E-Mail: twg.schmaedel@projekteverein.de

Oskar-Maria-Graf-Ring 22 • 81737 München Büro Tel. (089) 45 83 22 26 • Fax (089) 45 83 22 05 E-Mail: twg.oskar-maria-graf@projekteverein.de

Gautinger Straße 34 • 82319 Starnberg Tel. (08151) 91 80 32 • Fax (08151)274732 E-Mail: twg.starnberg@projekteverein.de

Wappachweg 3 • 83457 Bayerisch Gmain Tel. (08651) 6 75 37

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

Wohnprojekte

Schwanseestraße 16 • 81539 München Tel. (089) 6 92 80 46 • Fax (089) 69 38 13 15 E-Mail: lzwp.schwansee@projekteverein.de

Plievierpark 13 • 81737 München Tel. (089) 6 37 85 22 • Fax (089) 18 91 21 92 E-Mail: lzwp.plievierpark@projekteverein.de

BEW und LZWP Icking Buchenwinkel 2 • 82057 Icking Tel. (08171) 38 64 07

E-Mail: bew.buchenwinkel@projekteverein.de lzwp.buchenwinkel@projekteverein.de

»Tiroler Hof«

Tiroler Straße 12 • 83435 Bad Reichenhall Tel. (08651) 7 16 98 52 • Fax (08651) 7 16 98 55 E-Mail: lzwp.tirolerhof@projekteverein.de

Wohnprojekt Gravelottestraße 12 Gravelottestraße 12 • 81667 München Tel. (089) 45 83 22 11 • Fax (089) 45 83 22 05 E-Mail: wp.gravelotte@projekteverein.de

Wohnprojekt Gravelottestraße 14 Gravelottestraße 14 • 81667 München Tel. (089) 55 05 26 74 • Fax. (089) 54 84 46 61 E-Mail: gravelotte14@projekteverein.de

Wohnprojekt Haidpark Admiralbogen 37 • 80939 München Tel. (089) 4 16 17 45 71 • Fax (089) 4 16 17 45 79 E-Mail: e.kayser@projekteverein.de Betreutes Wohnen in Gastfamilien c/o Sozialpsychiatrischer Dienst Giesing Pilgersheimer Straße 32 • 81543 München Tel. (089) 65 20 21 • Fax (0 89) 65 01 93 E-Mail: bwf.info@projekteverein.de

Reichenberger Straße 1 • 83395 Freilassing Tel. (08654) 7 70 44 72 • Fax (08654) 7 70 44 74 E-Mail: bwf.info@projekteverein.de

Tagesstruktur

Tagesstätten

Gautinger Straße 34 • 82319 Starnberg
Tel. (08151) 27 47 31 • Fax (08151) 27 47 32
E-Mail: ts.starnberg@projekteverein.de

Anton-Winkler-Straße 3a • 83435 Bad Reichenhall Tel. (08651) 81 38 • Fax (08651) 98 43 03 E-Mail: ts.bad-reichenhall@projekteverein.de

Ludwig-Thoma-Straße 48 • 85521 Ottobrunn Tel. (089) 60 60 18 35 • Fax (0 89) 60 50 12 E-Mail: ts.ottobrunn@projekteverein.de

Lützowstraße 1 • 81245 München-Pasing Tel. (089) 89 69 38 50 • Fax (089) 89 69 38 49 E-Mail: ts.west@projekteverein.de

Peschelanger 11 • 81735 München Tel. (089) 52 03 27 82 • Fax (089) 6 78 98 45 E-Mail: ts.perlach@projekteverein.de

Arbeit

Café Harlekin Anton-Winkler-Straße 3a • 83435 Bad Reichenhall Tel. (08651) 81 38 • Fax (08651) 98 43 03

AWOLYSIS GmbH NetzWerk für psychische Gesundheit vincentro / München

Orleansstraße 6 • 81667 München Tel. (089) 44 11 83 50 • Fax (089) 44 11 92 61 E-Mail: j.winklmair@awolysis.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

Adresse

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

Vorstand des Projektevereins

Jürgen Salzhuber, Vorstandsvorsitzender Dr. Helmut Waldmann, Isolde Zins, Dr. Martha Ertl-Gehrke, Stephanie Lerf

Kontrollrat

Wolfgang Schindele Paul Woldt

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Horst Reiter

Redaktion

Renate Eder

Druck

PROJEKT PRINT Satz • Druck • Kopie, München

Gestaltung

HINC OMNIA, München www.hincomnia.de



