Herausforderungen und Perspektiven ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgung

Tätigkeitsbericht

Mitglied der AWO M•group

gemeinnützige GmbH des Projektevereins

Herausforderungen und Perspektiven ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgung

Tätigkeitsbericht

Mitglied der AWO M•group

gemeinnützige GmbH des Projektevereins

Inhalt

Vorwort 4
Horst Reiter

01 **Zur Organisation der gemeinnützigen GmbH des Projektevereins** 6

02 **Zukünftige Herausforderungen gemeindepsychiatrischer Versorgung** 8
Holger Steckermaier

03 **Das Netzwerk psychische Gesundheit – Integrierte Versorgung als Zukunftsmodell ambulanter Versorgungsstrukturen** 12
Steffi Lerf

04 **Sozial- und Gerontopsychiatrische Dienste – Welche Anpassungen sind notwendig?** 18
Eva Kayser

05 **Psychiatrische Krisenintervention. Von der akuten Krisenhilfe zur ambulanten Alternative** 28
Ruth Weizel

06 **Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern: Ein erfolgreiches »Leuchtturmprojekt Demenz« des BMG** 34
Susanne Schäfer-Walkmann

07 **Ambulant betreutes Wohnen – Was heißt eigentlich Betreuung?** 38
Susanne Hummel

08 **Arbeit und Beschäftigung – Zukünftige Herausforderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** 44
Michael Rahm

09 **EX-IN: Psychiatrieerfahrene bereichern die Versorgungslandschaft** 48
H. S., EX-IN-Praktikantin

Adressen 52

Impressum 54

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dieser Broschüre, die gleichzeitig unser Tätigkeitsbericht für die Jahre 2009 – 2010 ist, wollen wir aufzeigen, welche aktuellen Herausforderungen und Perspektiven einer ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung wir, die Projekteverein gGmbH, sehen und wie wir diesen begegnen.

Horst Reiter,
Geschäftsführer
gemeinnützige GmbH
des Projektevereins München

In unserem neuen Leitbild, das wir 2010 entwickelt haben, steht: »Unser Handeln ist darauf ausgerichtet, psychische Gesundheit zu fördern, die Lebensqualität der Klientinnen und Klienten zu verbessern und so ihre aktive und selbst bestimmte Teilhabe im Sinne der UN- und EU-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung zu ermöglichen … Die psychosoziale Betreuung und Stabilisierung erfolgt, wo immer möglich, im vertrauten sozialen und beruflichen Umfeld.« Wie dies umgesetzt wird, aber auch welche Hindernisse auf dem Weg der Förderung von psychischer Gesundheit zu überwinden sind, können Sie in diesem Bericht lesen.

Ich möchte zwei Beispiele herausgreifen:
Der Beitrag über das »NetzWerk psychische Gesundheit« zeigt, wie es gelingen kann Menschen, die von psychischer Krankheit betroffen sind, in ihrem Lebensumfeld ambulant zu betreuen und zu behandeln. Die Autorin geht der Frage nach, ob die integrierte Versorgung ein Zukunftsmodell der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist.

Der Artikel über die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB) beschreibt, wie schwer es in unserem Gesundheitssystem ist, für eine gute gemeindenahe, koordinierte Versorgung eine Finanzierung zu bekommen. Leider ist es uns, trotz der herausragenden Erfolge bisher nicht gelungen, dieses bundesweit anerkannte »Leuchtturmprojekt« in der Versorgung von an Demenz erkrankter Bürgerinnen und Bürger in eine Regelfinanzierung zu überführen.

Ich bedanke mich bei unseren haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit großem Engagement Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf ihrem oft schweren Weg zur selbst bestimmten Teilhabe begleiten. Mit welchen kreativen Ideen sie Perspektiven entwickeln und wie Hindernisse überwunden werden können, zeigen mehrere Artikel.

Ohne die Unterstützung der Arbeiterwohlfahrt, insbesondere innerhalb der AWO M•group, wäre unsere Arbeit nicht denkbar. Den Kolleginnen und Kollegen gilt unser Dank für die vielseitige Unterstützung.

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

Bedanken möchte ich mich bei den Politikerinnen und Politikern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bezirks Oberbayern, der Landeshauptstadt München, der Landkreise Berchtesgadener Land und Mühldorf. Ohne die politische Unterstützung und die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Mittel wäre es nicht möglich, die eine gemeindenahe Versorgung von Menschen mit einer psychischen Krankheit umzusetzen.

Horst Reiter

01

Zur Organisation der gemeinnützigen GmbH des Projektevereins

Zum 01.01.2006 wurde der operative Bereich des Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V. in die gemeinnützige GmbH des Projektevereins überführt. Unsere besondere Kompetenz besteht darin, unseren Klienten/-innen fachübergreifende Hilfe für ein selbstbestimmtes Leben zu geben.

Wir achten und beschützen individuelle und kulturelle Eigenarten unserer Klienten/-innen und fördern ihre aktive Beteiligung an der Betreuung und Genesung, denn sie sind unsere wichtigsten Partner.

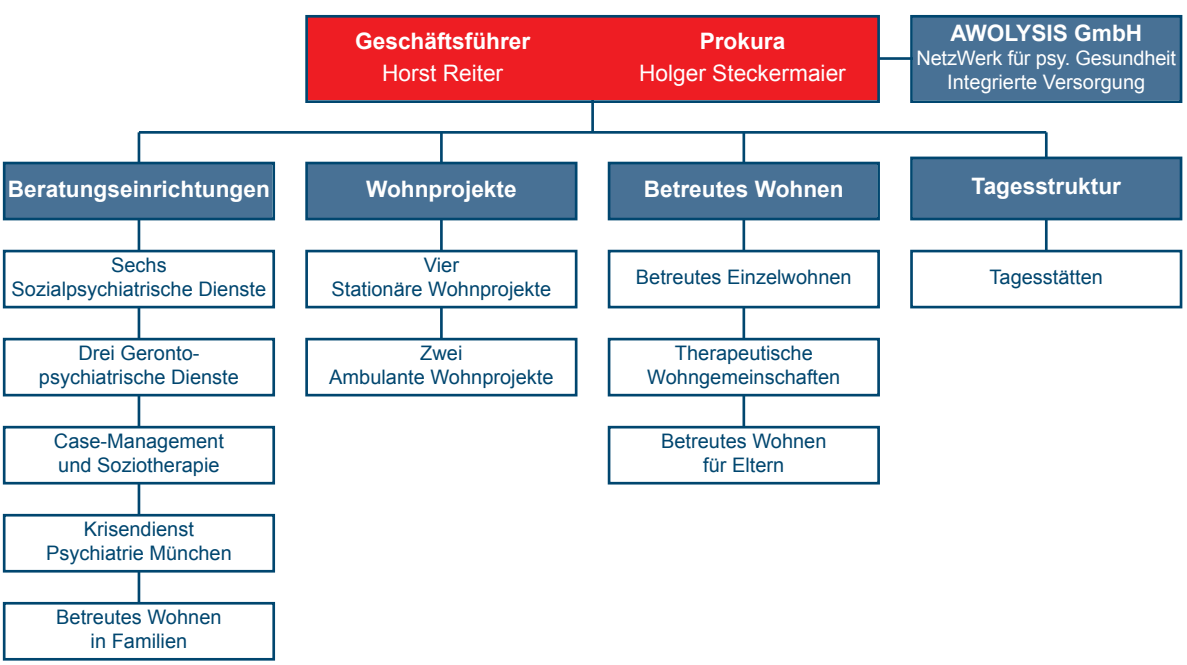
Unsere Mitarbeiter/-innen begegnen Hilfe suchenden Menschen freundlich und mit besonderem Verständnis für ihre Verletzlichkeit und Ängste. Bei der Beratung und Betreuung nutzen wir die aktuellen Erkenntnisse der Sozialpsychiatrie, Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik und verschiedener Therapieformen. Wir legen großen Wert darauf, dass der eigenständige Lebensraum der Klienten/-innen geachtet wird, vorhandene Fähigkeiten gestärkt, verschüttete Fähigkeiten geweckt und neue Fähigkeiten erlernt werden. Vor allem chronisch kranke Menschen unterstützen wir darin, dass sie ihre Selbstständigkeit so rasch und so umfassend wie möglich wiedererlangen.

Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter ist wichtig. Ihr Können und ihr Engagement sind die Basis für unsere Arbeit mit den Klienten/-innen. Wir sind bestrebt, alle Tätigkeiten klar zu umreißen und umsetzbar zu bemessen. Wir legen Wert auf die Förderung von Kreativität und Eigenständigkeit und auf eine aufgabenorientierte Fortbildung für alle Mitarbeiter/-innen.

Die GmbH des Projektevereins ist beteiligt an:

Beratungsdienste der AWO München gGmbH
Gravelottestraße 8, 81667 München
Tel: (089) 4 58 32 - 0, Fax: (089) 4 58 32 - 200
migration@awo-muenchen.de

AWOLYSIS
Gesellschaft für innovative Lösungen
im Gesundheits- und Sozialwesen mbH
Rosenaustraße 38, 86150 Augsburg



02

Zukünftige Herausforderungen gemeindepsychiatrischer Versorgung

Ohne Zweifel konnten seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 erstaunliche Verbesserungen in der psychiatrischen Behandlung erreicht werden. Allerdings bestehen nach wie vor einige gravierende Probleme in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, die noch nicht befriedigend gelöst worden sind. In der fachlichen Diskussion werden dabei zwei Themenbereiche aktuell besonders intensiv diskutiert.

1. Die verbesserte Integration der Anbieter und deren Leistungen.
   »Eine Politik für psychische Gesundheit erfordert eine sektorübergreifende Vernetzung und sollte ein multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen beinhalten.« [1]

2. Die Umsetzung einer balancierten und pragmatischen Mischung ambulanter und stationärer Versorgung mit dem Primat der wohnortnahen aufsuchenden Hilfe.
   »Eines der wichtigsten Versorgungsprinzipien ist es dabei, die erforderliche Behandlung und Betreuung mit so wenig wie möglich Einschränkungen für die Betroffenen zu erbringen. Vor dem Hintergrund dieses gesundheitspolitischen Postulats sind ambulanten Maßnahmen, wenn immer möglich, gegenüber (teil-) stationären Maßnahmen Vorrang einzuräumen.« [2]

Sinnvollerweise sind beide Themenbereiche nicht voneinander zu trennen, insbesondere wenn über die unbestreitbar bestehende Über-, Fehl- und Unterversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen diskutiert wird.

Zweifellos wird sich durch eine verbesserte Leistungsintegration und ambulante Behandlung eine deutlich verbesserte Versorgung im gemeindepsychiatrischen Sinne für die Betroffenen ergeben.

Allerdings sollte in diesem Zusammenhang auch erwähnt werden, dass für die Kostenträger vor allem ökonomische Gründe für den weiteren Ausbau ambulanter Leistungen – bei gleichzeitiger Reduzierung stationärer Klinikaufenthalte – und eine verbesserte Integration aller Leistungen von Bedeutung sind. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Effizienzorientierung im Gesundheits- und Sozialwesen, ist es auch im psychiatrischen Bereich nicht mehr möglich sich der Kosten- und Kostendämpfungsdebatte zu entziehen, da Umsteuerungen im psychiatrischen Versorgungsbereich nur bei ökonomischer und effizienter Verwendung der Mittel möglich sein werden. [3] Hierzu einige Daten:

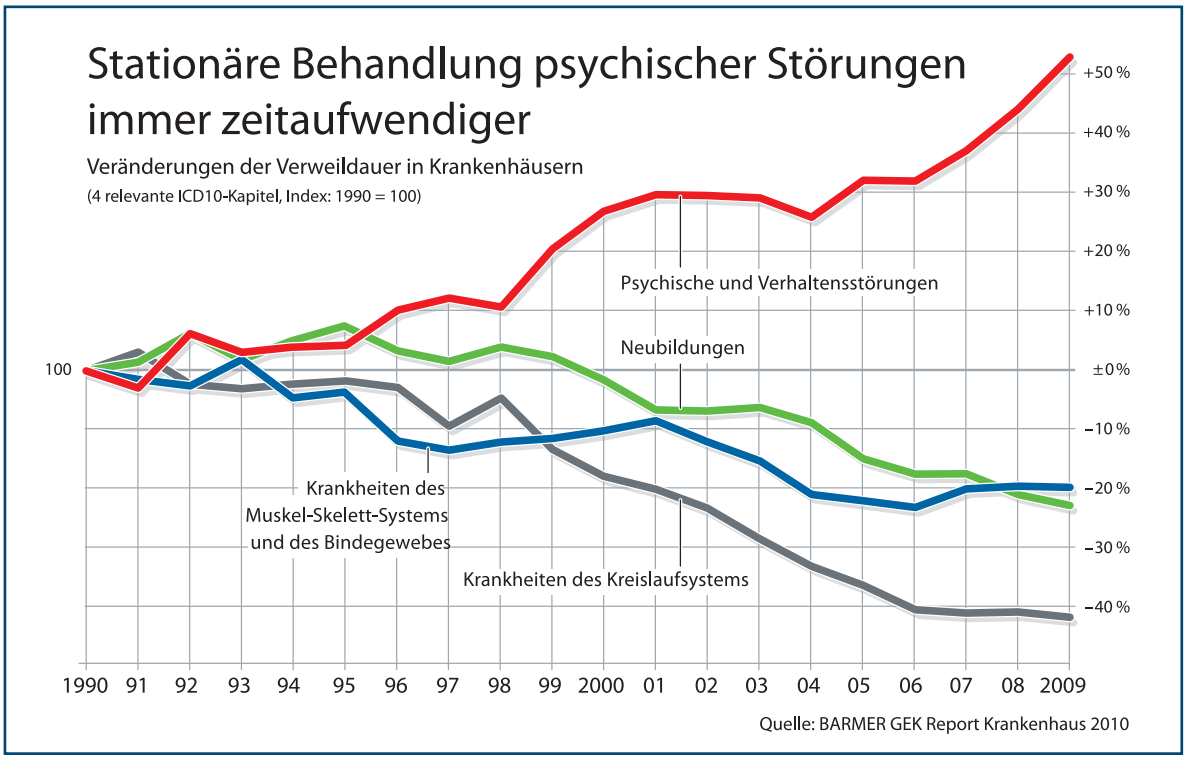
Im internationalen Vergleich wird in Deutschland mit mehr als 11 Prozent des Gesundheitsbudgets ein sehr hoher Anteil für psychiatrische Störungen ausgegeben. Allein im Zeitraum von 2002 bis 2006 sind die Ausgaben für psychiatrische Erkrankungen um 14 Prozent gestiegen, während die gesamten Gesundheitsausgaben sich nur um 7,8 Prozent erhöht haben. [4]

Als wesentlicher Kostenfaktor bei seelischen Erkrankungen gelten unter anderem die zunehmenden Kosten für die stationären Behandlungen. Zwar hat sich die Verweildauer in den Kliniken nahezu halbiert, jedoch korreliert diese Reduzierung mit einer deutlichen Erhöhung der Wiederaufnahmeraten, so dass bei der für die Kostenträger relevante Größe der Krankenhaustage eine stetige Zunahme festzustellen ist.

War vor 30 Jahren ein hoher Nachholbedarf in nahezu allen Gebieten psychiatrischer Versorgung festzustellen, ist aktuell möglicherweise nicht der Mangel an finanziellen Ressourcen ein Problem, sondern vielmehr deren sinnvollere und ökonomischere Verteilung im psychiatrischen Versorgungsgeschehen. [5]

So stellt sich die Frage, warum etwa für den Bereich der schizophrenen Erkrankungen, trotz des allgemeinen Bekenntnisses »ambulant vor stationär« nach wie vor mehr als 50 Prozent der finanziellen Ressourcen für stationäre Krankenhausbehandlung ausgegeben werden. Für dieses Erkrankungsbild stellt sich zudem die Frage, ob der gravierende Anstieg im Bereich der außerstationären Medikation bei gleichzeitig zu vernachlässigenden Ausgaben etwa im Bereich ambulanter Pflege, Soziotherapie und Rehabilitation tatsächlich mit entsprechenden Behandlungserfolgen verbunden ist. [6]

[1] Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, 14. Januar 2005, S. 2
[2] Rössler et. al, Neue Versorgungsmodelle in der Psychosenbehandlung, Nervenarzt 2006 [Suppl 2] · 77: S. 111 – 120, S. 11
[3] vgl. Kilian, Salize 2010
[4] ebd.
[5] ebd.
[6] ebd.



Zusammenfassend ist festzustellen, dass unter Einbeziehung aller fachlichen und ökonomischen Perspektiven, alle Versorgungsparameter auf die Notwendigkeit zu einem relativ radikalen Reformschritt hinweisen: Der konsequenten Umsteuerung auf eine ambulante und integrierte Behandlungs- und Unterstützungsleistungen. [7]

Allerdings ist diese Vorgabe mit Augenmaß umzusetzen und eine so genannte »Balanced Care«, also eine balancierte Mischung stationärer und ambulanter Angebote mit einem eindeutigen Fokus auf den ambulanten Bereich anzustreben. [8]

Auch die WHO empfiehlt neben spezialisierten (stationären) Einrichtungen, Rückzugsräumen, akutpsychiatrischen stationären Angeboten vor allem eine dauerhaft ambulant aufsuchende Behandlung als evidenzbasiertes, gemeindepsychiatrisches Angebot. Als Beispiel für eine sinnvolle ambulante Versorgung sei hier das in der fachlichen Diskussion zunehmend häufiger beschriebene Hometreatment-Konzept genannt. Ein Konzept, das in den angloamerikanischen Ländern seit langem etabliert ist.

Als Hometreatment wird in englischsprachigen Ländern die gemeindenahe Akutbehandlung psychischer Erkrankungen zur Vermeidung einer stationären Behandlung bezeichnet. Diese ambulante, teambasierte psychiatrische Versorgung konnte in Deutschland trotz wissenschaftlicher Nachweise hinsichtlich deutlich positiver Effekte in mehreren Outcome-Bereichen bisher kaum umgesetzt werden. Die Gründe dafür liegen sowohl in der desintegrierten Versorgungslandschaft wie den fehlenden Anreizen für Leistungserbringer. [9]

[7] Wienberg 2008, http://psychiatrie.de/data/pdf/85/05/00/info_1_2008_01.pdf
[8] Thornicroft et. al., 2004, Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence, British Journal of Psychiatry (2004), S. 185 , S. 283 – 290
[9] Vgl. Becker 2008

So besteht für Hometreatment eine starke Evidenz, dass

- stationäre Behandlungszeiten reduziert werden,
- Behandlungsabbrüche seltener sind,
- erlebte Belastungen bei den Angehörigen geringer sind,
- die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen höher ist,
- die Kosteneffektivität höher ist. [10]

Als weitere Idee zur Überwindung der Schnittstellenproblematik und einem Anreizsystem zur Umsteuerung auf ambulante Versorgungsformen kann auch das innovative Projekt des regionalen Psychiatriebudgets genannt werden. Ein gut evaluiertes Beispiel stellt dabei das regionale Psychiatriebudget in Itzehoe dar. In dieses Modell wurden zwar keine Leistungsanbieter der vertragsärztlichen Versorgung und der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe einbezogen, dennoch zeigt das Modell, dass durch eine gewisse Steuerung, in diesem Fall durch ein Vergütungsmodell nach dem Capitationsystem – die Gleichstellung der stationären und ambulanten Behandlung – ein wesentlicher Teil der Behandlungsleistungen in den ambulanten Bereich verlagert werden kann.

Für beide Beispiele muss jedoch angemerkt werden, dass die Studien zum Hometreatment und auch zum regionalen Psychiatriebudget zwar von deutlichen Kosteneinsparungen durch eine Reduzierung im stationären Bereich zu Gunsten einer verstärkten ambulanten Behandlung in den ersten Jahren berichten, der Effekt sich im Laufe der Jahre jedoch abschwächt, so dass die Frage zur Kosteneffektivität für einen längeren Zeitraum noch offen ist. [11]

Auf Bundesebene ist die fachliche Diskussion in der Psychiatrie aktuell stark von den Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nach § 140 a ff des SGB V geprägt. Insbesondere durch den politisch gewollten Einstieg der Pharmaindustrie in die psychiatrische Versorgung, die nun in Niedersachsen erstmals mittels eines hoch dotierten Vertrages zwischen der AOK und einer Tochterfirma von Jansen-Cilag (u. a. Hersteller des atypischen Neuroleptikums Risperdal) die Steuerung großer Bereiche der ambulanten Versorgung anstrebt, hat diese Thematik an besonderer Dynamik gewonnen.

Tatsächlich kann die Integrierte Versorgung einen Ausweg aus der Problematik der Desintegration der Leistungen und der mangelnden Umsetzung der Prämisse ambulant vor stationär bei entsprechenden populationsbezogenen Modellen anbieten.

Auch die gGmbh des Projektevereins sieht in der Integrierten Versorgung ein hohes Potential zur Verbesserung der Versorgung für psychisch erkrankte Menschen und versucht mit der Awolysis GmbH, an der auch die Arbeiterwohlfahrt München, Augsburg und Nürnberg beteiligt ist, ein ambulantes Netzwerk zur aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung zu etablieren.

Allerdings darf durch die Fokussierung der Diskussion auf die Integrierte Versorgung der große Bereich der Eingliederungshilfeleistungen nach SGB IX und XII für seelisch erkrankte Menschen nicht vernachlässigt werden.

Spricht man von einer tatsächlichen Leistungsintegration ist es notwendig, Kassenleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe koordiniert zu erbringen. Trotz einer Vielzahl an Versuchen, als prominentes Beispiel seien hier die Gemeindepsychiatrischen Verbünde genannt, ist es bisher nicht gelungen, eine wesentliche Integration und Steuerung des Versorgungsgeschehens in beiden Leistungskomplexen zu erreichen.

Auch die Integrierte Versorgung ist dabei nicht der Königsweg, um die historisch gewachsene Fragmentierung des Leistungsgeschehens zu überwinden. Allerdings kann dieses neue Versorgungsmodell positive Impulse und förderliche Rahmenbedingungen schaffen, um die einzelnen Systeme besser zu vernetzen. Auch beinhaltet sie die Chance, notwendige Versorgungskonzepte umzusetzen, die aufgrund zersplitterter Zuständigkeiten, institutionsorientiertem Denken und mangelnder Innovationsfreude bisher nicht realisierbar waren. Deshalb gilt es neue Versorgungsideen aufzugreifen, um eine stetige Verbesserung der Situation psychisch erkrankter Menschen im Sinne der Sozialpsychiatrischen Reformideen zu erreichen.

Holger Steckermaier,
Prokurist und Fachreferent Ambulante Versorgung

[10] Becker et. al, Psychiatrische Praxis 3, 2011
[11] Becker et. al, Psychiatrische Praxis 3, 2011, König et. al. Psychiatrische Praxis 1, 2010

03

Das Netzwerk psychische Gesundheit – Integrierte Versorgung als Zukunftsmodell ambulanter Versorgungsstrukturen vincentro München

Allgemeine Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung

Die heutige psychiatrische Versorgung ist ohne die Diskussion über das Pro und Contra einer Integrierten Versorgung kaum vorstellbar. Sie wird zuweilen sehr kontrovers geführt. Unter anderem besteht die Skepsis, seelische Störungen in Verbindung mit ökonomischen Aspekten in Zusammenhang zu setzen, sollte doch das Wohl der erkrankten Menschen eigentlich an erster Stelle stehen [1]. Dabei spielt die Frage nach ökonomischen Gesichtspunkten insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung eine wachsende Rolle. Alleine für die Techniker Krankenkasse betrug der Anstieg der stationären Behandlungskosten im psychiatrischen Bereich zwischen 2005 und 2008 mehr als 20 % [2].

Doch die Fragen der Ökonomisierung und die hiermit heranzuziehenden Auslöser für wachsende Ausgaben in der Gesundheitsversorgung sind auch in Kontext mit historischen Einflüssen zu setzen und den damit verbundenen strukturellen Bedingungen in der psychiatrischen Versorgung. Die 1975 in der Psychiatrieenquête geforderte De-Institutionalisierung und der damit einhergehende Ausbau gemeindeorientierter ambulanter Versorgung unter Einbeziehung der Nutzer wie auch deren Angehörigen ist in der aktuellen Umsetzung nicht in gefordertem Maße installiert. Dem Grundsatz *ambulant vor (teil-)stationär* wurde somit nicht ausreichend Rechnung getragen.

Die Zersplitterung des Gesundheits- und Sozialwesens und die daraus resultierenden unterschiedlichen Zuständigkeiten bringen eine unübersichtliche Fragmentierung mit sich, die mit langen Wartezeiten oder einer fehlenden Koordination der Leistungen einhergeht. Dabei sind die Verantwortlichkeiten kaum mehr transparent und der Lebensalltag der Betroffenen ist zusätzlich belastet. Daher stellt sich neben aller Kritik die Frage nach einem ambulanten Versorgungsangebot, das einen Verbleib im gewohnten Lebensumfeld ermöglicht und nachhaltig zur Stabilisierung beiträgt. Genau deshalb ist es wichtig, einen gemeindeorientierten und integrativen Behandlungsansatz zu verfolgen und dem Recoverygedanken gerecht zu werden [3] [4].

Gemeindeorientierte integrierte Versorgung

Die integrierten gemeindeorientierten Behandlungsansätze aus dem skandinavischen, englischen oder angloamerikanischen Raum orientieren sich stark an den Bedürfnissen der Betroffenen. Man fördert ihre Autonomie und bezieht ihre sozialen und professionellen Netzwerke in die Behandlung mit ein. Gute Prognosen zeichnen sich hinsichtlich unterschiedlicher Faktoren ab, wie etwa der Behandlungszufriedenheit.

Konzepte wie das *Assertive Community Treatment* oder aber das *Home Treatment*, die in zahlreichen Studien auf ihre Evidenzbasierung überprüft wurden, könnten hierin geeignete Antworten darstellen. Sie können über einen längeren Zeitraum mittels zeitlicher Leistungsdichte, größerer Behandlungskonstanz und einem Fokus auf flexible Leistungen tätig werden [5] [6]. Damit soll eine im psychiatrischen Bereich seit langem geforderte sektor- und berufsgruppenübergreifende Versorgung ermöglicht, die ambulante vor der stationären Behandlung gestärkt und mittels gezielter Steuerung die Behandlungskette über die Sozialgesetzbücher hinweg ermöglicht werden (vgl. Klüsener 2010). Somit sollen Über-, Fehl-, und Unterversorgung vermieden und ein Anreizsystem für die Leistungserbringer zur Verbesserung der Versorgungsqualität geschaffen werden [7]. Dies bedeutet innerhalb einer Integrierten Versorgung auch, die Leistungserbringer in der weiteren Gestaltung des Angebotes einzubeziehen und die notwendigen strukturellen Voraussetzungen mittels einer teambasierten, multidisziplinären und gemeindeorientierten Versorgung zu schaffen [8].

[1] Vgl. Vogel, H., Wasem, J. (2004): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag
[2] Klüsener, J. (2009): Integrierte Versorgung: NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG) http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Kongress/Kongress_2010/Praesentationen/SY01-1-Sa-0930-KL%2026%20130_Johannes%20Kl%FCsener_Das%20TK-Versorgungsmodell.pdf
[3] Vgl. Kopelowicz, A., Libermann, R. (2003): Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. Psychiatric Services, 54: 11
[4] Vgl. Amering, M., Schmolke, M. (2006): Hoffnung-Macht-Sinn, Recoverykonzepte in der Psychiatrie. Managed Care 1: 21–22
[5] Vgl. Bock, T. in Faulbaum-Decke, W., Zechert, C. (Hg.) (2010): Ambulant statt stationär. Bonn: Psychiatrie Verlag
[6] Vgl. Klingberg et al. (2009) in Vorderholzer, U., Hohagen, F. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. München: Elsevier
[7] Vgl. Klüsener, J. in Faulbaum-Decke, W., Zechert, C. (Hg.) (2010): Ambulant statt stationär. Bonn: Psychiatrie Verlag

Diese Art der Versorgung soll dabei an Bezügen ansetzen, die innerhalb einer stationären Einrichtung nicht oder kaum möglich wären. Das bedeutet, die betroffenen Menschen in ihrem individuellen Lebensumfeld anzutreffen, mit ihren hierin bestehenden sozialen Bezügen, die als protektiver Faktor beschrieben werden können. Dies wiederum nimmt Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen und damit auch den Verlauf der Erkrankung und deren Beeinträchtigungen und fördert den Empowermentgedanken [9].

Das NetzWerk für psychische Gesundheit (NWpG) – vincentro

Anfang 2010 startete das *NetzWerk für psychische Gesundheit (NWpG)*, das im Rahmen eines Versorgungsvertrags zwischen der Techniker Krankenkasse, der Arbeiterwohlfahrt und der gGmbH des Projektevereins ins Leben gerufen wurde, seine integrierte Versorgung. Seit Oktober 2010 ist auch die KKH Allianz dem Vertrag beigetreten. Die Integrierte Versorgung stellt insgesamt eine Ergänzung der bereits bestehenden Versorgungsangebote dar und soll besonders im Krisenfall zur Vermeidung einer weiteren Zuspitzung mittels intensiver Behandlung und Betreuung rasche und bedürfnisangepasste Interventionen und Unterstützung sicherstellen. Den teilnehmenden Versicherten soll dabei eine koordinierte, sowie qualitativ und quantitativ verbesserte ambulante Versorgung ermöglicht werden. Angelehnt an gemeindeorientierten, integrierten Versorgungsmodellen, wie dem *Need-Adapted-Treatment* oder dem *Home Treatment* sollen gemeinsam mit den Betroffenen individuelle Wege aus der Krise beschritten werden [10]. Das multiprofessionelle Team des NWpG ist dabei aufsuchend tätig und bezieht sowohl direkte Angehörige als auch das weitere soziale Netz oder die professionellen Helfer in die Versorgung mit ein. Hinzu kommt die gewollte Einflussnahme der Patienten, die sich verstärkt für die eigenen Belange engagieren, etwa in der gemeinsamen Gestaltung von Krisenvereinbarungen. Dies bedeutet eine verstärkte Orientierung hinsichtlich der Patientenautonomie und der Bedürfnisorientierung, die im besonderen Maße der Lebensqualität Rechnung tragen.

Zum aktuellen Erhebungszeitraum nahmen in München mehr als 370 Versicherte an der Integrierten Versorgung teil, das Alter reichte von 20 bis 81 Jahren (vgl. Abb. 1). Die Diagnosen der eingeschriebenen Versicherten umfassten das gesamte Spektrum das ICD-10, ausgenommen waren aktuell organisch bedingte Störungen sowie primäre Suchterkrankungen (vgl. Abb. 2).

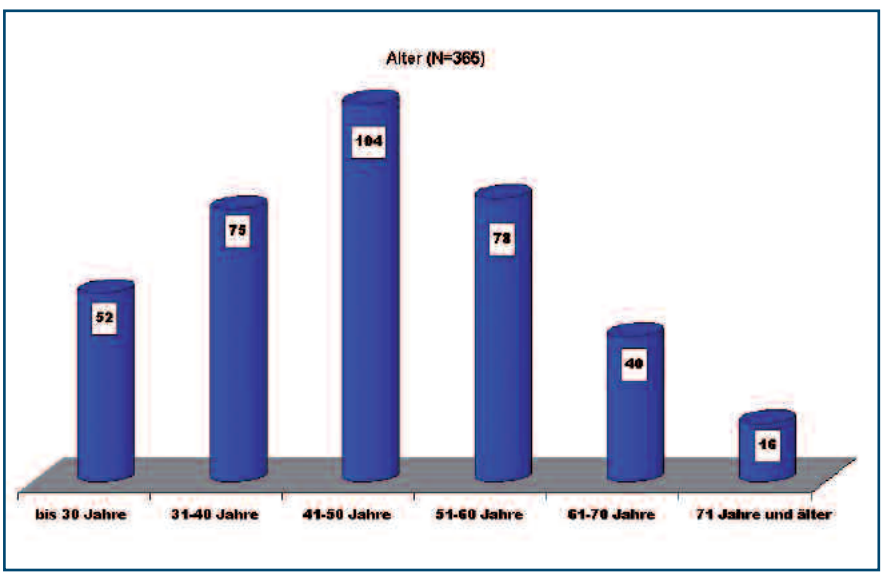


Abbildung 1

[9] Vgl. Rüesch, P. in Gaebel, W., Möller, H. J., Rössler, W. (Hrsg.) (2005): Stigma – Diskrimierung – Bewältigung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

[10] Vgl. Aderhold, V., Greve, N. (2004): Was ist »Need adpapted treatment«? Das Modell zur bedürnisangepassten Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen. In Soziale Psychiatrie 1/2004

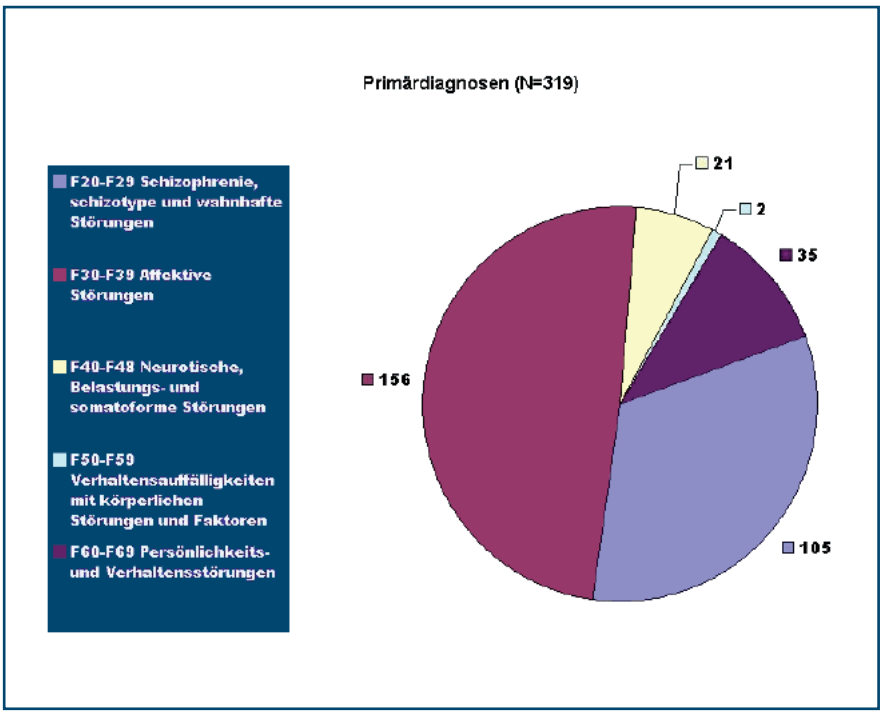


Abbildung 2

Das *NetzWerk für psychische Gesundheit* hat sich innerhalb des vergangenen Jahres rasch vergrößert, da sich innerhalb kurzer Zeit viele Versicherte der Krankenkassen für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung entschieden haben. Dies mag auch auf eine intensive Kooperationstätigkeit mit dem Fachärztenetz *Brain Insight GmbH* zurückzuführen sein, die ihre Patienten von der verbesserten Versorgung überzeugen konnten. Auch die Anzahl der teilnehmenden niedergelassenen Fachärzte ist gestiegen. Sie sahen die Integrierte Versorgung nicht nur im Sinne ihrer Patienten als förderungswürdig, sondern auch als Möglichkeit den vielfach geforderten Ausbau ihrer fachärztlichen Leistungen umzusetzen, um damit eine optimierte Versorgung zu ermöglichen.

Mit der stetigen Zahl der Nutzer wuchs auch der Bedarf an Personal. So wurde der NWpG-Mitarbeiterstab innerhalb des letzten Jahres von einem auf zehn hauptamtlichen Mitarbeiter aufgestockt. Zudem werden sie von einer beträchtlichen Anzahl von Honorarmitarbeitern unterstützt.

Ziele der Versorgung

Durch die Koordination von Leistungen, aber auch durch die Sicherstellung individuell ausgehandelter, rasch verfügbarer Versorgung, die bis hin zu 24 Stunden täglich angeboten wird, sollen die Nutzer in Krisenzeiten mittels intensiver Unterstützung und Behandlung einerseits genesen können und andererseits mittels einer gemeindeorientierten Versorgung in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Damit sollen vermeidbare Klinikaufenthalte umgangen oder aber verkürzt und die Nutzer befähigt werden, ein selbst bestimmtes Leben zu führen. Die Versorgung zielt auf eine Alternative zu stationären Aufenthalten ab, die bisher aufgrund fehlender intensiver Betreuung bei akuteren Krisen oftmals unvermeidbar waren. Zudem soll dem Risiko der Chronifizierung entgegengewirkt und der Recovery-Gedanke innerhalb des gewohnten Lebensumfeldes durch

Beratungszimmer in der Koordinationsstelle.

gezielte, individuelle und bei Bedarf intensiver Unterstützung und Behandlung gestärkt werden, die die bestehenden Behandler aber auch das soziale Netz, also Angehörige und Freunde miteinbezieht [11]. Weiter sollen damit Krisen bedingende Faktoren im direkten Umfeld erkannt und soweit wie möglich bearbeitet werden. Zusammengefasst betrachtet soll die Versorgungssituation und die damit verbundenen Behandlungsabläufe bei Menschen mit psychischen Störungen verbessert werden. Dabei soll der Verbleib im sozialen und beruflichen Umfeld gefördert und die betroffenen Menschen dort stabilisiert werden.

Die Bausteine des NWpG

Unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams aus Fachkrankenschwestern/-pflegern, Psychologen/-innen, Fachärzten/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Ergotherapeuten/-innen werden einzelne Bausteine flexibel gewährleistet. Eine kontinuierliche Begleitung wird über Bezugspersonen gesichert, die sich stets eng mit dem Team sowie dem fachärztlichen Supervisor abstimmen. Wesentliche Bausteine der Versorgung zielen dabei auf eine psychiatrische Betreuung und Behandlung zu Hause, dem so genannten **Home Treatment** ab, einer Betreuung und Behandlung in einem »non-hospital-setting«, den so genannten **Rückzugsräumen**, sowie eine niederschwellige, flexible und auch aufsuchende Arbeit bei bedarfsabhängiger Indikation für häusliche **psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie** und **Psychoedukation** sowie **kurzzeitiger psychotherapeutischer Intervention**.

Seit einiger Zeit werden zudem **unterschiedliche Gruppen** zu Themen wie Achtsamkeit und Stabilisierung, wie auch eine regelmäßige Freizeitgruppe am Wochenende angeboten.

Um die strukturellen und organisatorischen Abläufe der Integrierten Versorgung ebenso zu gewährleisten wie auch die Koordination der Leistungen zu optimieren und sicherzustellen, besteht innerhalb des NwpG eine **Koordinationsstelle**, in der auch das **Casemanagement** angesiedelt ist. Ein wesentlicher Baustein der Versorgung stellt die **24-stündige Erreichbarkeit** von Fachkräften dar, die rasche Interventionen gewährleistet.

Aktuelle Erfahrungen und Ausblick

Obwohl die ersten Auswertungen aus dem vorangegangenen Jahr eine positive Bilanz ergab, ist diese zum jetzigen Stand des Projektes noch wenig aussagekräftig. Jedoch weisen die ersten Erfahrungsberichte der Nutzer des NwpG auf einen zukunftsträchtigen Weg hin und sollen anhand einer kurzen Epikrise beispielhaft dargelegt werden.

Die 38-jährige Patientin beschreibt sich bei den Kennenlerngesprächen im NWpG als weitgehend stabil. Vor 17 Jahren sei bei ihr eine bipolare Störung diagnostiziert worden, die immer wieder zu langen stationären Aufnahmen auch gegen ihre Willen geführt hätten. Sie nehme ihre Medikamente regelmäßig und schaffe es dank der Unterstützung ihrer Psychiaterin und Psychotherapeutin einen zufriedenstellenden Lebensalltag zu meistern. Sie geht unter anderem einem Minijob als Verkäuferin wie auch ihren Hobbys nach.

Bei der gemeinsamen Krisenvereinbarung ist auch ihr Mann anwesend. Es wird unter anderem verabredet, dass auch er sich an das NWpG wenden kann, wenn sich ihr Zustand rasch verändern sollte. Im weiteren Verlauf wird die Patientin alle paar Wochen telefonisch kontaktiert und kommt in längeren Abständen zur Beratung.

Nach einiger Zeit wendet sich der Mann auf Wunsch der Patientin telefonisch an das NWpG und schildert, dass seine Frau seit einigen Tagen unter Schlafstörungen leide, sehr unruhig sei und mit Engeln gesprochen habe. Sie nehme ihre Medikamente wohl nur sehr unregelmäßig und war längere Zeit nicht bei ihrer Psychotherapeutin und Psychiaterin. Es war unklar, inwieweit sie ihre Arbeit bewältigen konnte.

Da die Patientin einverstanden ist, wird ein Hausbesuch ihrer Bezugsperson und einem weiteren Teamkollegen am selben Tag vereinbart. Die Patientin ist diesen gegenüber freundlich und zugewandt, zeigt jedoch massive Konzentrationsstörungen, Unruhe und Ängste. Nach einem längeren Gespräch kommt man gemeinsam zu dem Schluss, die behandelnde Psychiaterin, die gleichzeitig auch Kooperationsärztin ist, zu kontaktieren. In Absprache mit dieser begleiten die NWpG-Mitarbeiterinnen die Klientin noch am selben Tag in deren Praxis. Die Ärztin überprüft die Medikation, verordnet

[11] Vgl. Ruprecht in Faulbaum-Decke, W., Zechert, C. (Hg.) (2010): Ambulant statt stationär. Bonn: Psychiatrie Verlag

Ein Patientenzimmer in den Rückzugsräumen.

eine Bedarfsmedikation und stellt eine Krankschreibung für zunächst zwei Wochen aus.

Für die darauf folgenden Tage wird gemeinsam – auch zur Entlastung des Ehemannes – die Aufnahme in den Rückzugsräumen vereinbart. Dort bessert sich ihr Zustand rasch, gleichwohl ist sie weiter unruhig und wirkt getrieben. Auch die Psychiaterin kommt in die Rückzugsräume, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Nach drei Tagen wird gemeinsam mit der Patientin, sowie dem Ehemann und der Ärztin eine ambulante (tägliche) Soziotherapie verabredet, da die Klientin ihr gewohntes Umfeld, wie auch ihren Mann als sehr stabilisierend erlebt. Die Begleitung durch die Mitarbeiterinnen des NWpG wird noch einige Zeit intensiv aufrechterhalten, zunächst noch mehrere Tage, schließlich nur mehr wenige Stunden in der Woche. Nach drei Wochen schließlich fühlt sich die Patientin zunehmend wohler und kann ihrem Wunsch entsprechend nach vier Wochen ihre Arbeit wieder aufnehmen. Außerdem geht die Patientin nun regelmäßiger zur Psychiaterin. Auch die Psychotherapeutin wurde auf Wunsch der Patientin über den Krisenverlauf informiert und in die weitere Behandlungsplanung einbezogen. Da die Patientin im weiteren Verlauf äußert, sich manchmal tagsüber alleine zu fühlen und mit dem Haushalt überfordert zu sein, wird mit ihr im Folgenden überlegt, welche Hilfen aus den bestehenden Angeboten für sie in Frage kommen könnten und soweit erforderlich in die Wege geleitet.

Für die Zukunft ist von einem weiteren Wachstum des NWpG auszugehen und Fallbeispiele zeichnen eine gute Prognose hinsichtlich der Implementierung einer ambulanten Versorgung. Sicherlich bedarf es einer weiteren intensiven Vernetzungsarbeit insbesondere mit den Einrichtungen der Eingliederungshilfe, aber auch aus dem Gesundheitsbereich. Dies benötigt einen intensiven Ausbau personenzentrierten Denkens und Handelns aller Beteiligten sowie der Förderung von Selbstbestimmung der Betroffenen, die in solch einem Unterstützungsangebot einen klaren Mehrwert für sich erkennen können.

Die Integrierte Versorgung unter Einbeziehung bedürfnisorientierter Behandlung im Sinne eines offenen Dialoges, birgt Chancen, die erwähnten Aspekte hinsichtlich einer Stärkung von Empowerment und Recovery zu befördern. Sie kann weiter dazu dienen, sektorale Gräben zu überwinden, die sich einerseits zwischen medizinischer und sozialer Professionalität, andererseits auch zwischen den stationären und ambulanten Bereichen durchziehen [12] (vgl. ebd.)

Steffi Lerf,
Stv. Leitung vincentro München
AWOLYSIS GmbH

[12] Vgl. Dörner, K. (2010): Statement zur Vorstellung des Netzwerks für psychische Gesundheit. http://www.projekteverein.de/8_dokumente/infomaterial/2010_statement-von-prof-klaus-doerner-zum-nwpg.pdf

04

Sozial- und Gerontopsychiatrische Dienste – Welche Anpassungen sind notwendig?

Alte und neue Hüte – die Sozialpsychiatrischen Dienste zwischen Bewahren und Anpassen

Ein Tag im Sozialpsychiatrischen Dienst München-Land Süd in Ottobrunn

Am Morgen treffen sich die Mitarbeiter/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes München-Land Süd zu einer kurzen organisatorischen Besprechung: Termine werden abgeglichen, Neuanmeldungen vorgestellt und an die einzelnen Kollegen der Beratungsstelle vergeben und die Dienstfahrzeuge verteilt.

Die Verwaltungskraft informiert über die eingegangenen Nachrichten auf dem Anrufbeantworter. Dann beginnt die Arbeit mit und für die Klientinnen und Klienten.

Frau Z. macht heute Vormittag einen Hausbesuch bei einer Klientin in Hohenschäftlarn, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ihre Arbeit verloren hat und jetzt nach einer neuen Perspektive sucht.

Herr N. hat mehrere Beratungen im Dienst, in denen es immer wieder um die Bewältigung der psychischen Erkrankung und ihrer Folgen geht.

Frau G. vom Betreuten Einzelwohnen begleitet eine Klientin zum Arzt und Herr K. muss mehrere Hilfeplanberichte schreiben.

Frau R. von der Gerontopsychiatrische Fachstelle besucht eine alte Dame in Taufkirchen, deren Nachbarn sich besorgt im Sozialpsychiatrische Dienst gemeldet hatten, und setzt sich anschließend mit einem Pflegedienst in Verbindung.

In der Tagesstätte sind mittlerweile die Vorbereitungen für das Mittagessen angelaufen, während im Raum nebenan der Computerkurs endet und Tische und Stühle beiseite geschoben werden, um der Yoga-Veranstaltung Platz zu schaffen.

Das Telefon klingelt häufig, die Verwaltungskraft nimmt Neuanmeldungen auf und leitet unterschiedliche Anfragen an die entsprechenden Mitarbeiter/-innen weiter.

Im Wartebereich sitzen zwei Klienten und warten auf ihren Beratungstermin.

Am Nachmittag kommt ein Anruf von einer verzweifelten Mutter, deren Sohn sich äußerst ungewöhnlich verhält und bittet um einen unmittelbaren Hausbesuch. Nach einer organisatorischen Absprache machen sich zwei Kollegen eine halbe Stunde später auf den Weg.

Neben diesen direkten klientenbezogenen Leistungen gibt es diverse weitere Tätigkeitsfelder: Dokumentation und Hilfepläne, Teamgespräche und Supervision, Qualitätsentwicklung, Zusammenarbeit mit unterschiedlichen anderen Fachstellen, wie der Schuldnerberatung, der Fachstelle zur Vermeidung von Obdachlosigkeit, ebenso wie mit Behörden, wie der Agentur für Arbeit, dem Landratsamt und Jugendamt und Teilnahme an verschiedenen Gremien, wie Gemeindepsychiatrischer Verbund und PSAG München-Land.

Zwischen 17 und 19 Uhr findet ein intensiver Arbeitstag seinen Abschluss.

Die Mitarbeiter/-innen nehmen im Laufe eines Jahres natürlich auch an Fachtagungen teil. Im vergangenen Jahr fand in Hannover eine Tagung statt, die die Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste zum Thema hatte. Unter dem schönen Motto »Segel setzen« trafen sich Mitarbeiter/-innen von Sozialpsychiatrischen Diensten aus dem gesamten Bundesgebiet, um über eben jene zukünftigen Entwicklungen und Anforderungen zu diskutieren.

Aus dieser Tagung gingen die »Hannoveraner Thesen« hervor, aus denen ich einen Abschnitt zitieren möchte: »Kontaktaufnahme und niedrigschwellige Angebote durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sind nicht selten die einzige Verbindung der Betroffenen zur Gesellschaft und können im Verlauf der Begleitung eine minimale existentielle und soziale Absicherung anbahnen. (…) Sozialpsychiatrische Dienste gewährleisten ein breites Leistungsspektrum, vom sofortigen Einsatz in akuten Notfällen bis hin zu Schulungen und kollegialen Beratungen zu Problemlagen und Verhalten psychisch erkrankter Menschen.

Sozialpsychiatrische Dienste sind als zentraler Punkt im Netz der psychiatrischen Versorgungsstrukturen mit ihrer Schnittstellenfunktion als Institutionen

der kommunalen Daseinsvorsorge [1] unverzichtbar. In der Existenz der Sozialpsychiatrischen Dienste drückt sich die Sorge der Kommune um ihre Mitbürger mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen und deren Angehörige aus. Der Umgang mit den schwächsten und hilfebedürftigsten Bürgern in der Kommune ist Maßstab einer humanen Gesellschaft.«

Dieses Zitat beinhaltet meines Erachtens wesentliche Punkte in Bezug auf mögliche und notwendige Anpassungen.

1. Was heißt sozialpsychiatrische Arbeit (heute) und für wen wird sie erbracht?

2. In wessen Verantwortung liegt die Versorgung psychisch kranker Menschen?

Und zusätzlich:

3. Wie gehen wir mit neueren politischen Forderungen um?

Seit mehr als dreißig Jahren arbeiten die Sozialpsychiatrischen Dienste auf Grundlage eines Verständnisses, dass »der psychisch kranke Mitmensch in jedem Einzelfall Anspruch auf eine respektvolle Begegnung und die erforderliche kompetente Hilfe hat. Diese Haltung entspringt der Einsicht, dass bei aller Konflikthaftigkeit das gesellschaftliche Zusammenleben durch die Anerkennung des Andersartigen in uns selbst und im Anderen vollständiger, reichhaltiger und damit lebenswerter wird.« (Elgeti, Herrmann; Beitrag in den »Sozialpsychiatrische Informationen« 1/2011)

Sozialpsychiatrische Arbeit bedeutet Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, eigenverantwortliches Leben und Teilhabe an der Gesellschaft zu erhalten und/oder zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, bieten die Sozialpsychiatrischen Dienste

- Beratungen bezüglich aller anfallenden Fragen und Anliegen der von psychischer Erkrankung/Störung betroffenen Personen, ihrer Angehörigen und ihres sozialen Umfelds;

- aufsuchende Arbeit in Form von Haus- und Klinikbesuchen;

- sowie die Koordination aller notwendigen medizinischen, therapeutischen und sozialen Hilfen.

Diese Haltung und Arbeitsform stellte sich über die Jahre als dienlich und für die Klienten als erfolgreich heraus. Sie führte in vielen Fällen zur Verbesserung der Lebenssituation und damit einer höheren Lebensqualität der Menschen. Neben der Bewahrung eines solchen Erfolgsmodells gilt es selbstverständlich das Augenmerk auf die zukünftigen Anforderungen, die der gesellschaftliche und politische Wandel mit sich bringen, zu richten.

Im Lauf der Jahre hat sich – nicht zuletzt durch oben genannten Wandel – die Struktur der Dienste verändert: Aus mehr oder minder kleinen Beratungsstellen wurden Sozialpsychiatrische Zentren mit Tagesstätten, Betreutem Einzelwohnen, Case Management und anderem mehr, die umfassend auf die jeweilige Bedürfnislage der psychisch erkrankten oder veränderten Menschen abzielen. So haben sich auch die Aufgaben der SpDis verändert – die oft lang andauernde Begleitung chronisch kranker Menschen macht heutzutage einen geringeren Anteil aus. Dagegen hat der Anteil der eher kurzen (drei bis sechs Monate dauernden) Beratungen zugenommen.

»Der Hilfebedarf steigt, nicht nur in Folge der Alterung, der zunehmenden sozialen und wirtschaftlichen Not (besonders bei Langzeitarbeitslosen) in Verbindung mit abnehmenden Ressourcen an Unterstützung im Lebensumfeld der Betroffenen.« (Elgeti, Herrmann; Beitrag in den »Sozialpsychiatrischen Informationen« 1/2011)

Deutlich ist, dass der Anteil derer, die aufgrund sozialer und wirtschaftlicher Notlagen und daraus resultierenden

[1] Über 90 % der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern sind nicht wie in fast allen anderen Bundesländern bei den Kommunen, sondern bei den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege angesiedelt. Sie erbringen somit keine verbindlichen Hilfeplanungs- und Organisationsleistungen für die Eingliederungshilfe, also keine Pflichtleistungen gem. § 53 SGB XII und auch keine verbindlichen Leistungen in Zusammenhang mit dem bayerischen Unterbringungsgesetz.

reaktiven Störungen in die Sozialpsychiatrischen Dienste kommen, ständig steigt. Auch der Anteil von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund und von alten Menschen mit demenziellen Veränderungen und/oder psychischen Störungen steigt weiterhin.

Im Beratungsgespräch.

Die Erweiterung der Sozialpsychiatrischen Dienste um spezifische Kompetenzen bezüglich Migration und die Erweiterung der gerontopsychiatrischen Dienste und gerontopsychiatrischen Fachstellen, wären wünschenswerte Schritte in die entsprechende Richtung. Dies findet bislang noch geringen Niederschlag in der (personellen) Ausstattung der Dienste. Für die in diesen Fällen notwendige Anpassungsleistung sind auch die Kostenträger gefragt, um schwerpunktmäßig weitere spezifische Dienstleistungen ausbauen zu können.

Zukunft der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung

Wie werden sich die besonderen Bedürfnisse der älteren und hoch betagten psychisch kranken Menschen in den nächsten Jahren verändern und welche Anpassungen sind notwendig?

Nicht nur die Zahl der älteren Menschen mit psychiatrischen Störungen sondern auch deren Hilfebedarf wird sich ändern (Baby-Boomer Jahrgänge 1946 – 1964).

Uns ist wichtig festzuhalten, dass Depressionen die häufigste psychische Erkrankung sind und nicht wie so oft angenommen die Erkrankungen aus dem dementiellen Formenkreis.

Das Hilfsangebot muss entsprechend der verschiedenen Krankheitsbilder (Hirnorganische Erkrankungen und nichtorganische psychische Störungen) und deren Auswirkung auf die Alltagsbewältigung bereitgestellt werden, und zwar ambulant, teilstationär und stationär.

Eine angemessene gerontopsychiatrische Versorgung ist nicht allein über das Alter zu definieren, da weder das Alter noch die dazugehörigen Prozesse eindeutig definiert sind. (Wann ist man alt? Ab dem 55., 60. oder 65. Lebensjahr?)

Laut Statistischem Bundesamt hat heute schon jeder fünfte Mensch das Alter von 65 Jahren erreicht. 2040 wird es jeder dritte sein. Besonders auffällig ist auch die Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) die heute bei 5 % und 2040 bei 11 % liegen wird.

Schon heute liegt bei ca. einem Viertel der Menschen über 65 Jahren eine behandlungsbedürftige, psychiatrische Erkrankung vor.

Prof. Dr. med. Hans Gutzmann (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -Psychotherapie e. V.) prognostiziert, dass aufgrund epidemiologischer Hochrechnungen die Zahl der psychisch erkrankten Älteren in den nächsten 30 Jahren um ca. 275 % steigen wird. Zum einen wird durch die

höhere Lebenserwartung die Zahl der älteren psychisch Kranken steigen, zum anderen wird die Mortalität jüngerer psychisch Kranker im Rahmen der besseren medizinischen Versorgung und Prävention sinken.

Um eine professionelle Versorgung sicherzustellen braucht man tagesstrukturierende wohnortnahe/dezentralisierte Angebote.

Die meisten Klienten möchten so lang wie möglich zu Hause leben und werden in der Regel von Angehörigen und/oder professionellen Diensten im Alltag unterstützt. Dies wird sich nicht ändern – im Gegenteil. Allerdings werden sich die Familienstrukturen in den nächsten Jahren weiter dahingehend entwickeln, dass aufgrund der hohen Mobilität der Familienmitglieder, die Isolierung alter Menschen, vor allem in Großstädten, aber auch immer mehr in ländlichen Regionen zunehmen wird. Die aufsuchende ambulante Arbeit wird weiterhin im Mittelpunkt stehen und muss weiter gewährleistet werden.

Eine neue Herausforderung wird auch die Zunahme der Beratungen von älteren psychisch erkrankten Migranten sein.

Es ist nicht mehr typisch, dass Migranten nach Erreichen des Rentenalters in ihre Heimat zurückkehren. Meist ist der Lebensmittelpunkt der ganzen nachfolgenden Generation hier. Mehrsprachige/muttersprachliche Beratungsangebote müssen wohnortnah ausgebaut werden. So wird zum Beispiel der 80-jährige türkische Mann mit Depressionen, wohnhaft in Schäftlarn, kaum in die Stadt nach München zur Beratung fahren, geschweige denn dort ankommen.

Durch den Gerontopsychiatrischen Dienst kann eine ganzheitliche Versorgung durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet werden.

Eine Tagesstätte speziell für ältere psychiatrisch Erkrankte sollte integriert sein. Zum einen als Entlastung für Angehörige und zum anderen als tagesstrukturierendes Angebot.

Ältere Menschen dürfen nicht weiterhin als Versorgungslast gesehen werden. Die WHO (World Health Organization) betont die Notwendigkeit, ein unterstützendes Umfeld für ältere Menschen mit – und ohne – psychische Erkrankungen zu schaffen und sicherzustellen, dass adäquate Hilfsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich für die Betroffenen und ihre Angehörigen wohnweltnah und niederschwellig verfügbar sind.

Der Versorgungsbedarf psychisch kranker alter Menschen wird steigen. Eine quantitative und qualitative Versorgung dieser Menschen wird die Politik, die Gesellschaft, die Kostenträger und die Dienstleister vor neue Herausforderungen stellen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Veränderungen hinsichtlich der Klientel neben der noch engeren Kooperation mit anderen Fachdiensten häufig eine (zeit-) intensive Arbeit an komplexen Problemlagen beinhaltet, die nicht unmittelbar zu den sozialpsychiatrischen Aufgaben gehören. Gerade in ländlichen Regionen ist jedoch eine Weitervermittlung an andere Fachstellen vielerorts nicht umsetzbar, da die Strukturen dort nicht oder in weitaus geringerem Maße vorhanden sind. Darüber hinaus ist eine zunehmende Überlastung des regionalen (psycho-) sozialen Versorgungsnetzes, (z. B. bei Nervenärzten, Allgemeinen Sozialdiensten, Arbeitsprojekten, Schuldnerberatungen) zu verzeichnen.

Der gesellschaftliche Wandel, einige Stichworte dazu sind Individualisierung, Globalisierung und Digitalisierung, der mit »rasanter Beschleunigung und Verdichtung« (Heiner Keupp) einhergeht, mit Veränderungen in der Arbeitswelt, hohem Leistungsdruck, mit einer Auflösung gesicherter Rollenschemata und immer noch steigerungsfähigem »schneller, höher, weiter« führt zu einem erschreckenden Anstieg psychischer Erkrankungen, vorneweg affektive Störungen, wie Depressionen und Angststörungen, Burnout, sowie psychosomatischen Erkrankungen.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die psychisch auffällig werden, wächst ebenfalls.

Welche Funktion sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste bei diesen Entwicklungen übernehmen? Beraten sie »lediglich« die neu hinzukommenden Klienten oder widmen sie sich vermehrt der Prävention? Wie lässt sich die Aufgabe der kommunalen Daseinsfürsorge mit einer fehlenden Bereitschaft entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen, vereinbaren?

Wie könnte eine sozialpsychiatrische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen aussehen? Ist es beispielsweise nicht eine längst überfällige Entscheidung »Online-Beratungsmöglichkeiten« einzuführen?
Ein mittlerweile alter, aber immer noch aktueller Hut ist

die Frage nach der systematischen Kooperation der Sozialpsychiatrischen Dienste mit den Kliniken und niedergelassenen Nervenärzten, denn darin liegen nach wie vor große Chancen für eine Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität. Kritisch ist weiterhin der Umstand zu betrachten, dass die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpsychiatrischen Dienste und den Kliniken immer noch weitgehend auf persönlich aufgebauten Beziehungen und zu wenig auf institutionell eingerichtete und koordinierte Prozessabläufen im Entlassmanagement ruht.

Welche Funktionen sind in diesem Zusammenhang den Sozialpsychiatrischen Diensten (beispielsweise im Vergleich zu anderen Bundesländern) zugedacht? Wie können die ambulanten Strukturen im Sinne besserer Kooperation gestärkt werden?

Welche Auswirkungen haben die »großen politischen Anstöße« wie ICF und UN-Behindertenkonvention auf die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste? Hat dieser mittlerweile häufig zitierte Paradigmenwechsel von einer stärker fürsorglich geprägten Haltung hin zu Teilhabe an der Gesellschaft Eingang gefunden in die tägliche Arbeit?

Geben wir den Klientinnen und Klienten die größtmögliche Unterstützung bei der Teilhabe an der Gesellschaft? Wird das neue Schlagwort der »Inklusion« angewandt und umgesetzt? Hier bedarf es neben struktureller Anpassungen wohl auch eines wachen Geistes und einer inneren Bereitschaft sich neben den täglichen Anforderungen auch noch ein politisches Interesse zu bewahren, in Diskussion zu treten mit Kolleginnen und Kollegen über mögliche Umsetzungen dieser, nun gesetzlich festgeschriebenen, Teilhabe an der Gesellschaft. Die Aufforderung, Gesellschaft so zu gestalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen (und damit verbundenen möglichen Einschränkungen) daran teilhaben können, bedeutet für die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht zuletzt den kritischen Blick auf die eigenen Institution zu richten.

In der aktuellen Entwicklung des *Expierenced Involvement* liegt eine Chance, dem Gedanken der Teilhabe einen Schritt näher zu kommen. Doch inwieweit ist es möglich und sind wir als Profis willig, Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu Kolleginnen und Kollegen zu machen?

Integrierte Versorgung

Eine aus unserer Sicht weitere Anpassung oder vielleicht besser Positionierung, bezieht sich auf die Integrierte Versorgung.

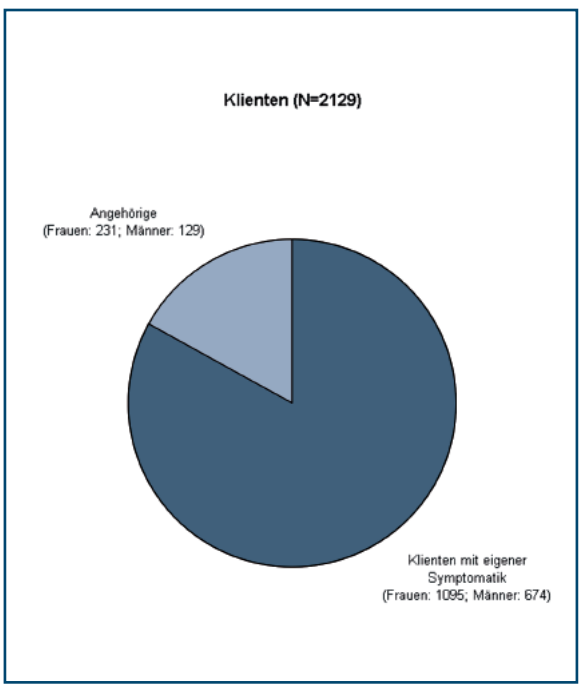
Die Integrierte Versorgung beinhaltet Versorgungsstrukturen, die bereits seit langer Zeit von sozialpsychiatrischer/gemeindepsychiatrischer Seite gefordert werden. Problematisch an der Integrierten Versorgung ist, dass sie nur einem (bislang) relativ kleinen Teil der Klientel zugute kommt. Es braucht die Zugehörigkeit zur richtigen Krankenkasse! Kommt es zu einer deutlich Erweiterung, z. B. durch Vertragsabschluss mit einer der großen Krankenkassen, taucht die Frage auf, wozu dann noch Sozialpsychiatrischen Dienste notwendig sind, da die Integrierte Versorgung die (Krisen) Versorgung der eingeschriebenen Patienten/-innen übernimmt. Was unterscheidet also die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste von der Integrierten Versorgung? Wie könnte eine Verknüpfung dieser unterschiedlichen Angebote in Zukunft aussehen?

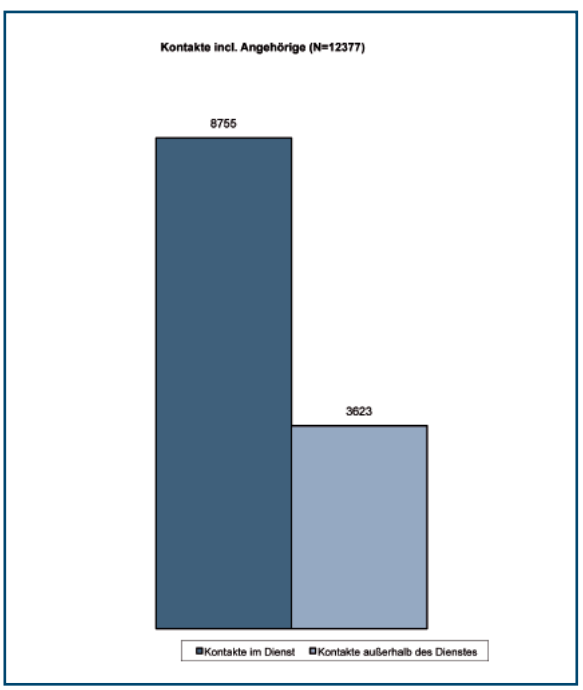
Wir sind am Ende unserer Gedanken und Ausführungen gelangt und stellen mit Erleichterung und freudiger Erwartung fest: Langweilig wird es uns in Zukunft bestimmt nicht werden!

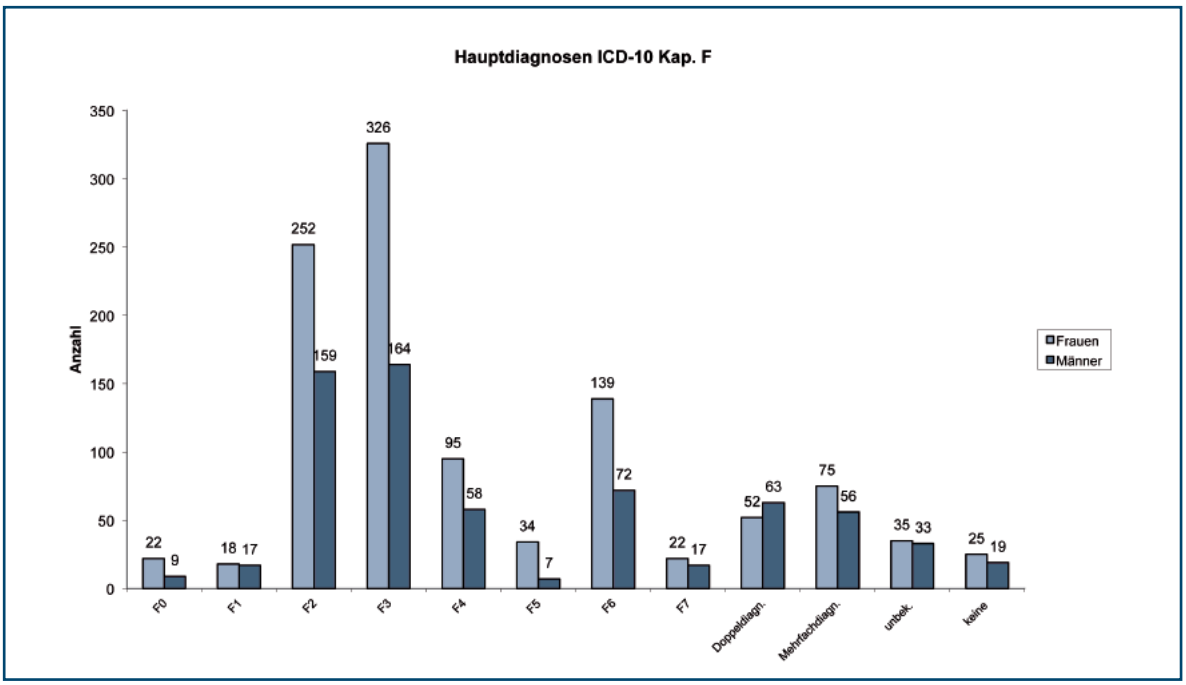
Eva-Marie Kayser,
Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst
München-Land Süd
und Britta Finzel,
Gerontopsychiatrische Fachstelle
München-Land Süd

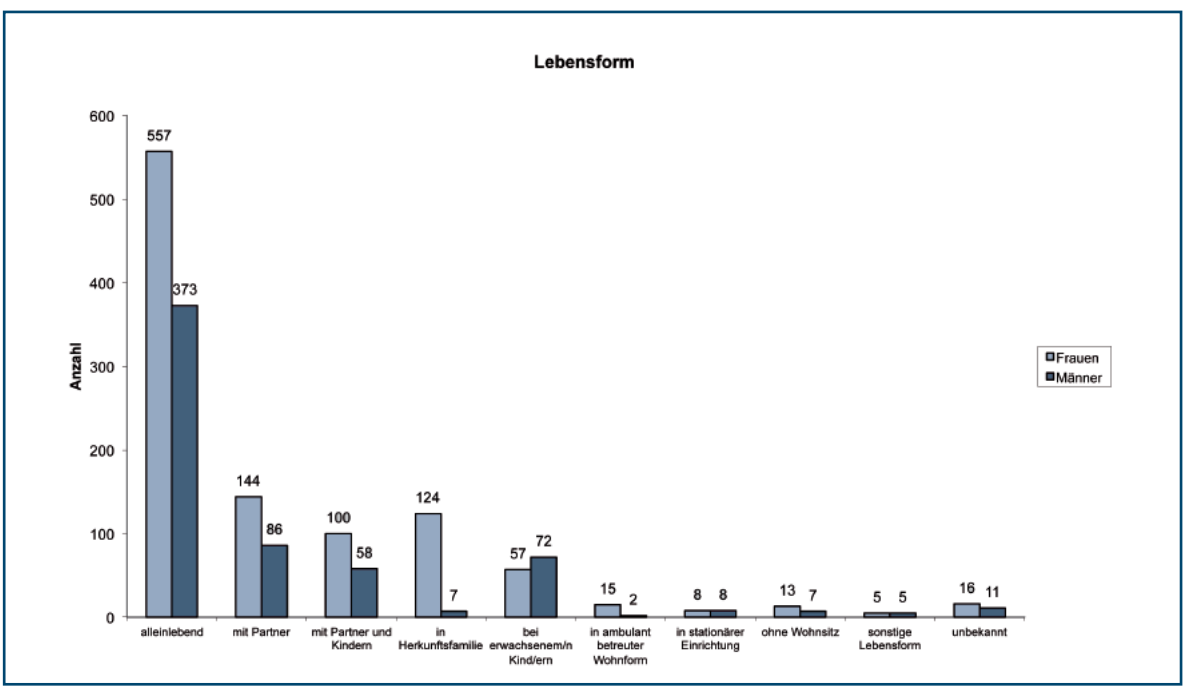
Ausgewählte Daten unserer Sozial- und Gerontopsychiatrischen Dienste im Jahr 2010

Daten der fünf Sozialpsychiatrischen Dienste

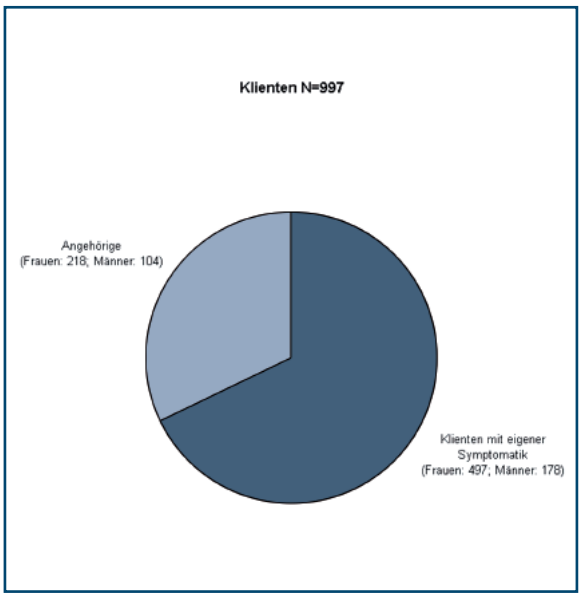


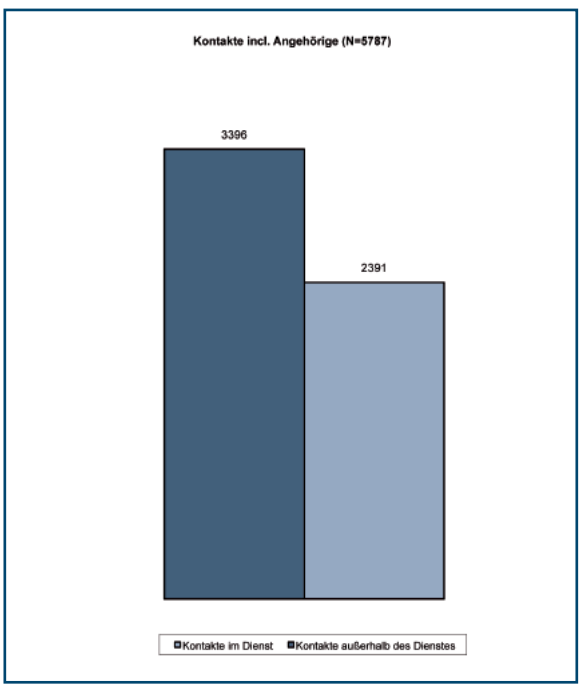


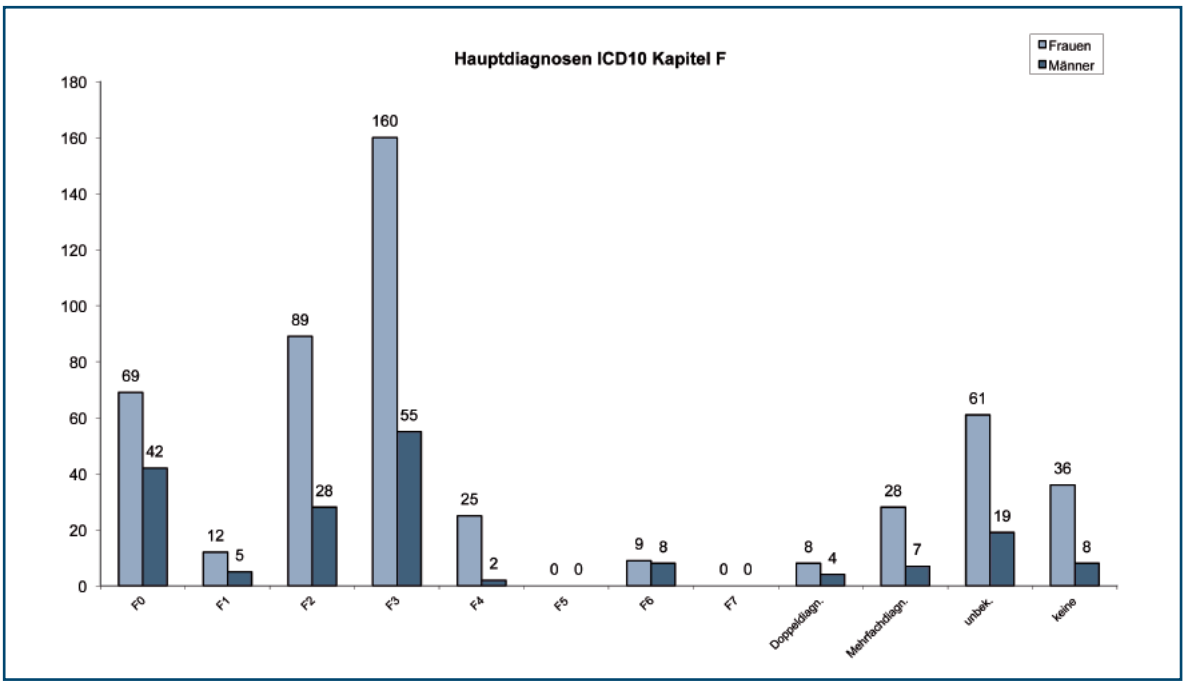

Hauptdiagnosen ICD-10 Kap. F
Anzahl
350
300
250
200
150
100
50
0
22
9
18
17
252
159
326
164
95
58
34
7
139
72
22
17
52
63
75
56
35
33
25
19
F0
F1
F2
F3
F4
F5
F6
F7
Doppeldiagn.
Mehrfachdiagn.
unbek.
keine
Frauen
Männer


Lebensform
Anzahl
600
500
400
300
200
100
0
557
373
144
86
100
58
124
7
57
72
15
2
8
8
13
7
5
5
16
11
alleinlebend
mit Partner
mit Partner und Kindern
in Herkunftsfamilie
bei erwachsenem/n Kind/ern
in ambulant betreuter Wohnform
in stationärer Einrichtung
ohne Wohnsitz
sonstige Lebensform
unbekannt
Frauen
Männer

Daten der drei Gerontopsychiatrischen Dienste






Hauptdiagnosen ICD10 Kapitel F
Frauen
Männer
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
69
42
12
5
89
28
160
55
25
2
0 0
9 8
0 0
8 4
28 7
61 19
36 8
F0
F1
F2
F3
F4
F5
F6
F7
Doppeldiagn.
Mehrfachdiagn.
unbek.
keine

05

Psychiatrische Krisenintervention. Von der akuten Krisenhilfe zur ambulanten Alternative

Krisenhilfe als eigenständiger Versorgungsbereich in der Gemeindepsychiatrie hat sich in München mit der Gründung des Krisendienstes Psychiatrie München etabliert und wurde seitdem immer weiter ausgebaut. Schnelle und gezielte Hilfe für Menschen in seelischen Krisen und psychiatrischen Notlagen wird sowohl von wissenschaftlich-fachlicher Seite [1] wie auch von Politik [2] als notwendig angesehen.

Vorgeschichte

Die Gründung des Krisendienstes Psychiatrie München im Frühjahr 2007 war das Ergebnis eines längeren Entwicklungsprozesses. Ausgehend von bereits bestehenden regionalen Krisenversorgungsangeboten kam es zum Zusammenschluss verschiedener Einrichtungen und Träger aus dem ambulanten und stationären Bereich.
Beteiligt am Trägerverbund Krisendienst Psychiatrie München sind heute das Isar-Amper-Klinikum gGmbh Klinikum München Ost, die gGmbh des Projektevereins, die Soziale Dienste Psychiatrie gGmbh, die Diakonie Hasenbergl und der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V.

Meilensteine auf dem Weg zum Krisendienst Psychiatrie München

1994 Psychiatrisches Krisenzentrum Atriumhaus
2000 Mobiler Krisendienst Süd
2002 Gemeindepsychiatrischer Krisendienst München Ost
2004 Stadtweiter Mobiler Psychiatrischer Krisendienst
2007 Krisendienst Psychiatrie München mit stadtweiter Leitstelle

Die Notwendigkeit von qualifizierter psychiatrischer Soforthilfe bei seelischen Krisen und Notfällen zeigt sich durch die stetig steigende Inanspruchnahmen sowie die Vernetzungen und Kooperationen beim Krisendienst Psychiatrie München. Denn trotz vieler qualifizierter Einzelbausteine im Versorgungssystem – sozialpsychiatrische Dienste, spezielle Beratungsstellen, Ambulanzen, niedergelassenen Psychiater/-innen und Psychotherapeut/-innen – bleibt es ohne ein gut funktionierendes regionales Krisenversorgungssystem häufig dem Zufall oder regionalen Gegebenheiten überlassen, ob und wie Menschen in seelischen Krisen an die »richtige« Stelle gelangen oder ob sie überhaupt sofortige Unterstützung von Fachleuten bekommen. Ungünstige Folgen können dann die weitere Zuspitzung der Krise, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Manifestierung psychischer Erkrankungen sein.

Ziel der akuten Krisenhilfe ist es, Krisensituationen möglichst ambulant aufzufangen und damit stationäre Behandlung zu vermeiden oder einen notwendigen stationären Aufenthalt fachkompetent einzuleiten. Der Erstkontakt zum professionellen Hilfesystem entsteht meist in einer akuten Krise und ist ein Schlüsselerlebnis für die Betroffenen und bestimmt meist den weiteren Behandlungsverlauf. Ein von den Betroffenen oder ihren Angehörigen in der akuten Not als hilfreich erlebtes professionelles Angebot fördert Vertrauen in Behandlung und psychosoziale Hilfestellungen.

Anerkanntermaßen sind die wesentlichen Bausteine eines sozialpsychiatrischen ambulanten Krisenversorgungsnetzes [3]:

- Eine telefonische Krisenanlaufstelle rund um die Uhr;
- mobile, aufsuchende Krisenhilfe;
- persönliche Krisenberatung und -begleitung;
- Überbrückung bis zum Wirksamwerden anderer therapeutischer oder begleitender Maßnahmen;
- Vernetzung mit fachärztlich-psychiatrischer Hilfe: Schnelle Vermittlung in ambulante Behandlung bzw. in stationäre Angebote.

[1] Vgl. beispielsweise Rupp, M. (2003): Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, New York. S. 5ff

[2] BayStmAS Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2007): Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. www.stmas.bayern.de/behinderte/psychisch/psygrubay.pdf. S. 63ff

[3] Rupp a.a.O, S. 48ff; BayStmAS a.a.O., S. 64

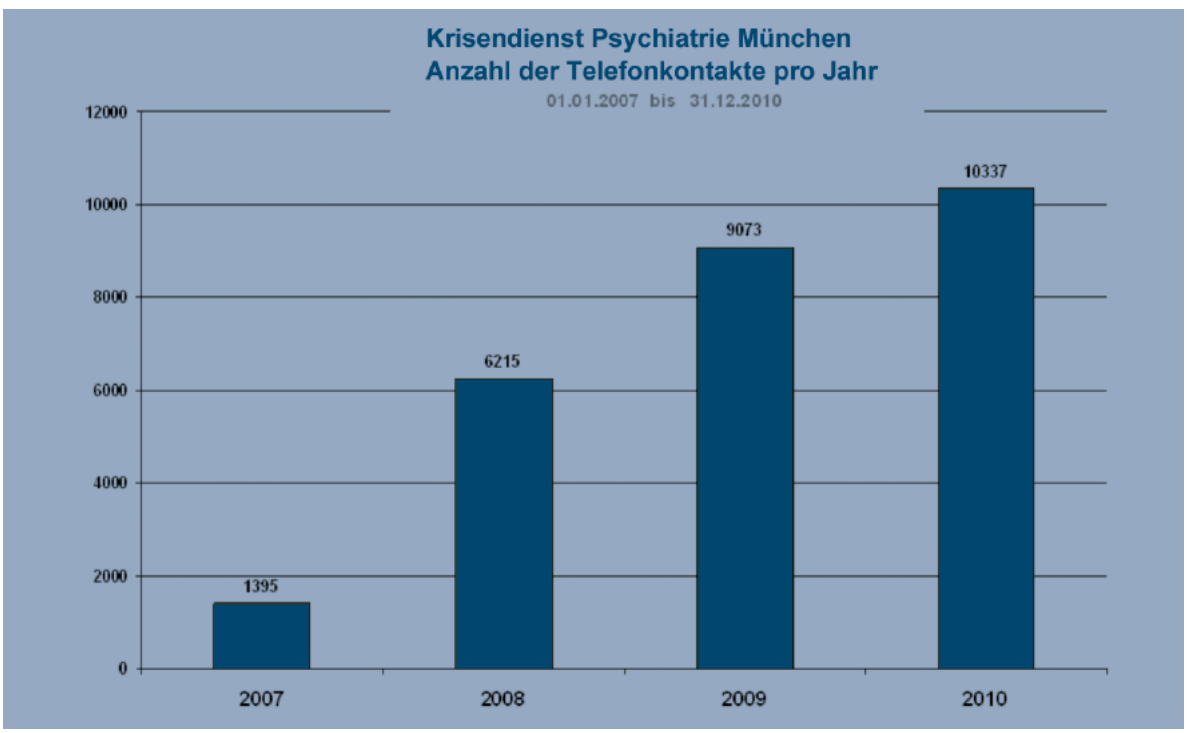
Obwohl es politisch prinzipiell gewünscht wird, ist eine flächendeckende Rund-um-die-Uhr Krisenhilfe in Bayern noch in weiter Ferne und scheiterte bisher an unzureichender Finanzierung [4]. In München ist es mit dem Krisendienst Psychiatrie München gelungen, geeignete Krisenhilfe mit dem Zeitfenster von täglich 9 bis 21 Uhr im Stadtgebiet frühzeitig, niedrigschwellig und unbürokratisch sowie abgestimmt auf die persönlichen Bedürfnisse zu gewährleisten.

Aktuelle Trends

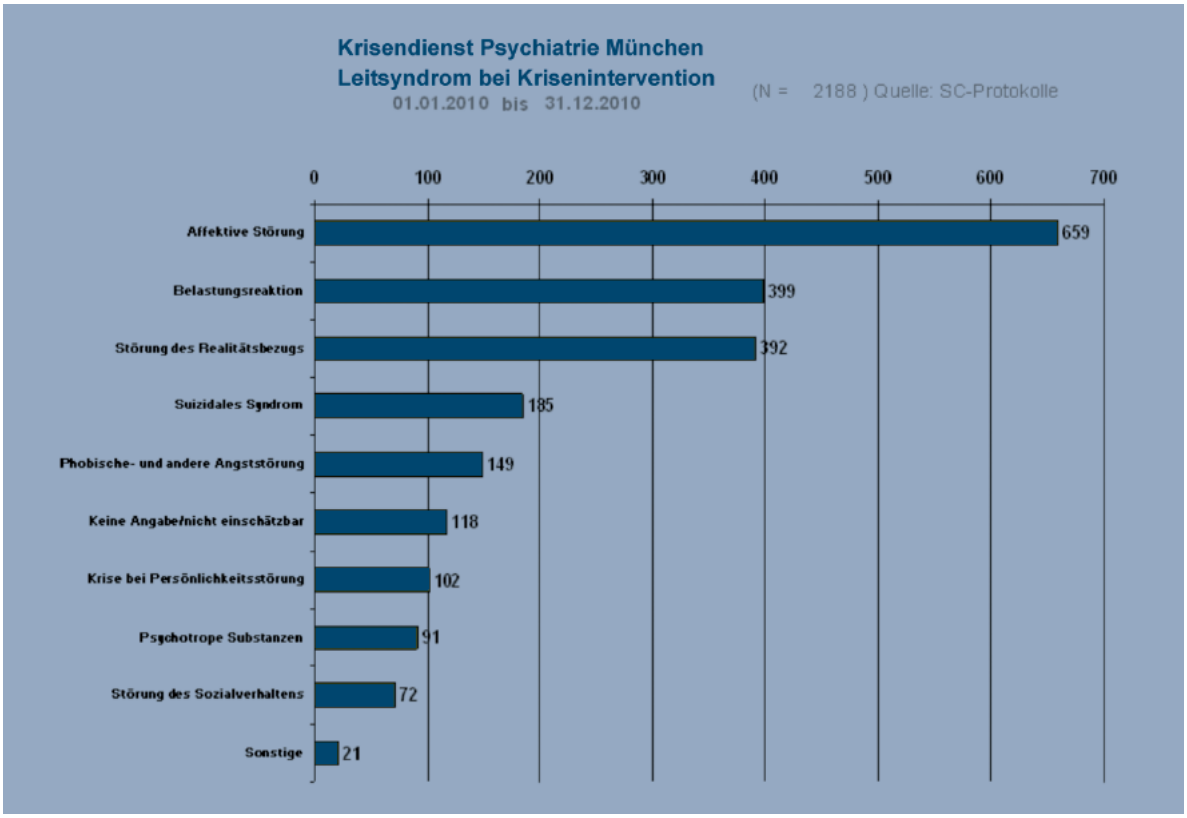
Die ständig steigenden Auslastungszahlen machen deutlich, dass der Krisendienst sich im psychiatrischen Versorgungssystem gut etabliert hat und das Angebot den Betroffenen, ihren Angehörigen sowie anderen professionellen Helfer/-innen weit reichend vermittelt werden konnte. Um die steigende Inanspruchnahme bei den Telefonkontakten – im vergangenen Jahr wurden durchschnittlich 860 ausführliche Telefonkontakte pro Monat verzeichnet – in der Leitstelle zu bewältigen, war eine Personalerweiterung um eine halbe Stelle im Frühjahr 2010 unerlässlich. Diese Stelle ist jedoch nur vorübergehend über eine Stiftung finanziert und die Weiterfinanzierung ist noch ungeklärt.

Entsprechend stiegen auch die akuten Krisenfälle, die einen Einsatz vor Ort (2010: 630 Einsätze) oder eine persönliche Krisenberatung (2010: 245 Krisengespräche) an den Standorten des Krisendienstes notwendig machten. Hierbei konnten die Krisen in den meisten Fällen ambulant aufgefangen und häufig eine ambulante Weiterbehandlung oder -beratung im psychiatrischen oder psychosozialen Hilfesystem in die Wege geleitet werden. Die Notwendigkeit einer Klinikaufnahme bestand nur bei 16 % der persönlich aufgesuchten Personen, die stationären Aufnahmen erfolgten dabei zum überwiegenden Teil (70 %) freiwillig.

Die Bandbreite der Anliegen und Nöte der Menschen,



[4] LAG FW Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern (24.02.2011): Stellungnahme zur Anhörung »Situation der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung im Freistaat Bayern«. S. 5ff



die sich an den Krisendienst wenden, ist vielfältig. Außer Stabilisierungs- und Entlastungsgesprächen von Betroffenen oder ihren Angehörigen sind eine erste Orientierung und Beratung bei erstmals auftretenden Symptomen, Ratsuche zum Umgang mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied oder Beratung und Information zur geeigneten ambulanten oder stationären Behandlung häufige Anliegen. Neben der Kernaufgabe der akuten Krisenintervention hat die Leitstelle des Krisendienstes auch eine Lotsen- und damit präventive Funktion, indem sie Rat suchenden Menschen eine qualifizierte Wegweisung im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem anbietet.

In etwas über der Hälfte der Fälle wenden sich die Betroffenen selbst an den Krisendienst (52 %). Bezugspersonen, Angehörige, Freunde und Bekannte sind die zweitgrößte Gruppe (35 %). Verschiedene Fachstellen, niedergelassene Ärzte/-innen und Therapeuten/-innen, Behörden etc. melden sich in 12 % der Krisenfälle. Eine jährlich steigende Zahl der Anfragen (ca. 20 %) kommt aus dem Umland, die selbstverständlich telefonisch beraten und unterstützt werden. Außerhalb des Stadtgebietes kann der Krisendienst jedoch keine aufsuchende Krisenhilfe anbieten.

Abgesehen von höherer Auslastung liegen diese Zahlen im Trend der vergangenen Jahre. Eine Veränderung deutet sich jedoch bei den Arten der seelischen Krisen an. Die Krisendienst-Mitarbeiter/-innen stellen keine Diagnosen, sondern treffen eine Einschätzung über den aktuellen psychischen Zustand (»Leitsyndrom«) im Zusammenhang mit der geschilderten Krisensituation. In den vergangenen Jahren standen bei den telefonischen Kriseninterventionen bisher affektive, und hier meist depressive Störungen (ca. 30 %), gefolgt von psychotischen Zuständen (ca. 18 %) im Vordergrund. Dieser Anteil ist auch 2010 gleich geblieben. Deutlich erhöht haben sich jedoch Belastungsreaktionen auf unterschiedlichste, häufig auch psychosoziale

Auslöser wie Verlust nahe stehender Menschen, familiäre Trennungen, Arbeitsplatzprobleme oder Burnout-Problematiken. Diese sind im letzten Jahr ebenso wie suizidale Syndrome um fast 40 % gestiegen. Bei den mobilen Einsätzen vor Ort und den persönlichen Krisenberatungen machen Belastungsreaktionen mittlerweile ein Viertel der Kriseninterventionen aus.

Diese veränderten Tendenzen zeigen, dass der Krisendienst Psychiatrie München seinem Ziel, eine Anlaufstelle für alle Münchner Bürger/-innen in seelischen Krisen zu sein, deutlich näher gekommen ist. Es ist sicher den vielfältigen Presse- und Öffentlichkeitsaktivitäten sowie Informationsveranstaltungen, wie beispielsweise der aktiven Teilnahme an der *Aktionswoche für seelische Gesundheit* oder dem Fachtag *»3 Jahre Krisendienst – Entwicklungen, Erfahrungen, Perspektiven«* zu verdanken, eine breite Bekanntheit über sozialpsychiatrische Fachstellen und Einrichtungen hinaus erreicht zu haben. Es liegt auch die Schlussfolgerung nahe, dass sich in den veränderten Zahlen über die Arten der seelischen Krisen eine gesamtgesellschaftliche Tendenz widerspiegelt, nämlich dass psychischen Belastungen und Erkrankungen innerhalb der Gesellschaft ansteigen. Beispielsweise zeigen die aktuellen Statistiken der Krankenkassen seit Jahren einen Anstieg psychischer Leiden [5], über deren Ursachen heftig diskutiert wird [6].

Ausblick

Um die ambulanten Krisenversorgung in München im Sinne eines bedarfsgerechten Angebots weiterzuentwickeln, müssen bereits vorhandene Versorgungsstrukturen durch Kooperationen und Vernetzungen einbezogen werden. Nur so können Krisen ambulant aufgefangen und eine Überleitung in die gemeindepsychiatrische Versorgung sichergestellt werden. Seit langem bestehen deswegen bewährte Vernetzungen und Kooperationen mit den Sozialpsychiatrischen und Gerontopsychiatrischen Diensten sowie mit anderen Einrichtungen und Fachstellen, die Kriseninterventionen anbieten und auch unterschiedlichsten spezialisierten Beratungsstellen.

- Damit Akutpatienten/-innen des Krisendienstes zeitnahe fachärztliche Behandlung angeboten werden können, gelang es, verbindliche Kooperationen mit verschiedenen psychiatrischen Praxen und Ambulanzen der psychiatrischen Kliniken, insbesondere des Isar-Amper-Klinikums zu intensivieren und zu erweitern.

- Die seit 2010 bestehende Kooperationsvereinbarung zwischen dem Sozialreferat der Stadt München und dem Krisendienst beschreibt und konkretisiert die Überleitungen und das vernetzte Arbeiten zwischen Bezirkssozialarbeit/Jugendamt, dem Krisendienst und den sozialpsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Diensten in Krisenfällen.

- Um die Krisenversorgung für Migranten/-innen zu verbessern, hat sich der Krisendienst aktiv an der Konzepterarbeitung in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft PSAG der Stadt München beteiligt und setzt sich aktiv für eine bessere muttersprachliche Beratung und Behandlung ein.

- Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Patienten/-innen, die mit unbestimmten körperlichen Beschwerden in eine Arztpraxis kommen, vielfach unter unterschiedlichen Formen der Depression leiden [7]. Gemeinsam mit dem Bündnis gegen Depression und dem ärztlichen Kreis- und Bezirksverband beteiligt sich der Krisendienst Psychiatrie München an einer Fortbildungsreihe, die die Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken, insbesondere depressiven Menschen durch Hausärzte zum Ziel hat.

- Mit dem präventiven Kooperationsprojekt zwischen der Hochschule München und dem Krisendienst sollen seelische Krisen am Arbeitsplatz Hochschule bzw. im Studium frühzeitig erkannt und Hilfsangebote bekannt gemacht werden. Im letzten Jahr wurden in diesem Rahmen

[5] Vgl. beispielsweise: DAK-Gesundheitsreport 2011: http://www.dak.de/content/dakhome/ef3599a9a0fbdd87c1257838003ea487.html, Report Psychologie 34, 1/2009, S. 18; Gesundheitsreport 2010 der TK: http://www.tk.de/tk/broschueren-und-mehr/studien-und-auswertungen/gesundheitsreport-2010/222144

[6] Dazu: Zur psychosozialen Lage in Deutschland: http://www.psychosoziale-lage.de/; Süddeutsche Zeitung 12./13. März 2011, Nr. 59: »Stress lass nach!«

[7] Deutsches Bündnis gegen Depression: http://www.buendnis-depression.de/depression/mind-studie.php

Informationsveranstaltungen zu seelischen Krisen und Aufklärung zur Krisenintervention für Studierende und Beschäftigte sowie Coaching für Führungskräfte an der Hochschule München durchgeführt.

Eine Verbesserung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der ambulanten Krisenversorgung bedarf nicht nur einer Erweiterung des Zeitfensters auf eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit sowie eines flächendeckenden, insbesondere aufsuchenden Krisenhilfeangebots auch in den Landkreisen um München. Sinnvoll sind auch zielgruppenspezifische Angebote nicht nur für Migranten/-innen, sondern auch besonders für Kinder und Jugendliche. Generell ist es wichtig, Aufklärung und Information über seelische Krisen durchzuführen, denn dies wirkt präventiv und erleichtert den Zugang zu professionellen Hilfen.

Ruth Weizel,
Stv. Leitung des Projektevereinsteams im Krisendienst Psychiatrie München

06

Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern: Ein erfolgreiches »Leuchtturmprojekt Demenz« des BMG

»Eine Versorgung Demenzkranker, die der Würde des Menschen folgt«

»Eine Versorgung Demenzkranker, die der Würde des Menschen folgt« – unter diesem Motto wurden auf Initiative der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zwischen 2008 und 2010 innovative Versorgungsprojekte zur Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen erprobt, um dann im Herbst 2010 die besten zu identifizieren, weiterzuentwickeln und auf eine möglichst flächendeckende Versorgung hinzuwirken.

Zusammen mit zehn weiteren Modellprojekten wurde die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (**IDOB**) zur Förderung ausgewählt und dem Themenfeld »Koordinierung, Kooperation und Netzwerkstrukturen« zugeordnet. Die Erprobung bildet eine Bandbreite von Aspekten ab, die im Zusammenhang mit vernetzten Versorgungsstrukturen immer wieder zur Sprache kommen:

1. Umsetzung des Grundsatzes »ambulant vor stationär«, einschließlich einer Stärkung des ambulanten Sektors;

2. interprofessionelle Kooperation in der medizinischen Primärversorgung, insbesondere zwischen Hausarzt/Hausärztin und ambulanter Pflege;

3. Schnittstellenprobleme an der Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor;

4. Beratung und Stärkung sozialer Unterstützungsnetzwerke (pflegende Angehörige, Selbsthilfe, freiwillige Helfer/-innen);

5. Verbesserung der Beratung und Diagnostik bei Demenz;

6. Kooperation und Zusammenarbeit in interdisziplinären Versorgungsverbünden mit Sozialraumbezug;

7. und nicht zuletzt: Kosteneffekte und Wirtschaftlichkeitserwartungen durch **integrierte Versorgung**.

Am »Leuchtturmprojekt **IDOB**« waren die Isar-Amper-Kliniken gGmbH, die Inn-Salzach-Kliniken gGmbH und als freier Träger die Projekteverein gGmbH federführend beteiligt. Das IfaS im Zentrum für Kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen führte die Projektentwicklung und Evaluation durch.

Der Auftrag: Demenzkranke Menschen gemeinsam und integriert versorgen

Bei **IDOB** handelte es sich um ein komplexes, säulen- und sektorenübergreifendes Vernetzungsprojekt zur integrierten Demenzversorgung mit dem Ziel der Sicherstellung einer ambulanten, häuslichen und wohnortnahen Versorgung demenzkranker Menschen. Unmittelbar nach Einschluss in das Projekt erhielten die Patienten individuell abgestimmte Leistungen durch medizinische, rehabilitative sowie sozial-psychiatrische Leistungserbringer, die in einem regionalen Versorgungsverbund die Versorgung Demenzkranker sicherstellen. **IDOB** wurde in einer städtischen (München-Ost) und in einer ländlichen Modellregion (Berchtesgadener Land) erprobt.

Strukturell zielte die Modellerprobung darauf ab, diese innovative Lösungsskizze moderner Demenzversorgung im Erfolgsfall zu verstetigen und das vernetzte Zusammenwirken in einem **Vertrag zur integrierten Versorgung** abzubilden, der allen Beteiligten Transparenz und Planungssicherheit bietet.

Das integrierte Versorgungsmodell von **IDOB** besteht im Kern aus zwei Säulen:

- einer systematischen, kontinuierlichen Zusammenarbeit von Projektarzt/-ärztin, Psychologin (Institutsambulanz der beteiligten Klinik) **und** sozialpsychiatrischer **Einzelfallhilfe** (Freier Träger, Schwerpunktpraxis) und

- einer systematischen, verbindlichen Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer in der Versorgungsregion in einem **Versorgungsverbund**, gesteuert durch ein **Versorgungsmanagement**.

Zentrales Merkmal von **IDOB** ist demzufolge die durchgängige Verbindung von **Case Management-Prozessen** und **Care Management-Prozessen**. Die personzentrierte, am individuellen Bedarf ausgerichtete notwendige Versorgung wurde durch eine Projektmitarbeiterin bzw. einen Projektmitarbeiter der Projekteverein gGmbH in

Case Management-Funktion ermittelt und in enger Abstimmung mit der zuständigen Projektärztin bzw. dem Projektarzt aus der Institutsambulanz der jeweiligen Klinik geplant, eingeleitet und im Verlauf gegebenenfalls angepasst. Gleichzeitig wurden in den Modellregionen Verbundstrukturen aufgebaut, in denen sich niedergelassene Haus- und Fachärzte, therapeutische Berufsgruppen, ambulante Pflegedienste, teilstationäre Anbieter, aber auch die Alzheimergesellschaft, lokale Nachbarschaftshilfen und Angehörigengruppen engagierten. In der Care Management-Funktion war es die Aufgabe der Projektbeauftragten in den Modellregionen (= Sozialraum), die Chancen für ein koordiniertes Zusammenarbeiten auszuloten, Kooperationspartner zu gewinnen, standardisierte Kommunikationswege aufzubauen, verbindliche Absprachen zu treffen und zum Beispiel durch gemeinsame Fallkonferenzen und Dokumentation die Versorgungsqualität der Demenzversorgung zu verbessern.

»Also, da ist man in guten Händen!«: Zentrale Ergebnisse der Evaluation

Von September 2008 bis September 2009 wurden 247 Demenzpatienten durch **IDOB** im häuslichen Umfeld versorgt. 64,4 % waren Frauen, 35,6 % Männer, das Durchschnittsalter betrug 80,5 Jahre, die jüngsten Patienten waren 54 Jahre, die ältesten 98 Jahre alt. 40,9 % lebten alleine. Den Ergebnissen der klinischen Diagnostik mit dem MMST zufolge wurde bei ca. je einem Drittel der Patienten eine leichte, mittelgradige bzw. schwere kognitive Beeinträchtigung festgestellt. Die Auswertung des sozialpsychiatrischen Eingangsassessments ergab besonders hohe Beeinträchtigungswerte und daraus sich ableitenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf hinsichtlich der sozio-strukturellen Faktoren (zum Beispiel Selbständigkeit, Wohnen, Tagesstruktur, soziale Kontakte) und der psychologisch-geistigen Faktoren (Orientierung, Realitätsbezug, Affektivität, Krankheitseinsicht etc.). Mehr als die Hälfte der Patienten litt zusätzlich unter somatischen Erkrankungen.

Bei 59,5 % der Patienten wurde durch die integrierte Demenzversorgung dauerhaft eine Versorgung zuhause sichergestellt. Nach der Einschreibung in das Projekt machten die **IDOB**-Case-Manager durchschnittlich fünf Hausbesuche, dazu addieren sich durchschnittlich zwölf sonstige und 14 marginale Kontakte. Diese Dichte an persönlichen Kontakten ist wesentliches Qualitätsmerkmal von **IDOB** und trägt nachweislich zu einer Stabilisierung der Versorgung bei. In der Hälfte der Haushalte gab es pflegende Angehörige, die von einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Unterstützung von **IDOB** berichten.

Die Stärke der Konzeption und die gute Umsetzbarkeit führen auch die insgesamt 90 Interviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern eindringlich vor Augen. ***»Also, da ist man in guten Händen!«*** Sofern sie sich im Interview äußern konnten, wurde seitens der Betroffenen **IDOB** als sehr hilfreich und wertschätzend empfunden. ***»Der [IDOB-Mitarbeiter] war der erste Mensch, der mir da wirklich geholfen hat!«*** Angehörige erfuhren durch **IDOB** eine deutliche Entlastung. Kontinuität, Hilfsbereitschaft und Bedürfnisorientierung sind die am häufigsten genannten Aspekte zur Versorgung in **IDOB**. ***»Für mich gehört IDOB in eine Regelfinanzierung!«*** Aus Sicht der Kooperationspartner im Versorgungsverbund sicherte **IDOB** die Koordination und Kommunikation im Netzwerk, war zentraler Ansprechpartner, übernahm anwaltschaftliche und beratende Funktion für Anbieter und Patienten und stellte so eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher.

Wenn aus Leuchttürmen Luftschlösser werden … oder die Frage, wie es nach der Modellphase weitergeht

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern inhaltlich und strukturell tatsächlich einen »Leuchtturm« für den Aufbau und die Weiterentwicklung regionaler, wohnortnaher und extramuraler Versorgungsstrukturen darstellt. Mit einem geschätzten Finanzbedarf von durchschnittlich 1.200 Euro p. a. pro Patient/-in ist auch der Finanzrahmen überschaubar. Jedoch werden die hierfür notwendigen Versorgungsleistungen nicht bzw. nur unzureichend in den gängigen Finanzierungssystematiken der Kranken- und Pflegekassen abgebildet, weshalb die Anschlussfinanzierung bislang nicht gesichert ist.

Viele Modellprojekte haben »Leuchtturmcharakter« – und verlieren nach Abschluss der Förderphase ihre Strahlkraft, weil entweder keine Regelfinanzierung angedacht ist oder mögliche Zuständigkeiten im Spannungsfeld von Partikularinteressen zerrieben werden. Deshalb bleibt zum jetzigen Zeitpunkt nur der

eindringliche Appell an die Verantwortlichen, die Evaluationsergebnisse aufzugreifen und ernsthaft an einer Verstetigung zu arbeiten. Das »Leuchtturmprojekt Demenz« **IDOB** ist eine konkrete Best-Practice-Lösung und damit zukunftsweisend für eine der größten gesundheitspolitischen Versorgungsfragen unserer Zeit. Wobei sich eines ganz deutlich zeigt: Integrierte Demenzversorgung muss sektoren- und säulenübergreifend stattfinden; dementsprechend müssen (integrierte) Versorgungsverträge SGB V- und SGB XI-Leistungen vorsehen und darüber hinaus die kommunale Ebene berücksichtigen (SGB XII). Eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen würde darüber hinaus bedeuten, komplementäre Leistungen beispielsweise der Sozialen Arbeit wesentlich konsequenter als bisher in die Vergütungsstruktur interdisziplinärer Versorgungsarrangements mit einzubeziehen und damit mehr Planungssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen.

IDOB schärft den Blick für die Notwendigkeiten komplexer Versorgungsgestaltung, die im Falle schwieriger Indikationen (wie bei Demenz) mehrere Sektoren überspannt und eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung notwendig macht. Es bietet sich an diesem Punkt die konkrete Gelegenheit, validierte neue Versorgungsansätze zu übertragen und auf regionaler Ebene flächendeckend strukturell zu verankern.

Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann,
Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Die Langfassung des Beitrags unter dem Titel »Integriert versorgen im Verbund. Ein Lösungsweg gestaltender Gesundheitspolitik« ist nachzulesen in: Die Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie 1/2011 (29. Jg.); S. 41–43.

Autorenangaben:
Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann, Studiengangsleitung Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen, Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart.
Tel.: 0711/1849755. E-Mail: schaefer-walkmann@dhbw-stuttgart.de.

Literatur:
Schäfer-Walkmann, S. (2011). Integriert versorgen im Verbund. Ein Lösungsweg gestaltender Gesundheitspolitik. In: Die Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie 1/2011 (29. Jg.); S. 41–43.
Schäfer-Walkmann, S./ Deterding, D. (2010). Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Endbericht zu einem »Leuchtturmprojekt Demenz« des BMG. Stuttgart: IfaS.
Schäfer-Walkmann, S. (2009). Soziale Arbeit in Integrierten Versorgungsverbünden. In: Mühlum, A./Rieger, G. (Hg.): Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage; S. 295–305.
Schäfer-Walkmann, S./ Deterding, D. (2009). Demenzversorgung integriert gestalten – Impulse aus einem »Leuchtturmprojekt Demenz«. In: Forum 4; S. 25–28.

07

Ambulant betreutes Wohnen – Was heißt eigentlich Betreuung?

Von der Fürsorge und Versorgung hin zur gleichberechtigten Teilhabe für Menschen mit Behinderungen – dieser Paradigmenwechsel wurde mit der UN-Konvention zum Schutz von Menschen mit Behinderung erstmals weltweit verbindlich festgelegt. Dieser von den UN-Konventionen angestoßene politische Schwerpunkt ist die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

Aufgrund dieser Entwicklungen auf politischer Ebene ist eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Angeboten des Betreuten Wohnens unerlässlich.

Doch wie kann Qualität und Effektivität im Betreuten Einzelwohnen für psychisch erkrankte Menschen sichtbar gemacht werden? Wie müssten Standards aussehen, die eine Vergleichbarkeit und Effektivität ermöglichen und gleichzeitig einem individuellen Hilfebedarf entsprechen?

Eine der Herausforderungen in der Entwicklung von Standards im Betreuten Wohnen ist sicherlich die Erfassung der psychosozialen Interventionen in ihrer Vielfalt. Eine mögliche Gefahr besteht darin, dass die festgesetzten Standards dem personenzentrierten Ansatz widersprechen könnten. Auf der anderen Seite ist zu beobachten, dass kein Angebot des Betreutes Einzelwohnens dem Anderen gleicht. So hängt das Angebot vom Träger, seinem Leitbild und dessen Organisation ab, doch letztendlich sind vor allem die Zielgruppe und deren Hilfebedarf wegweisend.
Eine weitere wichtige Komponente ist die berufliche Qualifizierung des Betreuungspersonals und dessen Verständnis von Teilhabe, Inklusion, Gesundheit etc. – also alles in allem äußerst personenbezogene Faktoren.

Es ist sicherlich nötig, Ziele heraus zu arbeiten und Angebote zu verbessern. Doch auf welcher Grundlage? Ist das Betreute Einzelwohnen wirksam? Und wie wirkt es? Welche Faktoren tragen zu einem evidenzbasierten und effektiven Angebot bei?

Der bereits erwähnte Paradigmenwechsel in der Sozialpsychiatrie verortet sich zunehmend. Zum einen durch die Entwicklung hin zu einem personenzentrierten Ansatz mit dem Fokus auf Teilhabe (BRK, SGB IX), und zum anderen durch die Veränderung der klassischen Sichtweise von Krankheit hin zu einem neuen Bewusstsein von psychischer Gesundheit (ICF). Flankiert von Schlagwörtern wie Empowerment, Recovery, Selbstbestimmung etc. wird sie durch Überlegungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Evidenzbasierung und Effektivität ergänzt.

Faktoren der Versorgungsplanung und Qualitätssicherung der Angebote gewinnen im Rahmen der Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems zunehmend an Bedeutung. Wesentlich für diese Entwicklungsprozesse sind u. a. die systematische Beschreibung und Berichterstattung der Einrichtungen, der betreuten Klienten und der zu erbringenden Betreuungsinhalte.

Für eine Fortschreibung der Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie ist in erster Linie eine fortlaufende landesweite Psychiatrieberichtserstattung vonnöten.

Durch eine landesweite Psychiatrieberichtserstattung wäre einerseits eine erfolgreiche Steuerung komplexer Versorgungssysteme möglich und andererseits könnte sie der anwendungsorientierten Forschung dienen und Qualitätsmanagement ermöglichen. Sie könnte die nötige Grundlage für weitere Forschungsdesigns darstellen.

Doch leider erschließen sich beim Heranziehen der aktuell bestehenden Datenlage zur ambulant psychiatrischen Versorgung in Deutschland nur unzureichende Informationen. Die Realität hierzulande bestimmen immer noch die Heterogenität der Kostenträger, die unterschiedlichen Gesetzlichkeiten in den einzelnen Bundesländern und die strukturell definierten Leistungsangebote mit komplexen Angebotsinhalten.

Eine Vergleichbarkeit bezüglich der Evidenz und Effektivität ist somit stark erschwert bis unmöglich. Die Gesundheitsbehörden verfügen lediglich über basale Daten zur Inanspruchnahme. Eine überregionale und einheitliche Berichterstattung zur ambulanten psychiatrischen Versorgung existiert nicht.

Die momentane Datenlage setzt sich aus Fragmenten zusammen. Sie besteht aus Berichten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, verschiedener Krankenkassen, des Statistischen Bundesamtes, der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes etc. Die Erfassung der Kosten psychiatrischer Behandlung ist weiterhin lückenhaft und unsystematisch.

Bereits Rössler und Salize (1996) erarbeiteten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Datenlage der psychiatrischen Versorgung psychisch

Kranker eine sehr detaillierte Beschreibung zur Durchführung von Erhebungen in regional definierten Versorgungsgebieten [1]. Sie forderten eine angemessene Dokumentation der Versorgungssituation, die eine Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur und der Betreuungsprozesse beinhalte. Salize (2000) hat auf der Basis dieser Dokumentationsform eine Pilotstudie für den Gemeindepsychiatrischen Verbund in Baden-Württemberg vorgelegt [2]. Aber eine dauerhafte Umsetzung ist nicht gelungen.

Ein gelungenes Beispiel einer Psychiatrieberichtserstattung ist dagegen der Psychiatriebericht der Stadt Dortmund im Jahr 2000. Dort hatte eine externe Beratungsfirma an Hand definierter Kriterien eine Analyse aller vorhandenen Versorgungs- und Rehabilitationsstrukturen (stationär, ambulant und komplementär), der Angehörigenarbeit und Selbsthilfe, des darin tätigen Personals nach Berufsgruppen, deren Inanspruchnahme und Vernetzung und der Patientenwanderung durch Klienten vorgenommen und diese dann mit einer Analyse aus den 1980er Jahren verglichen. Erhoben wurden Struktur-, Leistungs- und Klientendaten. Auch hier wurden, wie bereits bei Rössler und Salize (1996), die Programme des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Daten der Sozialhilfeträger, der Krankenhausstatistik, der Bundesanstalt für Arbeit und den Integrationsfachdiensten, der niedergelassenen Ärzte, der Institutsambulanzen und der komplementären Einrichtungen als mögliche Datenquellen genannt [3].

Interessant ist die Entwicklung der Psychiatrieberichterstattung in englischsprachigen Ländern. De Jong (2000) stellt hierzu das European Service Mapping Schedule (ESMS) vor, das der Beschreibung psychiatrischer Dienste dient. Das ESMS wurde im Rahmen einer EU-geförderten Studie entwickelt und ermöglicht eine standardisierte, international vergleichbare Beschreibung und Klassifikation psychiatrischer Einrichtungen in einem Einzugsgebiet [4].

Es umfasst neben der Klassifikation der Einrichtungen, die Klassifikation des Arbeitskonzepts und der Philosophie, sowie die Angebote, Interventionen und die Vernetzung im Versorgungssystem [4].

Das European Service Mapping Schedule (ESMS) bezieht sich auf die strukturelle Ebene, ergänzend dazu wird die International Classifikation of Mental Health Care (ICMHC) herangezogen, welche die Interventionen in einer psychiatrischen Einrichtung erfasst [5]. Die ICMHC wurde gemeinsam mit dem WHO Regional Office Europe entwickelt. De Jong (2000) nennt als Ziele eine standardisierte Beschreibung sozialer Einrichtungen, die Möglichkeit eines internationalen Vergleichs psychiatrischer Versorgung und die Erfassung der therapeutischen Aktivitäten der Einrichtungen [4].
Glover (2000) schlägt für die Psychiatrieberichtserstattung im National Health Service (NHS) in England einen Minimaldatensatz das Mental Health Minimum Data Set (MHMDS) vor. Aufgrund einer ebenfalls ungenügenden Datenlage unterstützen das Gesundheitsministerium und die Leitung des National Health Service die Entwicklung des MHMDS [6]. Glover (2000) untersucht die Implementierung des Mental Health Data Set in drei Trusts des National Health Service [6].

Weitere Studien zum Betreuten Wohnen aus den USA

[1] Rössler W., Salize H.-J. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1996
[2] Salize H.-J, Bullenkamp J., Alscher I., Wolf I. Qualitätssicherung und Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) – ein standardisiertes Verfahren für die regionale Versorgungsdokumentation und -steuerung. Psychiatrische Praxis 2000; 27: 92 – 98
[3] Kauder V. Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997
[4] De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). Acta Psychiatrica Scandinavia 2000; 102 (Suppl 405): 8 – 13
[5] De Jong A. International Classification of Mental Health Care. A tool for describing services providing mental health care. Groningen: Department of Social Psychiatry. WHO Collaborating Centre Groningen; 1996
[6] Glover G.-R.; Sinclair-Smith H. A comprehensive clinical database for mental health care in England. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2000; 35: 518 – 522
[7] Chlivers R., Macdonald G. M., Hayes A. A. Supported Housing for people with severe mental disorders (Chochrane Review). The Chochrane Library; 2003
[8] Leiße M., Kallert T. W. Individueller Hilfebedarf und Platzierung in gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote: Eine kritische Analyse am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. Nervenarzt 2003; 74: 755 – 761

zeigen auf, dass es zwischen der Ausbildung des Personals, der Stellenfluktuation und kürzeren Krankenhausaufenthalten der Klienten einen Zusammenhang gibt [7].

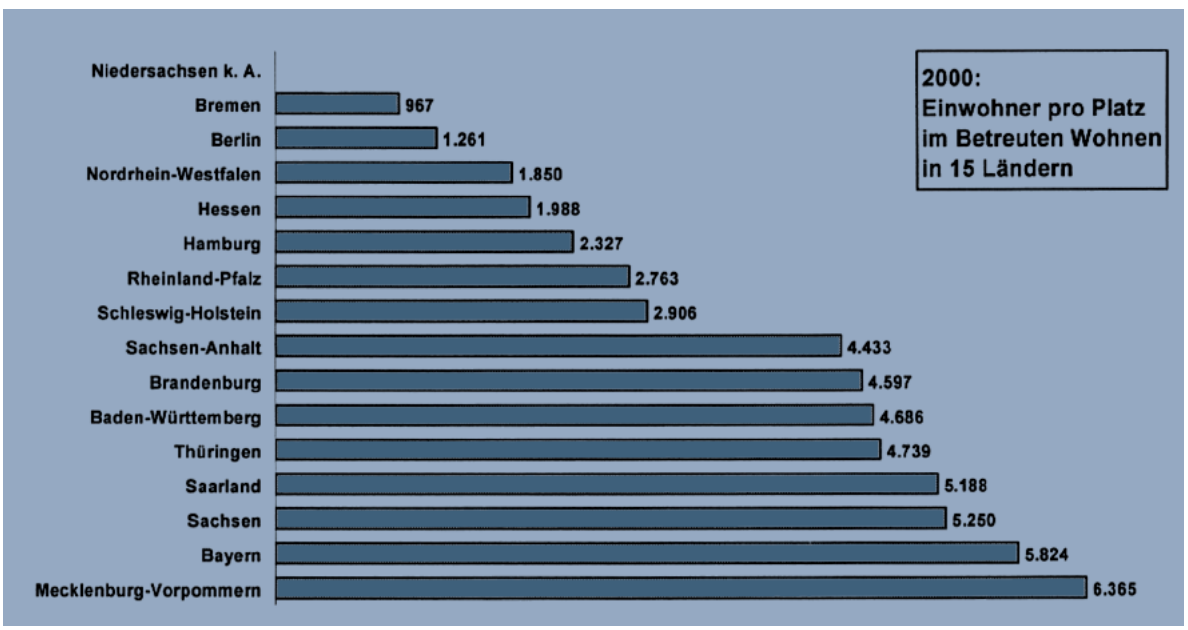
Das Expressed-Emotion Konzept [8] als Maß für feindselige Kommunikation ist als Prädikator für Rückfälle in schizophrene Symptomatik bekannt und durch viele Studien belegt. Inzwischen gibt es Untersuchungen, die diesen Zusammenhang auch für Wohneinrichtungen und deren Personal erkennen.

Einen Überblick zu Studien im Betreuten Wohnen legte Chilvers (2003) in einem Chochrane Review zum Betreuten Wohnen vor. Es wurden 139 Veröffentlichungen zum Thema Betreutes Wohnen gefunden, doch keine der Studien erfüllte die erforderlichen Kriterien der nach dem Zufallsprinzip durchgeführten Studien (randomisiert kontrollierte Studien) [7]. Dies bedeutet, dass keine Aussagen getroffen werden können, die wissenschaftlichen Kriterien standhalten würden.

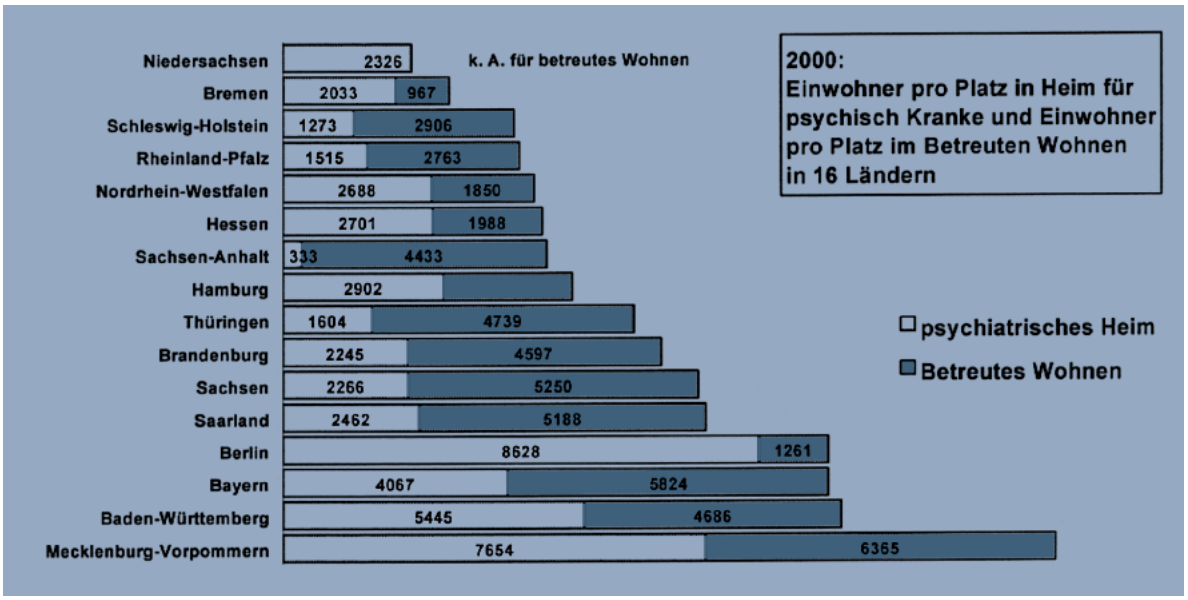
Das heißt, die verschiedenen sozialpsychiatrischen Wohnformen wurden in der empirischen Forschung bislang unzureichend systematisch untersucht. Es liegen daher nur wenige methodisch kontrollierte Studien vor, die Aussagen zu Wirksamkeit und Effektivität der verschiedenen Angebote aus empirischer Sicht möglich machen.

Einen aktuellen Überblick zum Stand der empirischen Studien in Deutschland und der Evidenzbasierung in Wohnangeboten geben Kallert et al [8]. Die Autoren stellen fest, dass kontrollierte Studien zur Evaluation der verschiedenen betreuten Wohnformen in Deutschland bislang nicht ausreichend systematisch vorgelegt wurden. Für eine Durchführung von Studien, die auf dem Zufallsprinzip basieren (randomisierter kontrollierter Studien), werden zwei entscheidende Hindernisse aufgeführt. Zum einen erfolgt die Aufnahme von Klienten in eine Wohnform nicht nach objektiven systematisierten Kriterien und zum anderen verlaufen die Prozesse der Etablierung der verschiedenen Wohnformen regional unterschiedlich [8].

Einen aktuellen Vergleich des Versorgungstandes in Bayern mit anderen Bundesländern liefert die Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den



Aus der Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden.

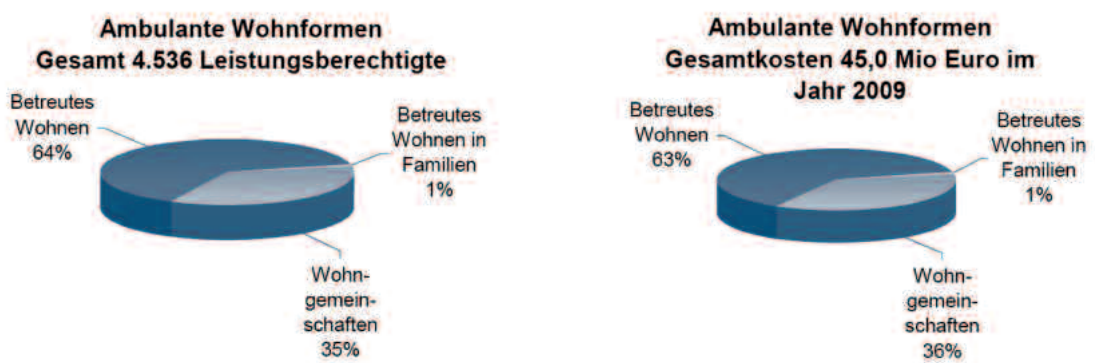


Aus der Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden.

letzten 25 Jahren, die von der Arbeitsgruppe Psychiatrie im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2003 vorgelegt wurde. In der Zusammenfassung wird festgestellt, dass bundesweit ein sehr differenziertes Angebot stationärer und ambulanter Hilfen entstanden ist [9].

Im deutschlandweiten Vergleich befindet sich Bayern gemeinsam mit Berlin auf dem dritten Rang. Mit dem Unterschied, dass in Bayern 4.067 Einwohner auf einen stationären Heimplatz kommen, in Berlin aber 8.628 Einwohner. Im Betreuten Wohnen beläuft sich die Verteilung in Bayern auf 5.824 Einwohner pro Platz im betreuten Wohnen, in Berlin sind es 1.261 Einwohner [9].

Die Situation im Betreuten Wohnen gestaltet sich in Oberbayern folgendermaßen:



Aus dem Sozialbericht im Rahmen der Gesamtsozialplanung des Bezirks Oberbayern, Abb. B. 2 – 12 ambulante Wohnformen.

Abschließend ist zu vermerken, dass nach dem Bericht die Zahl der Plätze im ambulanten Wohnen von 1980 bis 2000 in den alten Bundesländern um das fünffache gestiegen ist. [9]

Die Aktualisierung des Berichtes der Arbeitsgruppe Psychiatrie, die im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz 2007 durchgeführt wurde, zeigt (auf Basis einer Erhebung im Jahr 2005) einen Ausbau der Wohnangebote, und zwar sowohl für stationäre als auch ambulant betreute Wohnangebote. Es zeigt ferner, dass in Deutschland im Bereich Wohnen zum Zeitpunkt der Erhebung mehr stationäre als ambulante Leistungsangebote existierten [10].
Der Bezirk Oberbayern hat einen ersten Sozialbericht im Rahmen der Gesamtsozialplanung für 2011/2012 vorgelegt [11]. Hier wird ein Überblick des Ist-Standes bei den Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und besonderen Lebenslagen gegeben. Die Datenlage speist sich aus bezirksinternen Daten und verschiedenen Landesstatistiken.
Des Weiteren verweist der Bezirk Oberbayern in seiner Sozialberichtserstattung auf einen weiteren Ausbau des personenzentrierten Ansatzes in der Hilfeplanung ebenso wie auf die Entwicklung eines durchlässigen und flexibleren Hilfesystems [11].

Evidenz, Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit im Betreuten Wohnen garantieren die Umsetzung der Forderungen und Anregungen durch die BRK, ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und das SGB IX. Hier werden die Herausforderungen der Zukunft im Betreuten Wohnen sichtbar: Transparenz, Flexibilisierung der Hilfesysteme und eine personenzentrierte Hilfeplanung. Es gilt, diese Anforderungen als Qualitätsmerkmale zu sichern und im Rahmen des Qualitätsmanagement zu verankern und dabei Standards zu entwickeln, welche das Herzstück des Betreuten Wohnens, die individuelle bedarfsgerechte Hilfeleistung nicht gefährden.

Susanne Hummel,
Stv. Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst
München Giesing

[9] Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden. Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. In: 76. Gesundheitsministerkonferenz; 2003
[10] Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Hrsg.) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung). Psychiatrie in Deutschland – Strukturen – Leistungen – Perspektiven. 2007
[11] Erster Sozialbericht des Bezirks Oberbayern im Rahmen der Gesamtsozialplanung. Planungszeitraum 2011/2012

08

Arbeit und Beschäftigung – Zukünftige Herausforderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

»Jeder Mensch will notwendig sein«

In einer Gesellschaft, in der Erwerbsarbeit eine derart zentrale Rolle spielt wie in der unseren, besteht eine enger Zusammenhang zwischen der Tatsache, einen Arbeitsplatz zu haben und dem seelischen Wohlbefinden. Erwerbsarbeit dient bei weitem nicht alleine der Existenzsicherung eines Menschen. Sie fördert die soziale Einbindung, schafft Kontakte, sie steigert das Selbstwertgefühl und bietet Struktur und Orientierung durch einen geregelten Tagesablauf. Arbeit wirkt sinnstiftend und vermittelt das Gefühl des Gebrauchtwerdens.

»Jeder Mensch will notwendig sein« – dieses Zitat von Klaus Dörner ist zwar schon etwas älter, hat aber an Aktualität eher gewonnen als verloren.

Arbeitslosigkeit, vor allem, wenn diese länger andauert, ist nicht nur extrem belastend für den Betroffenen und sein soziales Umfeld, sie kann auch Auslöser einer psychischen Erkrankung sein. Der Verlust einer Arbeitsstelle bedeutet häufig auch den Verlust der Anerkennung bei Freunden und Familie. Das Selbstvertrauen sinkt, und nicht selten sind sozialer Rückzug, Depression und Sucht die Folge.

Risikofaktor Arbeit

In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und angespannter Arbeitsmarktlage ist aber nicht nur das Fehlen einer Erwerbstätigkeit ein Risikofaktor. Manchmal ist es gerade die Arbeit selbst, die Menschen in psychische Extremsituationen bringt. Wenn sich etwa mehrere Menschen um einen Arbeitsplatz »streiten«, erhöht sich der psychische Druck für diejenigen, die (noch) eine Beschäftigung haben. Die Konkurrenz steigt, Entsolidarisierung und Mobbing können die Folge sein. Auch die zunehmende Arbeitsverdichtung und der damit verbundene Stress führen zu Erschöpfung und damit zu seelischem Ungleichgewicht. Burn out ist nicht nur eine Modediagnose, sondern leider häufig der Einstieg in eine Karriere als Langzeitarbeitsloser und psychisch Kranker.

Welche Möglichkeiten gibt es, diesen Kreislauf zu durchbrechen?

Zunächst ist es natürlich wünschenswert, gar nicht erst in eine derart belastende Situation zu kommen. Eine gute Ausbildung, ein gesundes Verhältnis zwischen Anspannung in der Arbeit und Entspannung in der Freizeit, ein funktionierendes und tragfähiges soziales Umfeld und nicht zuletzt ein umsichtiger Arbeitgeber sind die besten Voraussetzungen für dauerhafte psychische Gesundheit.

Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitslos geworden sind oder als »nicht erwerbsfähig« gelten, aber auch solche, bei denen die Arbeitslosigkeit erst zur psychischen Erkrankung geführt hat, benötigen spezielle Hilfsangebote.

Die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben ist ein wesentlicher Aspekt einer guten sozialpsychiatrischen Versorgung.

Neue Perspektiven im Arbeitsleben

Ausgehend vom Normalitätsprinzip soll jedem Menschen, ob krank oder gesund, die Möglichkeit gegeben werden, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen. Den niedrigschwelligsten Zugang zu Tagesstruktur und Beschäftigung bieten die sozialpsychiatrischen Tagesstätten, von denen die gemeinnützige GmbH des Projektevereins in München und Oberbayern insgesamt fünf betreibt. Sie bieten die Möglichkeit, ohne kompliziertes Aufnahmeverfahren einen Ort zu besuchen, an dem man soziale Kontakte knüpfen und pflegen und sich entsprechend seiner Möglichkeiten einbringen kann. Arbeit steht hier jedoch nicht unbedingt im Vordergrund.

Schreinerei in der Holzwerkstatt ProNova.

Die Perspektive GmbH München, ebenfalls ein Unternehmen der AWO M•group, bietet mit ihren Einrichtungen vielfältige Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die beiden Zuverdienstprojekte in München-Haidhausen und Icking, ebenso wie die Zuverdienstwerkstatt in Bad Reichenhall, bieten Arbeitsplätze für Menschen, die wegen einer psychischen Erkrankung als nicht erwerbsfähig gelten. Sie haben dort die Möglichkeit unter fachkundiger Anleitung in verschiedenen Arbeitsbereichen, von der second-hand-Boutique bis zum Hausmeisterdienst, entsprechend ihrer Möglichkeiten tätig zu werden. Die wöchentliche Arbeitszeit muss unter 15 Stunden liegen, aber auch eine Stunde in der Woche Mitarbeit ist zum Beispiel als Einstieg möglich. In Bad Reichenhall gibt es zusätzlich noch fünf ausgelagerte Arbeitsplätze einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), auch hier liegt der Schwerpunkt der Zielgruppe bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Das breiteste Spektrum an Fördermöglichkeiten bieten die beiden sozialen Betriebe in München: Die Holzwerkstatt ProNova und die Druckerei PROJEKT PRINT. Hier werden unter realistischen Produktionsbedingungen

Arbeit trägt entscheidend zur psychischen Gesundheit bei.

Secondhand-Boutique im Zuverdienstprojekt Haidhausen.

Mitarbeiter geschult, qualifiziert und ausgebildet, die auf dem ersten Arbeitsmarkt aktuell keine Chance haben. Neben verschiedenen, durch die örtlichen Jobcenter geförderten Maßnahmen, gibt es auch hier Zuverdienst-Arbeitsplätze. Für die Mehrzahl der Mitarbeiter ist es zumindest ein Fernziel, wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Die beiden Betriebe gehören zur Münchner Arbeitsgemeinschaft der Arbeitsförderungsinitiativen (MAG-AFI) und werden im Rahmen des Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramms (MBQ) durch das Referat für Arbeit und Wirtschaft unterstützt.

Ausblick

Die öffentlich geförderte Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland und damit auch die geförderten Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen stehen aktuell vor größeren Veränderungen. Durch eine vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geplante Reform der Arbeitsmarktinstrumente sollen einige Maßnahmen ganz wegfallen, bei anderen soll die Förderung gekürzt werden.

Dieser negativen Entwicklung stehen zum Glück auch positive Aspekte entgegen. So erhalten zum Beispiel Menschen in München, die Grundsicherungsleistungen nach SGB XII beziehen, durch Vermittlung des Sozialreferats unkompliziert und unbürokratisch die Möglichkeit, bis zu drei Stunden täglich in einem sozialen Betrieb zu arbeiten. Die Aufwandsentschädigung

und die Fahrtkosten, die dafür erstattet werden, sind ein schöner Nebeneffekt. Ganz wesentlich ist aber für die meisten Teilnehmer das Gefühl, endlich wieder gebraucht zu werden.

Ein weiterer Lichtblick für psychisch kranke Menschen, die Alternativen zum ersten Arbeitsmarkt benötigen, sind die schon angedeuteten Kooperationen mit Werkstätten für behinderte Menschen. Durch die Schaffung von Außenarbeitsplätzen wie in Bad Reichenhall wird die WfbM für unsere Zielgruppe wesentlich attraktiver als bisher.

Unsere Erfahrungen zeigen tagtäglich, wie wichtig Arbeit und Beschäftigung gerade für psychisch kranke Menschen sind. Durch die Möglichkeit, aktiv am Arbeitsleben teilzuhaben, entsteht nicht nur mehr Lebensqualität für den Einzelnen, sondern ein Gewinn für die ganze Gesellschaft.

Michael Rahm,
Betriebsleiter der Druckerei PROJEKT PRINT
Perspektive GmbH München

09

EX-IN: Psychiatrieerfahrene bereichern die Versorgungslandschaft

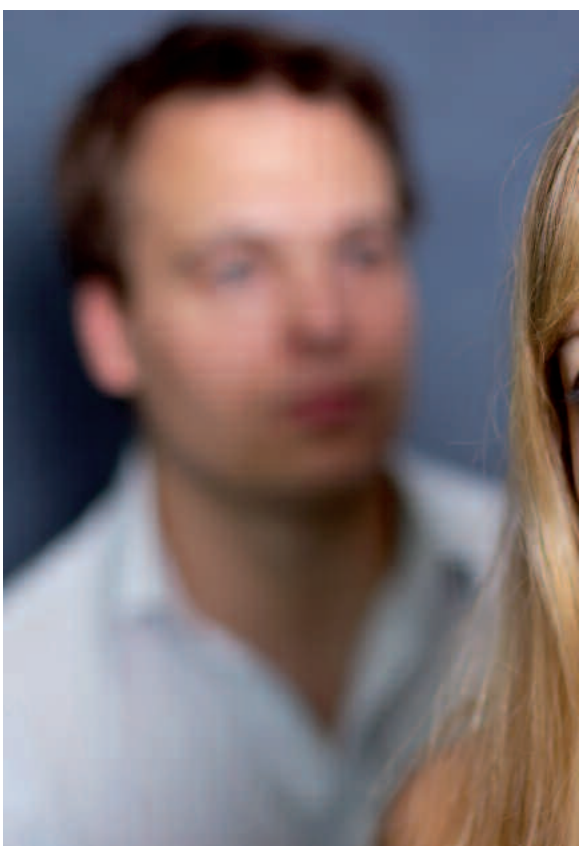
Psychiatrie und psychiatrisches Hilfesystem sind dringend verbesserungsbedürftig. Die Stimme der »Betroffenen« zu hören ist ein notwendiger Schritt auf dem Weg zu positiven Veränderungen.

EX-IN (Experienced Involvement) strebt eine Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in die psychiatrische und psychosoziale Versorgung an und beruht auf der Annahme, dass Menschen, die selbst schwere psychische Krisen durchlebt haben, ein besonderes Erfahrungswissen darüber haben, was in Krisen hilfreich und was eher hinderlich oder sogar schädlich ist. Um dieses Wissen im Rahmen professioneller Angebote in Form von bezahlter Arbeit einbringen zu können, wurde in dem europäischen Pilotprojekt **»EX-IN«** in den Jahren 2005 bis 2007 von sechs europäischen Ländern ein Curriculum für eine EX-IN-Ausbildung entwickelt. EX-IN-Kurse wurden und werden in mehreren deutschen Städten angeboten und EX-INler sind bereits in bezahlter Arbeit beschäftigt. Ein sinnvolles Tätigkeitsfeld für EX-INler kann die gemeindepsychiatrische Versorgung sein. Gemeindepsychiatrie und EX-IN haben gemeinsame sozialpsychiatrische Wurzeln und streben beide eine individualisierte, subjektorientierte und alltagsnahe Begleitung von psychisch kranken Menschen an.

Seit Oktober 2010 findet in der »Offenen Herberge e. V.« in Stuttgart ein EX-IN-Kurs statt, an dem ich teilnehme. Dieser von einer wertschätzenden Haltung getragene Kurs wird von den Teilnehmern als Ermutigung und Chance für persönliches Wachstum wahrgenommen. Es tut gut zu erfahren, dass die eigene schlechte Erfahrung mit Psychiatrie und psychiatrischem Hilfesystem keine persönliche Einzelwahrnehmung ist, sondern von vielen Menschen geteilt wird.

Im Rahmen dieses EX-IN-Kurses habe ich im Februar 2011 ein Praktikum im »Netzwerk für psychische Gesundheit – vincentro« der AWOLYSIS GmbH absolviert. Dabei war für mich besonders schön, dass ich vom ersten Moment an auf eine angenehme und unkomplizierte Weise ein Teil des Teams war. Flache Hierarchien und die strukturelle Offenheit einer Institution für die Beteiligung von »Betroffenen« erleichtert die Integration von EX-INlern. Ich konnte dort Einblick in eine anspruchsvolle Arbeit gewinnen, bei der man, wie bei allen Tätigkeiten »in Beziehung« und im Unterschied zur Körpermedizin (als die sich die Psychiatrie in Zeiten der Neuroscience zu häufig sieht), seine eigene Persönlichkeit einbringt und auf einem feinen Grat zwischen freundlicher Zugewandtheit und Abgegrenztheit tätig ist. Im Atriumhaus, wo EX-IN auf großes Interesse stößt, wird in der Tagklinik im Mai 2011 eine »EX-IN-Gruppe« entstehen, die von einer Psychologin und mir als Praktikantin geleitet werden wird.

EX-IN ist noch relativ jung und entwickelt sich durch Evaluation ständig weiter. Einen besonderen Weiterentwicklungsauftrag sehe ich in der Ausgestaltung der Lehr- und Unterrichtsmethodik. Da die Kommunikation von Erfahrung *den* zentralen Teil eines EX-IN-Kurses darstellt, besteht die Gefahr, dass die Grenze zwischen »Ausbildung« und »Therapieersatz« verschwimmt. Insbesondere Menschen mit Psychoseerfahrung waren in



der Vergangenheit häufig therapeutisch unterversorgt und haben nur eine sprachlose oder gar gewalttätige Psychiatrie erlebt. Entsprechend groß sind der Nachholbedarf und das Mitteilungsbedürfnis. Die oben genannte Grenze einzuhalten, ist jedoch von größter Wichtigkeit, um Teilnehmer/-innen nicht unbeabsichtigt zu retraumatisieren und zu destabilisieren. Wo traumabehaftete Lebensgeschichte, Psychiatrieerfahrung und Empowerment-Euphorie zwanzig Mal in einem Kurs zusammentreffen, entsteht eine Dynamik, die mit sozialpsychiatrischem Know-how allein nicht zu handhaben ist. Für die Leitung eines EX-IN-Kurses sind solides Handwerkszeug in Kommunikations- und Moderationstechniken ebenso wie fundierte Kenntnisse der Psychotraumatologie wünschenswert. Daher wäre es außerordentlich zu begrüßen, wenn sich auch erfahrene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als EX-IN-Ausbilder engagieren würden.

Ein weiteres Problem besteht drin, dass die Beziehung zwischen »Profis« und »Betroffenen« in den EX-IN-Arbeits- und Ausbildungsgruppen manchmal von Missverständnissen geprägt ist. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass »Profis« eine große Furcht davor haben, Psychiatrieerfahrene irgendwie »einzuschränken«, ihnen etwas »vorzuschreiben«, oder selbst als »dominierend« oder »bevormundend« wahrgenommen zu werden, was quasi die größte Verfehlung ist, der sich ein sozialpsychiatrischer »Profi« schuldig machen kann. Das kann dazu führen, dass klare Ansagen unterbleiben, dass ungebremster Redefluss und diskursive Dauerschleifen höher bewertet werden als Struktur und Klarheit, dass Arbeitsvorlagen das Chaos der »Betroffenen« noch steigern, anstatt hilfreiche Unterrichtsmaterialien zu sein.

Für ausgebildete EX-INler wird es eine besondere Herausforderung sein, eine individuell geeignete Tätigkeit zu finden. Nicht jeder EX-INler ist für jede Tätigkeit geeignet. Den »idealen« EX-INler, der seinen Recovery-Prozess abgeschlossen, seine Lebens- und Krankengeschichte reflektiert und bewältigt hat, der immer ein gutes Einfühlungsvermögen auch für Klienten hat, die andere Problematiken als er selbst haben, der immer bemerkt, wenn sich bei ihm eine Krise anbahnt, der in stabilen Beziehungen lebt und auch außerhalb der »Psychoszene« soziale Kontakte pflegt, den gibt es nicht. »Reale« EX-INler leben meist mit schwerwiegenden Erkrankungen mit denen sie im besten Fall gut umgehen können. Gelingt es jedoch, einen geeigneten Tätigkeitsbereich zu finden, so kann dies für alle Beteiligten eine gewinnbringende Konstellation sein.

H. S.,
EX-IN-Praktikantin

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
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

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

Kontrollrat
Andrea Ziegler
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

Notizen

Notizen

gemeinnützige GmbH des Projektevereins

Gravelottestraße 6 / IV
81667 München

Telefon (089) 67 10 02
Telefax (089) 6 25 48 93

info@projekteverein.de
www.projekteverein.de

gemeinnützige
GmbH des
Projektevereins

Mitglied der AWO M•group