

# Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

## Obdachlosigkeit und Psychische Erkrankung

Die Problematik psychisch kranker Wohnungsloser hat im letzten Jahrzehnt in der Bundesrepublik immer mehr Aufmerksamkeit gefunden. Hinter der Frage „psychisch kranke Obdachlose oder obdachlose psychisch Kranke?“ verbirgt sich nicht nur ein Wortspiel. Die unterschiedlichen Vorstellungen der Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe belegen den Umbruch in diesem psychosozialen Versorgungsfeld

### 3 Editorial

#### 4 Themenschwerpunkt

##### ■ Leben zwischen Doppelzimmer und Therapie

Wie kann die Psychiatrie psychisch kranken Wohnungslosen helfen?

Helmut Schönell, Ulrich Müller und Helma-Hesse-Lorenz, Seite 4

##### ■ Steht die Wohnungslosenhilfe vor dem Paradigmenwechsel?

Sozialpsychiatrische Haltung könnte Armutsparadigma ablösen  
Helma-Hesse-Lorenz, Ulrich Müller und Helmut Schönell, Seite 8

■ Bessere Rahmenbedingungen für psychisch kranke Wohnungslose  
Position der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe  
Thomas Specht-Kittler, Seite 11

■ Zuerst ein Dach überm Kopf  
Wenn Wohnungslosenhilfe und Sozialpsychiatrie Partner sind, nutzt dies den Betroffenen  
Eugen Ehlers, Seite 13

■ Synergieeffekte durch Kooperation  
In Hamburg arbeiten Tagesstätte und Sozialdienst eng zusammen  
M. Voepel, Seite 15

■ Gemeinsam Strategien entwickeln  
„Wie eine „Frauenpension“ und ein Sozialdienst gegenseitig ihre Stärken nutzen  
Maria Nestele und Ragnhild Neunhöffer, Seite 16

■ Wenn wohnungslose Menschen im Hotel leben  
Ein ungewöhnliches Modell akzeptierender Hilfe aus Köln  
Ulla Schmalz, Seite 17

■ Neuer Mut für Betroffene  
Beim Esslinger Verein „Bürger für Berber“ kümmern sich Ehrenamtliche in allen Lebenslagen um wohnungslose Menschen  
Elke Walkenhorst-Mayer, Seite 19

#### 20 Spectrum

■ Einheit von Theorie und Praxis  
„Systemische Modelle für die soziale Arbeit“ - Praxislehrbuch von Wolf Ritscher  
Jochen Schweizer-Rothers, Seite 20

■ Gut zueinander passende Modelle  
Das „EFQM-Modell für Excellence“ und seine Kompatibilität mit dem PPQ-Modell  
Christina Heimlich, Seite 21

■ Großer Handlungs- und Entwicklungsbedarf  
Neuer Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung  
Helmut Urbaniak, Seite 23

#### 25 Nachrichten

#### 26 Termine

# Editorial



Die Problematik psychisch kranker Wohnungsloser hat im letzten Jahrzehnt in der Bundesrepublik immer mehr Aufmerksamkeit gefunden. Hinter der Frage „psychisch kranke Obdachlose oder obdachlose psychisch Kranke?“ verbirgt sich nicht nur ein Wortspiel. Sie illustriert die jeweilige Wahrnehmung der Institutionen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie: Ist die Obdachlosigkeit das primäre Problem und die psychische Störung gleichsam ein Residualproblem – oder ist die psychische Störung das Primäre und primär zu Therapierende und die Obdachlosigkeit das sekundäre Problem?

In seiner Rede zur politischen Gestaltung der Globalisierung vom 13. Mai diesen Jahres hat Bundespräsident Rau den Chancen der Mobilität und Kommunikation die Verlierer der Globalisierung gegenübergestellt, die in einer allein an wirtschaftlichen Werten orientierten Gesellschaft heimatlos und enturzelt werden. Jahre zuvor hat der amerikanische Soziologe Richard Sennett (1998) den „flexiblen Menschen“, den auf ständige Veränderung und Wagnisse vorbereiteten Charakter, als den notwendigen Menschentypus des neuen Kapitalismus beschrieben. Die ersten Verlierer dieser neuen Gesellschaftsordnung sind Menschen, deren personale und soziale Ressourcen für diese ständige Veränderungsbereitschaft nicht ausreichen. Eine solche „doppelt benachteiligte Randgruppe“ ist durch die, die gleichzeitig wohnungslos und psychisch krank sind, gera-

*Liebe Leserin,  
lieber Leser*

dezu idealtypisch repräsentiert. Sind also Psychisch kranke Obdachlose die lokalen Verlierer der Globalisierung ?

In diesem Heft kommen sowohl die Sozialpsychiatrie als auch die Wohnsitzlosenhilfe zu Wort und verdeutlichen nicht nur das zugrundeliegende Problem der Versorgung dieser Gruppe von Menschen, sondern stellen auch beispielhaft Ansätze von „Lösungsversuchen“ dar. Alle Beiträge haben einen im Wortsinne „politischen“, das heißt in die polis, die Gemeinde, wirkenden Bezug.

Breiten Raum nehmen Berichte aus der Praxis ein. Der Kampf gegen die Armut steht neben Modellen, die die Versorgung abseits der üblichen Versorgungsschienen entwickelt haben. Die dabei entwickelte Phantasie der Einrichtungen ist aus der Not der für die Bedürfnisse dieser Menschen eher untauglichen Strukturen der Hilfe entstanden.

Die zu Tage tretenden sehr unterschiedlichen Vorstellungen der Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe belegen den Umbruch in diesem psychosozialen Versorgungsfeld. Bis sich eine Änderung des Blickwechsels sowohl bei der Wohnungslosenhilfe als auch der Sozialpsychiatrie nicht nur theoretisch durchgesetzt, sondern strukturelle Änderungen bewirkt haben wird, sind solche Forschungen, Ideen und Ansätze, wie die hier beschriebenen, durchaus richtige Wege zu und für die Betroffenen.

Ulrich Müller

# Doppelzimmer, Vollpension und Therapie

Mehr als zwei Drittel der Wohnungslosen leiden unter psychischen Störungen / Wie kann die Psychiatrie psychisch kranken Wohnungslosen helfen? /

Von Helmut Schönell, Ulrich Müller und Helma-Hesse-Lorenz

Nach den Ergebnissen nationaler und internationaler Studien leiden mehr als zwei Drittel der Wohnungslosen unter psychischen Störungen. Trotz der theoretischen und praktischen Relevanz psychischer Störungen bei Wohnungslosen wird einerseits die Unterversorgung dieser Problemgruppe beklagt, andererseits die mangelnde Erreichbarkeit der Betroffenen und die Abwehr gegen die institutionelle Psychiatrie. In einem Projekt der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Hilfen“ (Einrichtungen nach § 72 BSHG) der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Düsseldorf mit den Rheinischen Kliniken Düsseldorf wurde neben der quantitativen Erfassung der Häufigkeit psychischer Störungen bei Wohnsitzlosen auch das den Mitarbeitern der Wohnsitzlosenhilfe zugängliche Profil psychiatrischer Probleme ermittelt und in qualitativen Interviews die Relevanz für die betroffenen Einrichtungen erfasst. Im folgenden Beitrag wird versucht, das Versorgungsproblem sowohl von der Seite der Psychiatrie als auch von der Wohnungslosenhilfe zu beleuchten.

Das Fach Psychiatrie hat die Aufgabe der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Die Psychiatrie ist dabei mehr als jede andere medizinische Disziplin zeitgenössischen Strömungen unterworfen. In den Anfängen des letzten Jahrhunderts spielte die psychiatrische Obdachlosenforschung aus heutiger Sicht eine eher unrühmliche Rolle. Die damalige „moralische Phase“ der psychiatrischen Diagnostik erklärte Obdachlosigkeit als Problem charakterologischer Schwäche oder als Symptom von Hirnerkrankungen und bereitete somit nicht nur der gesellschaftlichen Diskriminierung, sondern schließlich auch der Verfolgung in der Zeit des National-

sozialismus den Boden. Auch nach 1945 setzte sich bis in die 70er Jahre der Versuch fort, den zugrundeliegenden Persönlichkeitsdefekt Obdachloser zu identifizieren und durch Testergebnisse zu objektivieren (Greifenhagen und Fichter, 1996).

## „Epidemiologische Phase“: neuer Beitrag zur Obdachlosenforschung

Im Zuge zunehmender sozialer Probleme, die auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung Obdachlosigkeit nicht mehr als Problem einzelner Land- und Stadtstreicher erscheinen ließ, sondern als Problem von Armut und sozialer Ausgliederung, entwickelte auch die Psychiatrie einen anderen Blickwinkel. Obdachlosigkeit und psychische Erkrankung wurden als getrennte Phänomene wahrgenommen, aus der Psychiatrie des Obdachlosen wurde eine Psychiatrie bei Obdachlosen. In den 80-er Jahren im angloamerikanischen Raum – und mit einer Dekade Verzögerung auch in der Bundesrepublik – leistete die „epidemiologische Phase“ der psychiatrischen Diagnostik einen neuen Beitrag zur Obdachlosenforschung.

Die in den 80-er Jahren durchgeführten Untersuchungen in angloamerikanischen Ländern zeigen, dass die Häufigkeit psychischer Störungen bei Wohnungslosen gegenüber der Allgemeinbevölkerung um den Faktor zwei bis sechs erhöht ist, wobei Alkohol- und Drogenprobleme die am häufigsten gestellten Diagnosen sind, aber auch Schizophrene Psychosen und Affektive Störungen mit circa 10 beziehungsweise 15% deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auftreten. Jenseits klassischer psychiatrischer Diagnosen ist bedenkenswert, dass 30 bis

40% der Befragten innerhalb des letzten Jahres über Suizidgedanken berichteten und 19 bis 36% im Lebenslauf bereits Suizidversuche unternommen hatten (Driessen und Dilling, 1997).

## Über zwei Drittel der Wohnungslosen psychisch krank

Auch in der Bundesrepublik kann unter Berücksichtigung methodischer Schwierigkeiten der Erfassung tatsächlicher Obdachlosigkeit auf der einen Seite und der Diagnostik psychischer Störungen bei dieser für das psychiatrische Versorgungsnetz schwer zugänglichen Bevölkerungsgruppe davon ausgegangen werden, dass mehr als zwei Drittel der Wohnungslosen unter einer psychischen Erkrankung leiden. Dabei wurde in der Regel die Häufigkeit schizophrener Störungen mit bis zu einem Drittel, affektiver Störungen mit bis zu 50 % und Suchterkrankungen mit bis zu 90% (Mehrfachdiagnosen eingerechnet) ermittelt. In seinem „Münchener Obdachlosenprojekt“ als Prototyp einer großstädtischen Region identifizierte Fichter (Fichter et al., 1999) sogar nur 5,5% der Betroffenen ohne irgendeine psychiatrische Diagnose. In Untersuchungen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Düsseldorf fanden Nouvertné im Jahr 1995 und Müller & Schönell im Jahr 2000 bei geringen Schwankungen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen einen zeitstabilen durchschnittlichen Anteil von psychisch Erkrankten einschließlich Abhängigkeitserkrankungen in der gleichen Größenordnung wie in den vorgenannten Studien (Tabelle 1).

Nicht nur die Häufigkeit der Störungen zeigt über die Zeit Konstanz, sondern auch soziale Cha-



Dr. med. Helmut Schönell, Abteilung Allgemeine Psychiatrie – Suchtkrankheiten – Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität; Bergische Landstrasse 2, 40629 Düsseldorf

	1995 (Institut für Kommunale Psychiatrie)	2000 (Müller/Schönell)
ohne Suchterkrankungen	21 – 28 %	circa 30 %
Suchterkrankungen	61 – 72 %	circa 66 %

In der „Asylphase“ wurden psychisch Kranke nach dem ersten oder zweiten gescheiterten Entlassungsversuch dauerhaft hospitalisiert

Tabelle 1: Vergleich der psychischen Störungen und Suchterkrankungen unter Wohnsitzlosen in Einrichtungen der Wohnsitzlosenhilfe (72 BSHG) der Studien in Düsseldorf 1995 und 2000

rakteristika der Klientel (siehe Tabelle 2 auf der nächsten Seite).

### Großteil der Betroffenen ledig oder geschieden

Es ist frappierend, dass, circa 90% der Betroffenen in beiden Untersuchungen ledig oder geschieden waren, auch die Einkommenssituation stellte sich nahezu deckungsgleich dar. Dies mag zunächst trivial erscheinen, weil es quasi-empirischen Erwartungen über diese soziale Gruppe entspricht; es ist nicht trivial, weil Untersuchungen zur neuen Armut neue Gruppen randständiger Menschen eruiert haben wollen. Die Unterschiede in der Wohnsituation können entweder durch strukturelle Änderungen im Angebot oder durch unterschiedliche Erfassungsmerkmale bedingt sein.

Die psychiatrisch-epidemiologische Forschung im Feld der Wohnungslosigkeit ist mit einer Vielzahl methodischer Schwierigkeiten behaftet: die Dunkelziffer verdeckter Wohnungslosigkeit erschwert die Repräsentativität von Stichproben, die Erhebung durch Sozialarbeiter oder durch Fragebögen bei den Klienten lässt die Validität der Diagnosen unsicher erscheinen und die Feststellung von Diagnosen indiziert nicht automatisch den psychiatrischen Handlungsbedarf, um nur einige der Schwierigkeiten zu nennen. So ist die Forderung erhoben worden, die Datenqualität epidemiologischer Untersuchungen noch weiter durch aufwändigere Untersuchungsansätze zu verfeinern.

### „Subjektorientierte Phase“ in der psychiatrischen Diagnostik

Die objektive Quantität des Problems, also die „wahre Häufigkeit“ expertendefinierter Diagnosen psychisch kranker Wohnungsloser durch immer ausgefeiltere Forschungsmethoden zu ermitteln,

spielt jedoch für die Problematik des Engagements der Psychiatrie in der Wohnungslosenhilfe keine zentrale Rolle mehr. Vielmehr hat sich in der Psychiatrie allgemein in den letzten Jahren ein Blickwinkel entwickelt, der als „subjektorientierte Phase“ in der psychiatrischen Diagnostik zu verstehen ist. Nicht die Diagnosestellung selbst hat Relevanz für psychiatrischen Handlungsbedarf, sondern die Behandlungsbedürftigkeit auf der einen und die vom Betroffenen formulierte Behandlungsnotwendigkeit auf der anderen Seite - eng verbunden mit dem Begriff der Lebensqualität.

Salize et al. (2001) kommen in einer Untersuchung bei 102 allein-stehenden Wohnungslosen in Mannheim zu dem Ergebnis, dass in 18 erhobenen Lebensbereichen psychisch erkrankte Wohnungslose nur in drei Bereichen größere Beeinträchtigungen beschrieben als nicht psychisch erkrankte Wohnungslose:

- in der gesundheitlichen Verfassung,
- der körperlichen Leistungsfähigkeit und der
- Dimension von Unterstützung und Geborgenheit.

Deutlichere Unterschiede fanden sich im Vergleich zu einer Gruppe gemeindepsychiatrisch versorgter Schizophrener: hier wurden in elf Lebensbereichen positivere Wertungen als bei den psychisch erkrankten Wohnungslosen abgegeben. Nur in den Bereichen „geistige Leistungsfähigkeit“ und „Selbständigkeit im Alltag“ schnitten die Obdachlosen besser ab. Könnte also einem Wohnungslosen hinsichtlich seiner Lebensqualität etwas Besseres passieren, als zum Psychiatrieerfahrenen zu werden?

Diese Frage ist aus heutiger Sicht eindeutig mit „nein“ zu beantworten. Aber auch in der Therapie beziehungsweise Versorgung hat die

Psychiatrie im letzten Jahrhundert mehrere Phasen erlebt. In der „Asylphase“ wurden psychisch Kranke nach dem ersten oder zweiten gescheiterten Entlassungsversuch dauerhaft hospitalisiert. Das psychiatrische Krankenhaus als totale Institution befriedigte alle Bedürfnisse, und die Betroffenen wurden durch den langen Krankenhausaufenthalt schließlich in eine passive Haltung gedrängt und arrangierten sich mit den Erfordernissen des Behandlungssystems. Noch 1955 gab es in den Vereinigten Staaten 339 belegte Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner, 1993 nach drastischem Bettenabbau nur noch 41 Betten (Lamb, 1994).

### Bettenabbau läutet „komplementäre Phase“ ein

Dieser Bettenabbau läutete mit der Strategie der Desinstitutionalisierung (in der BRD: Enthospitalisierung) die „komplementäre Phase“ der Versorgung psychisch Kranker ein. Auch in der BRD wurden Patienten teilweise stationsweise in Wohnheime oder Wohngruppen außerhalb der Kliniken verlegt, was von ihnen aufgrund der bereits beschriebenen Passivierung größtenteils auch akzeptiert wurde. Nach anfänglich wohnortferner Heimverlegung setzte sich in den 90er Jahren eine gemeindenahere Integration in Wohngruppen und Wohngemeinschaften durch. Diese Desinstitutionalisierung wurde oft angeschuldigt, für die Zunahme von Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung verantwortlich zu sein, wie der Titel eines Buches „auf die Strasse entlassen“ nahe legt. Tatsächlich sind die ehemaligen Langzeitpatienten nicht in die Wohnungslosigkeit entlassen worden. Von dem Problem der Wohnungslosigkeit sind erst die späteren Generationen betroffen, die das Problem Wohnungslosigkeit bereits in die Behandlung mitbringen.



Dr. rer.soc. Ulrich Müller, Diplom-Sozialwissenschaftler, Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität, Bergische Landstrasse 2, 40629 Düsseldorf

Wenn Wohnungslose nicht in die Psychiatrie wollen, muss die Psychiatrie „Platte machen“, muss den Kontakt da suchen, wo sie ihre Klienten findet



Nach einer Erhebung in Bielefeld (Wessel et al., 1997) waren in einem Einjahreszeitraum 16,7 % der aufgenommenen Patienten obdachlos, wohnungslos oder Wohnungsnotfälle. Nur bei 32 von 148 Obdachlosen, einem von 186 Wohnungslosen und fünf von 200 Wohnungsnotfällen ließ sich während der Behandlung eine Veränderung der Wohnsituation erreichen. Eine genauere Behandlungsevaluation von 50 stationär aufgenommenen wohnungslosen (Platte oder Notunterkunft) Männern in Münster (Lowens et al., 2000) zeigte, dass sie sich im subjektiven Gesundheitszustand bei Aufnahme und hinsichtlich der Behandlungsdauer nicht von einer Kontrollgruppe unterschieden. Behandlungsabbrüche waren bei den wohnungslosen Patienten etwas häufiger, signifikante Unterschiede fanden sich hinsichtlich der poststationären Variablen: während alle Probanden der Kontrollgruppe nach Abschluss der Behandlung weiterhin über eine Wohnung verfügten, gelang nur bei vier Wohnungslosen die Vermittlung in eine betreute oder selbständige Wohnsituation und nur bei acht Patienten konnte eine ambulante psychiatrische Behandlung eingeleitet werden.

#### Komplementäre Einrichtungen von Wohnsitzlosen kaum genutzt

Komplementäre Einrichtungen stellen ein von Wohnsitzlosen kaum genutztes Angebot dar. In einer bemerkenswerten jüngeren Untersuchung wurden 249 Wohnsitzlose über 16 Monate hinweg alle zwei Monate zu Aspekten ihrer Lebensqualität und Zufriedenheit befragt: nur der Wechsel in eine unabhängige Wohnsituation trug entscheidend zu einer Verbesserung in Lebensqualität und Zufriedenheit bei, die Effekte abhängigen Wohnens unterschieden sich kaum von den Einschätzungen bei fortbestehender Wohnungslosigkeit (Wolf et al., 2001). Stationäre Psychiatrie tut also, was sie tun kann: sie behandelt psychische Störungen, sie stabilisiert drohende soziale Gefährdung. Psychiatrie erzeugt nicht Obdachlosigkeit, sie kann bereits eingetretene Obdachlosigkeit aber nur selten rückgängig machen.

Wenn Wohnungslose nicht in die Psychiatrie wollen, muss die Psychiatrie „Platte machen“, muss den Kontakt da suchen, wo sie ihre Klienten findet. Versuche mit dem sogenannten „Broker Case-Management“, bei dem 80 bis 100 Klienten durch einen Koordinator, den sie in seinem Büro aufsuchen, Hilfen vermittelt werden (dem deutschen Betreuungssystem vergleichbar) zeigten keine besonderen Effekte. In den letzten Jahren haben sich im angloamerikanischen Raum kleine gemeindepsychiatrische Teams etabliert, die für eine Gruppe von 15 bis 20 Klienten zu meist aus einem Koordinator, einem Psychiater und einem Sozialarbeiter bestehen und notfalls 24 Stunden täglich erreichbar sind. Kosten-Effektivitäts-Vergleiche konnten belegen, dass die Hospitalisierungsraten der Klienten deutlicher sanken als bei anderen Versorgungsmodellen und dass sich der Gesundheitszustand signifikant besserte (Wolff et al., 1997). Allerdings ist die Implementation solcher Versorgungsmodelle in der Bundesrepublik außerhalb von Forschungsprojekten derzeit kaum vorstellbar.

#### Bedeutung psychischer Störungen

Gemeindenaher psychiatrischer Arbeit mit Wohnsitzlosen bedarf einer größeren Durchlässigkeit der Systemgrenzen von Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe. In einigen Gemeinden sind so genannte „Sektorkonferenzen“ (in denen alle innerhalb eines Sektors tätigen psychosozialen Dienstleister versammelt sind) als „runde Tische“

etabliert, um über die Bedürfnisse der Klienten Verständigung zu erzielen. In unserem Düsseldorfer Projekt haben wir versucht, Mitarbeiter der ambulanten und stationären Einrichtungen nach § 72 BSHG für Problembereiche und Behandlungsmöglichkeiten psychisch kranker Wohnsitzloser zu sensibilisieren. Die Mitarbeiter bearbeiteten nach einer einführenden Schulung jeweils mit einer Stichprobe ihrer Klienten den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) (Kauder 1999). Nach Abschluss der Erhebung wurden mit den Mitarbeitern leitfadengestützte Interviews zu ihren Erfahrungen mit der Erhebung und zur Bedeutung psychischer Störungen in den Einrichtungen geführt.

Diese Interviews hatten zunächst das Ziel, eine umfassende Reflexion der Mitarbeiter über die Studie zu eruieren. Als positiver Nebeneffekt ergab sich, dass alle Interviewten dieses Gespräch nutzten, um auch über Positionen ihres Interventionsansatzes, die daraus resultierende Arbeit sowie über ihre Kenntnisse von ihrer Klientel

Merkmal	Studie 2000	Studie 1995
<b>Familienstand</b>		
ledig	64	56
verheiratet	3	4
geschieden	32	33
verwitwet	2	2
unbekannt	3	6
<b>Unterhalt</b>		
eigene Arbeit	10	11
Familie	1	1
berentet	5	6
Arbeitsamt	32	31
Sozialhilfe	48	47
Sonstiges	2	2
unbekannt	2	3
<b>Wohnsituation</b>		
allein	20	14
mit Familie	10	4
ofW	-	3
betreutes Wohnen	6	10
in Institution	29	52
Platte	6	5
Nachtunterkunft	-	10
ofW/Nachtunterk.	30	-

Tabelle 2: Vergleich von Merkmalen Wohnsitzloser der Studien in Düsseldorf 1995 (Quelle: Institut für Kommunale Psychiatrie, Hg. (1995): auf die Strasse entlassen. Psychiatrie-Verlag Bonn) und 2000 (Quelle: Müller U, Schönell H: Studie 2000 im Auftrag des Arbeitskreises „Psychosoziale Hilfen“ der Psychosozialen Arb.gemeinschaft Düsseldorf, Manuskript im Druck) in Prozent

nachdachten. Neben den in Tabelle 3 aufgeführten Aussagen sollen hier noch drei weitere Kategorien erwähnt werden:

- Nahezu alle Interviewten gaben an, dass sie nach dem IBPR eine neue Sicht auf und neue Kenntnis von ihrer Klientel hatten – „lernte sie neu kennen“ – und dass stereotype und selektive Wahrnehmungen aufgebrochen wurden.
- Als vorrangige Wünsche gaben die Interviewten an, dass sie ihrer Klientel besser gerecht werden möchten; als Voraussetzung dafür sehen sie vor allem Weiterbildung / Fortbildung in psychiatrischen Grundkenntnissen.
- Mehr und optimale Kooperation mit den psychiatrischen Kliniken und den niedergelassenen Nervenärzten wünschen sie sich, insbesondere eine Krisenversorgung, die eine Komm-Struktur hat.

#### Wahrnehmung der Klientel von Seiten der Mitarbeiter verändert

Betrachtet man die Aussagen generell, so fällt ein Paradoxon auf: Die Klientel in den Einrichtungen selbst hat sich, mindestens in den letzten sieben Jahren kaum verändert, wohl aber die Wahrnehmung der Klientel durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die psychischen Störungen der Klientel seien häufiger geworden, dadurch käme es zunehmend zu Belastungen und Störungen in der täglichen Arbeit. Daher greife der gewohnte Interventionsansatz nicht mehr, sodass man, bis man einen neuen entwickelt habe, improvisieren müsse und nicht zuletzt fühle man sich von den psychiatrischen Dienstleistern nicht optimal unterstützt. Diese Diskrepanz von Wirklichkeit und Wahrnehmung kann man als jene Anomie bezeichnen, die einen Paradigmenwechsel (T. Kuhn), wie er in der Wohnungslosenhilfe derzeit stattfindet, einleiten kann.

#### Wie kann die Psychiatrie psychisch kranken Obdachlosen helfen?

Aus den vorgenannten Befunden und der Relevanz des Problems in allen westlichen Industrienationen über mittlerweile zwei Jahrzehnte wird deutlich, dass es keine einfache

Antwort auf diese Frage geben kann und vor allem eine monothe-matische Schuldzuweisung an der Entstehung dieses multifaktoriellen Problems fehl am Platz ist.

#### Psychiatrie allein kann

- psychiatrische Krisen bei Obdachlosen behandeln,
- Obdachlosen mit Respekt vor ihrer Lebensplanung und dem derzeitigen Scheitern des Lebensentwurfes begegnen,
- den Mitarbeitern/innen in der Wohnungslosenhilfe geeignete Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, bei psychischen Störungen Motivationsarbeit zu leisten und rechtzeitig Interventionen einzuleiten.

#### Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe gemeinsam können

- Kooperationen zur gegenseitigen Hilfe und Krisenintervention entwickeln,
- auf politische Gremien zur Bereitstellung und Finanzierung

geeigneter Einrichtungen und gesetzlicher Rahmenbedingungen einwirken und

- zusammen mit dem Grundlagentheoretikern und funktionsfähige Störungsmodelle entwickeln, die Erklärungskraft für aufrechterhaltende Bedingungen der Wohnungslosigkeit haben und Ansätze für therapeutische Interventionen bieten.

Insbesondere die letzte Forderung berührt ein Grundproblem der Wohnungslosenhilfe. Der „Sozialen Arbeit“ als „Profession ohne Eigenschaften“ (Kleve 2000) fehlen jenseits sozialer Unterstützung und Ressourcenaktivierung sowohl eine Behandlungstheorie sozialer Probleme als auch anerkannte Standards der Hilfeplanung bei komplexen Störungen, die bis zur Gegenwart auch durch die Theoriearbeit der Sozialpsychiatrie (Simon 1992) nicht wettgemacht werden konnten.

Betrachtet man die Aussagen generell, so fällt ein Paradoxon auf: Die Klientel in den Einrichtungen selbst hat sich, mindestens in den letzten sieben Jahren kaum verändert, wohl aber die Wahrnehmung der Klientel durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Kategorie / Dimension	Aussagen
Quantität	"25% psychisch Kranke" "fifty-fifty Sucht und anderes" "80% Sucht, 53% psychische Störung, 28% comorbid" "Früher mehr C2, heute mehr Polytoxikomane" "Viele Beeinträchtigte, viele Doppeldiagnosen" "Lediglich 10% haben kein Suchtproblem"
Trend	"quantitativ viele" "Immer (öfter) mehr" "Immer mehr"
Bedeutung	"spielen gravierende Rolle" "spielen ne Rolle" "Immer größere Rolle" "Belastungsfaktor: durchaus" "schwer für Mitarbeiter, noch schwerer für Klientel" "größere Belastung für Personal und Mitbewohner" "dominierende Rolle fürs Management"
Folgen für Personal und das Interventionssystem	"Allmacht geringer" "Abgrenzungen notwendiger" "Änderung des Systems: Die Leisen vor den Lauten schützen" "Energieabsorbierung" "Motivation zur Behandlung macht Arbeit" "Aufwand für 'sozialen Frieden' leisten" "empathisches Verhalten einüben"
Klientel	"Grenzüberschreitungen: stinken, betteln, pöbeln" "keine Duldung, keine Akzeptanz gegen über psychisch Kranken: 'Der muss hier raus', 'Durchgeknallte'" "Psychisch Kranke werden unter den Obdachlosen nochmals stigmatisiert"

Tabelle 3: Aussagen von Mitarbeitern Düsseldorf der Wohnsitzlosenhilfe (§ 72 BSHG) über die Rollen von psychischen Störungen ihrer Klientel (Quelle: Müller U, Schönell H: Studie 2000 im Auftrag des Arbeitskreises „Psychoziale Hilfen“ der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Düsseldorf, unveröffentlichtes Manuskript)

## Literatur

**Kriessen M, Dilling H** (1997) Psychische Störungen bei Wohnungslosen – angloamerikanische Untersuchungen zu Epidemiologie und Versorgung. *Psychiat. Prax.* 24: 162-166

**Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J, Koegel P, Wittchen HU** (1999) Psychische Erkrankung bei obdachlosen Männern und Frauen in München. *Psychiat.Prax.* 26:76-84

**Greifenhagen A, Fichter M** (1996) Psychiatrische Obdachlosenforschung. *Nervenarzt* 67: 905-910

**Kauder V** (Hrsg.) (1999) Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. *Psychosoziale Arbeitshilfen* 11. Psychiatrie Verlag, Bonn

**Klewe H** (2000) Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie sozialer Arbeit. Lambertus, Freiburg i. Br.

**Kuhn TS** (1981) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp, Frankfurt/M, 5. Aufl

**Lamb HR** (1994) Probleme der Desinstitutionalisierung. In: Eikermann B, Reker T: *Sozialpsychiatrie in der Praxis*. Lit, Münster Hamburg

**Lovens S, Kellinghaus C, Eikermann W, Reker T** (2000) Wohnungslose Männer in stationär psychiatrischer Behandlung- Eine kontrollierte Studie. Teil 2: Behandlungseffekte. *Psychiat. Prax.* 27:24-27

**Nouvertné U** (1996) Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.) *Auf die Strasse entlassen: Obdachlos und psychisch krank*. Psychiatrie Verlag, Bonn

**Salize HJ, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wolf I, Henn F, Rössler W** (2001) Wie beurteilen psychisch kranke Wohnungslose ihre Lebensqualität? *Psychiat. Prax.* 28: 75-80

**Simon FB** (1992) Über die Nützlichkeit der sozialpsychiatrischen Theoriearmut. *Sozialpsychiatrische Informationen* 22: 2-8

**Wessel T, Pörksen N, Zechert C** (1997) Wohnungslose Patienten in der Psychiatrischen Klinik. *Psychiat. Prax.* 24: 167-171

**Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S** (2001) Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 391-398

**Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, Calsyn RJ, Klinenberg WD, Trusty ML** (1997) Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *Am J Psychiatry* 154:341-348

# Wohnungslosenhilfe vor Paradigmenwechsel?

## Sozialpsychiatrische Haltung könnte das Paradigma der Armut der 80-er Jahre ablösen

Von Helma Hesse-Lorenz, Ulrich Müller und Helmut Schönell

In der Wohnungslosenhilfe wurden bis weit in die 80-er Jahre die Problemlagen der hilfesuchenden Menschen fast ausschließlich unter dem Paradigma der Armut diskutiert. Armutsbekämpfung und Emanzipation der Benachteiligten galten als die Leitlinien einer fortschrittlichen, zukunftsorientierten Sozialarbeit. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die die Problemlagen der wohnungslosen Menschen nicht nur unter dem Blickwinkel des Versagens der Gesellschaft betrachteten, sondern auch die individuellen Faktoren – insbesondere psychische Erkrankungen – in den Hilfeprozess mit einbezogen, wurden als antizipiert abgetan. Diese Haltung resultierte aus nachvollziehbaren Vorbehalten gegenüber der Psychiatrie, deren Erklärungsversuche zur sogenannten Nichtsesshaftigkeit bis in die 70-er Jahre hinein meist in hirnorganischen Störungen, vererbten oder früh erworbenen Hirnerkrankungen oder zumindest in einer individuellen charakterlichen Disposition bestanden.

### Die klassische Haltung der Wohnungslosenhilfe

Die Geschichte der medizinisch psychiatrischen Nichtsesshaftenforschung beginnt in den Jahren um die Jahrhundertwende mit den Arbeiten von Thun, Bonhoeffer und Wilmanns. In der Zeit bis zum Nationalsozialismus wurde dann mehr und mehr der Begriff des Wandertriebes zur Erklärung von Wohnungslosigkeit herangezogen. Mayer (1934) stellte die These auf, dass der Wandertrieb in der Form einer aktiven Neigung zur Vabondage in der Regel das Symptom einer beginnenden Dementia praecox ist: „Der Wandertrieb ist keine Krankheit eigener Art, sondern lediglich ein Symptom verschiedenartiger geistiger Störungen und

Psychopathien. (...) Zur Bildung krankhafter Wandertriebzustände tragen auch Schwachsinn, gesteigerte triebhafte Willensregungen, Unstetigkeit und sittliche Minderwertigkeit erheblich bei. (...) Für das Zustandekommen und die Entwicklung des Wandertriebes ist mehr oder minder die angeborene Persönlichkeit von ausschlaggebender Bedeutung.“(zit. Locher 1990:51) Allerdings ist Locher der Ansicht, dass die medizinischen Arbeiten, die in der Diskussion bis heute immer zitiert werden, in ihren Aussagen unzulässig verallgemeinert wurden.

### Beispiel für die praktischen Auswirkungen von Erklärungsansätzen

Ein Beispiel für die praktischen und/oder politischen Auswirkungen dieser Erklärungsansätze für Wohnungslosigkeit ist dieses: In einem Prüfungsvermerk zur Planung einer medizinischen Station in einer Arbeiterkolonie schreibt ein Medizinaldirektor der Bezirksregierung Braunschweig 1950 über alleinstehende Wohnungslose: „Amtsärzte und Arbeitsmediziner haben vielseitige Erfahrungen im Umgang mit diesen Menschen. Sie kennen die Forschungsergebnisse, die durchschlagendes Zigeunerblut in der Ahnenreihe nachweisen. Deshalb scheitern alle Sozialisierungsversuche. (Nichtsesshafte ..) sind Menschen, die durch Erbanlagen und Umwelteinflüsse ein freies, bedürfnisloses Leben ohne Arbeit und soziale Bindung gewählt haben (...). Die jetzige Planung sieht fehlsam eine Komforteinrichtung vor, die nicht nur unnötig, sondern auch psychologisch falsch ist. Asoziale fühlen sich im ihnen fremden Milieu nicht wohl. Sie kommen damit so wenig zurecht, wie ein Kleinwagenfahrer mit einem Porsche. Als

Die Geschichte der medizinisch psychiatrischen Nichtsesshaftenforschung beginnt in den Jahren um die Jahrhundertwende mit den Arbeiten von Thun, Bonhoeffer und Wilmanns



Fehlschlag haben sich Annahmen erwiesen, Asoziale würden durch gepflegte Umgebung auf eine höhere Stufe der Lebensführung gehoben. Das Gegenteil ist der Fall. Sie ziehen die Umgebung auf Ihr Niveau herab. Das weiß jeder vorurteilslose Amtsarzt, Polizeibeamter und Ordnungsamtsleiter“.  
(zit. Klee 1982:55)

Aus dem Zusammenspiel des „inneren“ Paradigmas der Sozialarbeit innerhalb der Wohnungslosenhilfe, die Wohnungslosigkeit als Folge von gesellschaftlich produzierter Armut zu sehen, mit den Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie, die eine Medikalisierung der Wohnungslosigkeit aufgrund individueller Psychopathologie betrieb, ist die Zähigkeit des Paradigmas gegenüber der veränderten Wirklichkeit zumindest zu einem Teil erklärlich.

#### Die Orientierungsphase innerhalb der Wohnungslosenhilfe

Paradigmen wandeln sich erst dann, wenn die Wirklichkeit im Widerspruch zum Paradigma steht, und nicht mehr umgedeutet werden kann. Das heißt, die starke Zunahme psychisch Kranker in den Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe erzwang geradezu die widerwillige Annahme dieser Thematik und die Auseinandersetzung damit. Erst 1989 wurde eine Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Nichtsesshaftenhilfe in Nürnberg unter dem Titel „Armut und Leid – Politik und Sozialarbeit“ ausschließlich dieser Thematik gewidmet.

Der Titel der Tagung macht deutlich, wie schwer sich Sozialarbeit im Bereich der Wohnungslosenhilfe zum damaligen Zeitpunkt noch mit diesem Thema tat. Hier wurde unter anderem auch die erste neuere Studie zu Psychischen Erkrankungen bei alleinstehenden Wohnungslosen in München vorgestellt (Greifenhagen et al. 1987). Die Untersuchung sollte ein Beitrag sein, das Verständnis für medizinische und/oder psychiatrische Probleme der Menschen, die auf der Strasse leben, zu erweitern, so die Autoren der Untersuchung. Nicht gesagt wurde, an welche Berufsgruppe, ob nun an Mediziner

oder Sozialarbeiter, dieser Appell sich eigentlich richtete und welche Schlussfolgerungen, Forderungen und Hilfen daraus abzuleiten wären.

1992 wird auf der Herbstarbeitstagung des Zentralverbandes sozialer Heim- und Werkstätten e.V. (ZHW) wiederum auf das Problem der Psychisch Kranken in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die sich dort vermehrt einfinden, hingewiesen. So sagt der Psychiatrie – Referent der Stadt Köln, Arnd Schwendy: „Angesichts der katastrophalen Lage auf dem Wohnungsmarkt läuft die bisherige Psychiatriepolitik auf Grund. Quartiere für Psychisch Kranke seien bei weitem nicht in dem Umfang entstanden, wie in der Psychiatrie Kapazitäten abgebaut worden seien. (...) In den 70er Jahren haben wir für die Auflösung der großen Anstalten plädiert. Das Ziel ist richtig, aber inzwischen kämpfe ich um den Erhalt der Kapazitäten, weil ich nicht sehen will, wie die Leute hier vergammeln.“ (1993:6)

Ilse Eichenbrenner schreibt 1992 in ihrem Aufsatz „Lebensraum Straße“: „Weil die psychiatrischen Kliniken ihre Asylfunktion nicht mehr wahrnehmen, übergeben sie die Verantwortung für eine große und schwierige Patientengruppe der ambulanten psychosozialen Arbeit, die über kein ausreichendes Hilfesystem verfügt; unzulässig ist, den Versorgungsauftrag ohne Umwege an die Institutionen der Nichtsesshaftenhilfe weiterzugeben.“

Die zuletzt genannten Äußerungen spiegeln die Haltung, den Abbau der psychiatrischen Anstalten und die Öffnung zur Gemeinde für das Problem psychisch kranker Wohnungsloser verantwortlich zu machen und die Gefahr, der Psychiatrie wieder die Zuständigkeit für Wohnungslosigkeit zuzuschreiben, statt am realen Lebensraum der Betroffenen anzusetzen.

#### Veränderung der Haltung innerhalb der Wohnungslosenhilfe

1992 teilt die Ärztezeitung mit, dass mindestens 20 % der Nichtsesshaften in den alten Bundeslän-

dern psychisch krank sind. (1992:11). Heute wird allgemein von circa 60 bis 80 % psychisch Kranker in den Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe ausgegangen. Diese Tatsachen zeigen, dass sich die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mehr denn je mit der Problematik der psychisch kranken Wohnungslosen auseinandersetzen müssen. Seit Ende der 80er Jahre begannen sie, diese Thematik in eigenen Arbeitskreisen und/oder den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu bearbeiten und nach entsprechenden Fortbildungen zu suchen, die es zu dieser Thematik im Bereich der Wohnungslosenhilfe NRW zu diesem Zeitpunkt kaum gab. Einzig die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepсихиатрии im Rheinland e.V., kurz AGpR, bietet 1993 eine sogenannte Basisqualifikation zum Thema Psychoseerkrankungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in komplementären sozialen Diensten und Einrichtungen an.

#### Die Düsseldorfer Studie über psychisch kranke Wohnungslose

Im Jahre 1996 wurde diese Fortbildungsreihe auch erstmalig über das Diakonische Werk im Rheinland – Fachverband für Gefährdetenhilfe – angeboten, 1998 wurde ein weiteres Angebot zum Thema „Diagnostik“ ebenfalls im Rahmen einer Fortbildungsreihe installiert. Beide Fortbildungsreihen werden weiterhin angeboten und gut besucht. In Düsseldorf wurde 1995 im Rahmen des Landessozialberichtetes Psychiatrie eine Studie über psychisch kranke wohnungslose Menschen in Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe durchgeführt. Auf Grund der Ergebnisse dieser Studie konnten dann 1999 mit dem für alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zuständigen Kostenträger Landschaftsverband Rheinland die Vereinbarung über Hilfen gemäß §§ 72/39 BSHG abgeschlossen werden.

Dies bedeutete für die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, dass bei Aufnahme eines psychisch kranken Wohnungslosen in die stationäre Hilfeform die Möglichkeit einer sogenannten „Clearing und Motivationsphase“ von 18

1992 teilt die Ärztezeitung mit, dass mindestens 20 % der Nichtsesshaften in den alten Bundesländern psychisch krank sind. Heute wird allgemein von circa 60 bis 80 % psychisch Kranker in den Einrichtungen und Diensten der Wohnungslosenhilfe ausgegangen

Im Jahr 2000 gab die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe – BAG – als Zentralorgan aller Einrichtungen in der Wohnungslosenhilfe erstmalig eine „Empfehlung zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen heraus

Erst im Jahr 1999 erhielten alle Rheinischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland einen gemeinsamen Antrag der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke wohnungslose Menschen

Die Selbstverpflichtung der Zuständigkeit der Wohnungslosenhilfe auch für psychisch kranke Wohnungslose hat die psychiatrischen Institutionen und politischen Gremien offenbar immer noch nicht wirklich erreicht

Monaten innerhalb der Einrichtung durchgeführt werden konnte und nicht wie zuvor bei bekannt werden der Erkrankung, vom Kostenträger der Zwang zur sofortigen Verlegung in eine definierte Einrichtung für psychisch Kranke ausgeübt wurde, der sich die meisten der Betroffenen verweigerten. Vielfach verließen diese Menschen dann die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, weil sie dem Druck der auf sie ausgeübt wurde, nicht stand halten konnten und zogen in die nächste Stadt oder Einrichtung, in der das Spiel von neuem begann. In einigen Fällen strengten die Betroffenen mit Unterstützung des Einrichtungsträgers ein Klageverfahren mit unsicherem Ausgang an. Nicht selten sind die Einrichtungsträger auf den Heimkosten sitzen geblieben. Aus diesem Grund ist die seit 1999 bestehende Vereinbarung zu Clearing und Motivation im Rahmen der §§72/39 BSHG im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland als großer Erfolg zu bewerten.

#### Paradigmenwechsel bei der Wohnungslosenhilfe

Im Jahr 2000 gab die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe - BAG - als Zentralorgan aller Einrichtungen in der Wohnungslosenhilfe erstmalig eine „Empfehlung zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen heraus. Damit wird der Problematik der psychisch kranken Wohnungslosen auch von Seiten der BAG- Wohnungslosenhilfe offiziell Rechnung getragen. Man könnte an dieser Stelle konstatieren, dass die Wohnungslosenhilfe ab diesem Zeitpunkt den Paradigmenwechsel vollzogen hat. Wie sieht es jedoch mit den Einrichtungen der Psychiatrie und der Sozialpsychiatrie aus? Erst im Jahr 1999 erhielten alle Rheinischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland einen gemeinsamen Antrag der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke wohnungslose Menschen.

Gefragt wurde unter anderem

- nach Maßnahmen und Hilfen, um eine Entlassung von Patienten in die Obdachlosigkeit zu vermeiden,

- nach ambulanten Hilfsangeboten durch die Klinik,
- nach der Möglichkeit von ambulanten und weiteren Hilfsangeboten für Obdachlose beziehungsweise von Obdachlosigkeit bedrohten Patienten,
- nach Verzahnung und Kooperationsverbesserung der Klinik mit Diensten / Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und der Gemeindepsychiatrie in Bezug auf obdachlose psychisch Kranke,
- nach Versorgungsdefiziten und Verbesserungsnotwendigkeiten.

Interessanterweise haben die Dienste und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bis heute weder von den Kliniken noch von den Kommunen Ergebnisse dieser Umfrage gesehen. Die Selbstverpflichtung der Zuständigkeit der Wohnungslosenhilfe auch für psychisch kranke Wohnungslose hat die psychiatrischen Institutionen und politischen Gremien offenbar immer noch nicht wirklich erreicht. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, weil die Selbstverpflichtung allein noch keine qualifizierte Arbeit mit dieser Problemgruppe sicherstellt.

Moog und Hesse-Lorenz formulierten diesbezüglich bereits 1993 zum Thema „Psychisch Kranke in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe“ folgende Voraussetzungen für eine funktionierende Kooperation:

- Übernahme der Verantwortlichkeit für psychisch kranke wohnungslose Menschen bei der Stelle oder Institution, bei der die Menschen ankommen, anstatt der Unzuständigkeitserklärung.
- Eine Kommunikation zwischen Mitarbeitern der psychiatrischen Institutionen und denjenigen der Wohnungslosenhilfe, die von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist.
- Eine wechselseitige ausreichende Information über die Angebote des jeweils anderen Fachgebietes.
- Schaffung von regelmäßigen Fortbildungsangeboten über psychische Erkrankungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe.

#### Erkenntnisse müssen in funktionierende Praxis umgesetzt werden

Diese Forderungen haben bis heute noch ihre Berechtigung und Gültigkeit. Paradigmenwechsel können sich nicht allein in einer veränderten Haltung erschöpfen, sondern benötigen Instrumente, um die gewonnenen Erkenntnisse auch in eine funktionale Praxis zu überführen. Das PSAG-Projekt in Düsseldorf stellt einen solchen Schritt der gegenseitigen Annäherung und der Wahrnehmung des Bedarfs der jeweils anderen Institution dar. Eine Durchsicht der kommunalen Aktivitäten in anderen Regionen zeigt allerdings, dass neben den Kommunen, die vergleichbare Annäherungen zeigen, auch in gleicher Weise noch diejenigen existieren, die sich eher in Abgrenzung und gegenseitiger Schuld- und Zuständigkeitzuweisung „üben“ und die Orientierungsphase noch nicht überwunden haben.

#### Literatur:

Ärztzeitung, 1992:11, zit nach: Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 20, 1993:6, VSH Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld

Eichenbrenner I (1992): Lebensraum Strasse, in: Bock / Weigand : Hand-werks-buch Psychiatrie, Psychiatrie -Verlag Bonn, 2. Aufl. 1992

Greifenhagen, Koniarczyk, Wolz (1990): Psychische Erkrankungen bei alleinstehenden Wohnungslosen („Stadtstreichern“) - Ziele und Methodik einer epidemiologischen Untersuchung im Raum München, in: Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 11, 1990:72f.

Hesse-Lorenz H, Moog R (1995): Psychiatrie ohne Ärzte - Frauen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Vortrag Langenfeld 06.02. 1995

IKP-Institut für kommunale Psychiatrie, Hg (1996): auf die Straße entlassen / obdachlos und psychisch krank, Psychiatrie-Verlag Bonn,

Klee, E (1982): Opfer oder Täter? Ein Medizinaldirektor und das „Zigeunerblut“, in : DIE ZEIT Nr. 4 v. 22.01.1982

Landschaftsverbandes Rheinland, Schreiben v.7.6.1999 an die ihm angeschlossenen Rheinischen Kliniken

Locher,G (1990): Der bisherige Beitrag der Medizin zur sogenannten Nichtsebhafte- forschung, in: Materialien zur Wohnungslosenhilfe (1990), Heft 11: 51, VSH -Verlag Soziale Hilfe GmbH, Bielefeld

Materialien zur Wohnungslosenhilfe (1993), Heft 20:6, VSH -Verlag Soziale Hilfe GmbH, Bielefeld

Wohnungslos - Zeitschrift der Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslosenhilfe (2000) 2.Quartal, VSH Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld S.70-77

# Grundversorgung, Vernetzung und Kooperation verbessern

Position der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe zur Situation psychisch kranker wohnungsloser Menschen

Von Thomas Specht-Kittler

Die BAG W Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W), der Dachverband der Wohnungslosenhilfe in Deutschland, hat sich in verschiedenen Stellungnahmen mit der psychosozialen Versorgung psychisch Kranker, Suchtkranker und chronisch Kranker auseinandergesetzt (BAG W, 1994, 2000). Sie wollte und will damit die angemessene Versorgung von Menschen fördern, die von ihrem Hilfebedarf her mehreren Hilfesystemen zuzuordnen wären. Je nach Perspektive wird in solchen Fällen die Suchtproblematik, die psychiatrische Problematik oder besondere soziale Schwierigkeiten (§ 72 Bundessozialhilfegesetz) in den Vordergrund gestellt. Bei Personen in Mehrfachproblemlagen kommt es allerdings auf das Zusammenwirken verschiedener Hilfesysteme an.

Mit dem Terminus „Personen in Mehrfachproblemlagen“, der vom Begriff her noch keine inhaltliche Problemdefinition vornimmt, ist ein offener Bezugspunkt gewonnen, da der Begriff anders als das Konzept der chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholiker (CMA), das gewissermaßen ein Leitproblem in den Mittelpunkt stellt, nicht indirekt schon eine bestimmte Zuständigkeitsregelung nahe legt.

## Ein Fallbeispiel mit Konsequenzen

Es handelt sich um einen 50-jährigen Mann, der seit 18 Jahren langzeitarbeitslos ist. Neben psychischen Auffälligkeiten, zum Beispiel extreme Unruhe, außerordentlich geringe Frustrationstoleranz, keine Einschätzung von Nähe und Distanz, wenig Gefühl für Eigenhygiene und Zimmersauberkeit, liegt ein Alkoholproblem vor. Während der Trinkphasen kommt es zu Alkoholexzessen, die dazu führen, dass der Klient ein-

nässt, mit offener Hose durch die Straßen läuft, betrunken im Treppenhaus liegt. Einsicht in sein Verhalten lag bis vor circa einem halben Jahr gar nicht vor, vielmehr bestritt er, jemals in einem solchen Zustand gewesen zu sein.

Der Betreute wohnt seit einigen Jahren in einer Dauerwohneinrichtung der Wohnungslosenhilfe. Er bewohnt dort ein Einzelzimmer, hat einen Mietvertrag und wird von einer Beratungsstelle ambulant betreut. Ebenfalls liegt seit einigen Monaten eine gesetzliche Betreuung vor. Während der Phase seines letzten Alkoholmissbrauches mussten die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle bei einer bestimmten Situation eingreifen.

Zunächst wurde mit dem Betroffenen ein Gespräch geführt, in dem ihm deutlich gemacht wurde, dass sein Verhalten so nicht mehr zu tolerieren war. Schließlich willigte er ein, eine Entgiftung durchzuführen. Es wurde Kontakt mit dem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen, das sich auch bereit erklärte, die Entgiftung durchzuführen. Bis der Krankenwagen da war, hatte sich allerdings der Zustand des Patienten dermaßen verschlechtert, dass er zunächst in ein somatisches Krankenhaus gebracht werden musste (das psychiatrische Krankenhaus verfügt über keine Möglichkeit, intensiv-medizinische Pflege durchzuführen). Zwischen den beiden Krankenhäusern wurde abgesprochen, dass sobald wie möglich eine Verlegung in das psychiatrische Krankenhaus stattfinden sollte.

Trotz dieser Absprache wurde die „Betreuung“ in dem Allgemein-krankenhaus so mangelhaft organisiert, dass der Betroffene einige Stunden später (weder die Bera-

tungsstelle, noch das psychiatrische Krankenhaus wurden darüber informiert) das Krankenhaus wieder verlassen konnte. Außerhalb der „normalen“ Dienstzeit kehrte er in die Einrichtung zurück. Nachdem der Mitarbeiter des Pfortendienstes dem Klienten am nächsten Tag, einem Samstag, bereits mehrere Flaschen Schnaps abgenommen hatte, wurde ihm die Situation zu heikel. Er rief einen Mitarbeiter der Beratungsstelle zur Hilfe.

Bei dem Versuch, den Betroffenen in einem Krankenhaus unterzubringen, kam es zu folgenden Ergebnissen:

## Im psychiatrischen Krankenhaus:

Nach der Problembeschreibung und nachdem der Name des Klienten bekannt wurde, sagte der aufnehmende Arzt, dass er diesen Patienten nicht aufnehmen wolle, der sei zu unangenehm, außerdem sei das Krankenhaus voll belegt. Wenn nicht eine psychiatrische Zusatzdiagnose oder Suizidalität beziehungsweise ein „psychotischer Schub“ vorliege, sei man nicht in der Lage, ihn aufzunehmen.

## In der Fachklinik (für Sucht):

Hier war der Wille zur Kooperation da, allerdings wurde das Setting als ungeeignet angesehen den Betroffenen ausreichend zu versorgen, vor allem wegen der fehlenden Motivation.

## Im Allgemein-Krankenhaus:

Wenn der Betroffene „nur“ betrunken sei, könne er nicht aufgenommen werden. „Das ist nämlich kein Grund für eine Aufnahme, denn, so ist das eben mit chronischen Alkoholikern.“ Falls dennoch eine Aufnahme stattfinden müsse, werde der Klient auf keinen Fall

Dr. Thomas Specht-Kittler ist stellvertretender Geschäftsführer der BAG W Wohnungslosenhilfe e.V., Postfach 130148 33544 Bielefeld Telefon 0521 / 143 96-0, Telefax 0521 / 143 96-19, e-Mail info@bagw.de

Das Positionspapier stützt sich im Wesentlichen auf die von der BAG Wohnungslosenhilfe in der Fachzeitschrift Wohnungslos Nr. 3/2000 veröffentlichte Langfassung der „Empfehlung zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen“

Alkoholsucht, Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe – Perspektiven für ein neues Verständnis des Verhältnisses der Wohnungslosenhilfe zur Alkoholsucht und Suchtkrankenhilfe, Empfehlung der BAG W, 1993, erarbeitet vom FA Beratung, Therapie, Versorgung, GH 2/94, S. 78–81

ein Bett bekommen, sondern auf einen Stuhl mit Video-Überwachung gesetzt und lediglich ausgenüchert.

#### In der zweiten Suchtklinik:

Hier sah man nach Problemschilderung die Möglichkeit einer Aufnahme als gegeben an.

An dieser Fallschilderung werden folgende Lücken und Probleme deutlich:

- Es gibt zwischen dem Psychiatrischen Krankenhaus und der betreuenden Einrichtung der Wohnungslosenhilfe keine abgesprochene, verlässliche Kommunikationsstruktur. Jede Einrichtung behandelt ihn in ihrem Setting „für sich“. Es entsteht nicht der Eindruck, als wären beide Seiten mit dem gleichen Problem befasst, bei dem sich jede Einrichtung mit ihren speziellen Möglichkeiten beteiligt. Dadurch ist auch die Unterstützung und Entlastungsleistung nicht so groß, wie sie sein könnte.
- Die zwischen beiden Krankenhäusern getroffene Vereinbarung war so missverständlich und nicht auf die besonderen Probleme dieser Personengruppe abgestimmt, dass der Klient in diesem Prozess „verloren gehen“ konnte. Ebenfalls war nicht geklärt, was passiert, falls der Klient die Hilfen im Allgemein-Krankenhaus nicht annehmen würde. So konnte es dann zu der grotesken Situation kommen, dass der Patient, weil er im Psychiatrischen Krankenhaus nicht ausreichend behandelt werden konnte, schließlich überhaupt keine medizinische Hilfe bekam.
- Es gibt im Stadtgebiet keine klare Absprache, wie mit Personen umgegangen wird, die sich durch langen Alkoholmissbrauch in einem „irregulären“ Zustand befinden. Es ist weder geklärt, ob für die Einweisung in ein Krankenhaus eine Einweisung vom Arzt vorliegen muss, ebenfalls gibt es kein Krankenhaus, das sich in jedem Fall als zuständig erklärt und in der Lage ist, eine dem Problem angemessene Betreuung vorzunehmen.

- Bei der Unterbringungsproblematik wird klar, dass sich das Psychiatrische Krankenhaus nicht als Teil des Hilfesystems begreift. Der Patient ist unangenehm, deshalb sieht man ihn nicht gerne und versucht „abzuzimmeln“. Es gibt keine klaren Kooperationsabsprachen, die dies verhindern.
- In der einen Suchtklinik fühlt man sich nur für „Motivierte“ zuständig. Die bei den Betroffenen vorliegenden Mehrfachproblematiken würden den Rahmen der Station sprengen.
- Das Allgemein-Krankenhaus ist mit den Problemen dieser Personengruppe völlig überfordert. In aller Regel findet eine konkrete Aufnahme gar nicht statt, sondern die Situation wird so gestaltet, dass der Betroffene möglichst schnell das Krankenhaus wieder verlässt. Die mit dieser Personengruppe ins Haus kommenden Probleme überfordern eine normale, in der Regel internistische Station, vollkommen.

Auf dem Hintergrund dieses Fallbeispiels hat die BAG W programmatische Leitlinien entwickelt. Zur Verbesserung der Hilfen für Personen mit psychiatrischen Problemen, inklusive Suchtkrankheiten, die zugleich wohnungslos sind (Personen in Mehrfachproblemlagen) müssen in den Bereichen Grundversorgung, Vernetzung und Kooperation sowie der Qualifizierung des Personals innerhalb einer Versorgungsregion deutliche Verbesserungen erfolgen.

#### Die Grundversorgung

Die Grundversorgung sollte die folgenden Hilfeangebote umfassen:

- Ambulantes allgemeines Beratungsangebot nach § 72 BSHG (Beratungsstelle);
- Aufsuchende Hilfen nach § 72 BSHG (Straßensozialarbeit/ medical Streetwork);
- Niedrigschwellige Tagesaufenthaltsangebote;
- Für die weibliche Klientel müssen Beratungsstellen, Tagesaufenthalte und Notübernachtungen vorgehalten werden, die ausschließlich den Frauen zur Verfügung stehen. In Diensten

und Einrichtungen für Männer und Frauen ist für die Frauen immer die Beratung und Begleitung durch weibliches Fachpersonal zu gewährleisten.

- Sozialhilfegewährung durch das (örtliche) Sozialamt in rechtskonformer Form;
- Die kassenärztliche Vereinigung muss ihrem Sicherstellungsauftrag medizinischer Versorgung nachkommen.

#### Vernetzung und Kooperation

Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie, insbesondere der sozialpsychiatrische Dienst müssen für Personen in Mehrfachproblemlagen einen abgestimmten Versorgungsauftrag definieren.

Anstelle von spekulativen Annahmen über Hilfebedarfe muss auf der Basis von Bedarfserhebungen eine Sozialplanung stattfinden. Die Angebote für Personen in Mehrfachproblemlagen müssen auf institutionalisierter Basis vernetzt arbeiten und kooperieren. Die Erstanlaufstelle für Personen in Mehrfachproblemlagen sollte im Rahmen der Wohnungslosenhilfe organisiert werden. Insbesondere in größeren Städten ist eine Notrufdienst notwendig, der rund um die Uhr besetzt ist.

#### Qualifikation der Mitarbeitenden

Für die Installation einer „Erstberatungs-Verantwortung“ unabdingbar notwendig sind im System der Wohnungslosenhilfe (auch in anderen Hilfesystemen) Mitarbeitende, die über besondere Qualifikationen verfügen, um in dieser Struktur die sich daraus ergebenden veränderten Arbeitsschwerpunkte und Arbeitsweisen professionell und fachlich sinnvoll auszufüllen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Professionen sind für das Arbeitsfeld der Mehrfachbetroffenen weiterzubilden. Experten mit langjährigen Erfahrungen im Umgang mit der oben genannten Personengruppe sollten in Schulungen, Fortbildungen und Gesprächskreisen die Mitarbeitenden und Kollegen aus anderen Professionen auf die spezifischen Aufgabenstellungen vorbereiten und gegebenenfalls begleiten.

# Erst mal ein Dach über dem Kopf ...

Partnerschaftliche Zusammenarbeit von Wohnungslosenhilfe und Sozialpsychiatrie kommt Betroffenen zugute / Über bürokratische Grenzen hinweg

Von Eugen Ehlers

Die Hamburger Stadtmission, Trägerin von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und die Johannes-Wilhelm-Rautenberg Gesellschaft e.V., Träger von sozialpsychiatrischen Einrichtungen haben beschlossen, über bürokratische Grenzen hinweg zu kooperieren. Das Problem von wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen war immer dringender geworden.

Die Rautenberggesellschaft hat sich mit dieser Problematik erstmals vor rund zehn Jahren befasst und ihr erstes Projekt für diesen Personenkreis aufgebaut. Im „Betreuten Wohnen Hamburg Mitte“ sollten rund 50 % der Betreuten aus dem erwähnten Problemkreis kommen. In den Beratungsstellen des Landessozialamtes fielen diese Menschen auf, auch weil ihre Anzahl zuzunehmen schien. Es wurden Gruppenangebote eingerichtet, in denen versucht wurde, ihnen wieder Orientierung zu geben und auch den psychiatrischen Aspekt wieder zu thematisieren.

## Betreutes Wohnen: Ein spezielles Angebot

Hieraus entstand die Idee, ein spezielles Angebot für diesen Personenkreis zu bilden. Das „Betreute Wohnen Hamburg-Mitte“ entstand. Beinahe fünf Jahre später wurde ein neues Projekt, das „Betreute Wohnen St. Pauli“ gegründet. Nach wenigen Jahren, mussten wir feststellen, dass in beiden Diensten das Ziel, mindestens 50 % der Klienten aus dem angedachten Personenkreis zu betreuen, nicht erreicht wurde. In beiden Diensten wurden nur noch wenige Klienten aus der Anfangszeit betreut, neue Klienten waren rar. Die Dienste betreuten Menschen wie andere Betreute auch; die psychisch erkrankten wohnungslosen Personen blieben weiter ohne angemessene Betreuung.

Parallel zur Entwicklung der Projekte der Rautenberg Gesellschaft machten die Einrichtungen und Dienste der Hamburger Stadtmission (Bahnhofsmision und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe) die Erfahrung, dass sie immer stärker mit der Problematik psychischer Störungen und Erkrankungen konfrontiert wurden. Sie fühlten sich damit überfordert, den speziellen Aspekten psychischer Störungen gerecht zu werden.

Es gab im Laufe der Zeit in verschiedensten Gremien immer wieder Gespräche über das bestehende Problem, ohne dass man sich auf Lösungen verständigen konnte. Unterschiedliche Zuständigkeiten in der Fachbehörde und damit auch unterschiedliche „Geldtöpfe“ für die Wohnungslosenhilfe und für die außerklinische Psychiatrie ließen eine Zusammenarbeit nicht zu, wohl auch, weil auf beiden Seiten die Befürchtung bestand, dass die jeweils andere Seite sich neue Finanzquellen eröffnen wolle.

## Erste bilaterale Kontakte entstehen

Eine Wende wurde eingeleitet, weil die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des „Betreuten Wohnen St. Pauli“ sich der Tatsache bewusst waren, dass sie ihren ursprünglichen Auftrag nicht mehr erfüllten und mit dieser Einschätzung an den Vorstand der Rautenberg Gesellschaft herantraten. Eine gute Voraussetzung war auch, dass beide Träger dem Spitzenverband Diakonisches Werk angehören. Unter dem „Vorsitz“ des Diakonischen Werkes gab es dann erste bilaterale Kontakte der beiden Träger, mit dem wichtigen Ergebnis, jetzt endlich konkrete Zusammenarbeit zu leisten, die vor allem nicht mehr durch gegenseitiges Misstrauen blockiert sein sollte.

Die ersten Schritte waren dann, eine Untersuchung über die Gründe, warum die Menschen, an die sich die Hilfsangebote eigentlich richten sollten (und die die unverbindlichen Gruppenangebote des Landessozialamtes angenommen hatten), nicht erreicht wurden. Als zweites wurde erneut eine Bedarfserhebung gemacht. Beides wurde von der Rautenberg Gesellschaft mit Unterstützung der Einrichtungen im Bereich Wohnungslosenhilfe realisiert, und führte zu folgendem Ergebnis: Die institutionellen Voraussetzungen des Betreuten Wohnens sind für die „Zielgruppe“ nicht akzeptabel. Ärztliche Begutachtung und Attestierung der Zugehörigkeit zum Personenkreis § 39 Bundessozialhilfegesetz, dazu noch Aufnahmegespräch und Hilfeplanentwicklung und das auch noch in einer psychiatrischen Einrichtung, sind zu viele Zumutungen. Die Stigmatisierung der Obdachlosigkeit reicht. Die Erfahrungen mit der Psychiatrie sind bei den befragten Personen in aller Regel negativ besetzt und auch mit Ängsten verbunden.

## Keine eindeutigen Bedarfszahlen

Die Bedarfszahlen sind nicht eindeutig, aber beeindruckend. Die Befragung wurde in Tagesstätten, Notunterkünften und Beratungsstellen durchgeführt, teilweise direkt mit den Betroffenen, teilweise nach Einschätzung der dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Ergebnis ist wissenschaftlich nicht ganz korrekt, aber wohl doch eine Bestätigung des sogenannten Bedarfes: von 20 % bis knapp 50 % reichen die Angaben (Die Untersuchung und das erarbeitete Fachkonzept können bei der Rautenberg Gesellschaft angefragt werden).

Eugen Ehlers, Vorstand der Johannes-Wilhelm-Rautenberg Gesellschaft e.V., Alsterdorferstraße 493, 22337 Hamburg Telefon 040 – 500 241 88, Fax 040 – 500 241 66

Ein wenig überrascht, aber positiv zur Kenntnis genommen haben wir, dass die Fachreferenten der beiden Zuständigkeitsbereiche in der Behörde zu einem gemeinsamen Gespräch bereit waren

Die derzeitige Lebenssituation fließt in die Konzeptüberlegungen ein. Es gibt keine Einzelküchen, und die Reinigung der Zimmer wird von der Einrichtung angeboten. Vorrangig bleibt immer die Integration in das Wohnen, weg von der Straße

Zeitlich parallel trat die Hamburger Stadtmission in Planungen für ein Gebäude in der Nähe des Hauptbahnhofes ein. In diesem Gebäude sollten eine Tagesstätte und eine Übernachtungsstätte für Menschen ohne eigenen Wohnraum, aber auch normale Wohnungen integriert werden. Da beide Träger sich mit dem gleichen Problem befassten, lag die Idee nahe, auf Grundlage der vereinbarten Zusammenarbeit und der Erkenntnis, dass das Problem der Wohnungslosigkeit zuerst gelöst werden muss, um erst dann die psychiatrische Seite zu betrachten, im geplanten Gebäude auch einen Teil für wohnungslose psychisch erkrankte Menschen einzurichten.

### „Hotel Plus“ in Köln als Vorbild

Im Sinne des personenzentrierten Ansatzes und nach dem Vorbild des „Hotel Plus“ in Köln soll eine Wohneinrichtung für 16 Frauen und Männer entstehen. Die Zugangsvoraussetzungen sollen so gestaltet sein, dass die oben beschriebenen Schwierigkeiten vermieden werden. Die Betreuungsarbeit im Projekt soll auch nicht unbedingt als psychiatrische Hilfe firmieren, sondern ganz einfach Betreuung oder Eingliederungshilfe heißen.

Beide Träger richteten eine Arbeitsgruppe ein, die ein Konzept entwickelt. Es gibt einen regen Meinungsaustausch, eine gemeinsame Fahrt nach Köln und bald ein Fachkonzept. Der Fachbehörde wurde die Absicht schon signalisiert und so willigte sie in erste Gespräche ein, nachdem wir unser Konzept vorgelegt hatten. Trennung von Hilfen und Wohnen

Das Konzept soll sich am personenzentrierten Ansatz orientieren. Die Trennung von Hilfen und Wohnen soll umgesetzt werden. Es soll eine sogenannte „sanfte“ Betreuung durchgeführt werden, also nur die wirklich notwendigen Hilfen angeboten werden. Hierbei soll die Mitwirkung der Klientinnen und Klienten eine wesentliche Rolle spielen. Die derzeitige Lebenssituation fließt in die Konzeptüberlegungen ein. Es gibt keine Einzelküchen, und die Reinigung der Zimmer wird von der Einrich-

tung angeboten. Vorrangig bleibt immer die Integration in das Wohnen, weg von der Straße. Erst im Anschluss daran sehen wir weiter.

Ein wenig überrascht, aber positiv zur Kenntnis genommen haben wir, dass die Fachreferenten der beiden Zuständigkeitsbereiche in der Behörde zu einem gemeinsamen Gespräch bereit waren. Dann sah es eine Zeit so aus, als würden wir keine Zugangsvoraussetzung hinbekommen, die unseren Vorstellungen entspricht. Im Wege standen die Notwendigkeit der ärztlichen Attestierung, die Tatsache, dass eine Finanzierung über Zuwendungen ausgeschlossen war und dass der Bereich §72 Bundessozialhilfegesetz eigentlich keine Mittel mehr zur Verfügung hatte. Das Gespräch mit den Behördenvertretern war sehr intensiv und fand in einem sehr guten Gesprächsklima statt. Trotz einiger Bedenken am vorgelegten Konzept wurde das Anliegen akzeptiert und ein Lösungsweg gesucht und gefunden.

### Kosten werden gleichermaßen verteilt

Die Kosten werden auf beide Bereiche verteilt. Vier bis sechs Monate können die Bewohnerinnen und Bewohner nach § 72 finanziert werden, dann wird ein Übergang nach §§ 39/40 angestrebt. Nach behördeninterner Prüfung besteht hierüber jetzt Einvernehmen. Die fachärztliche Attestierung bleibt aber Voraussetzung, muss also in der Zeit der §72-er Finanzierung erreicht werden. Dieses Ergebnis, dass weiter von der Behörde bestätigt wird, finden wir erstaunlich positiv und ein recht gutes Verhandlungsergebnis, das einen problemlosen Einstieg für die Klientinnen und Klienten ermöglicht.

Die Bauentwicklung ist in der Zwischenzeit das zu bearbeitende Thema gewesen. Raumpläne, Tiefgarage, Bodenverseuchung und zu hohe Kosten standen im Mittelpunkt der Gespräche. Für alles wurden Lösungen getroffen. Wir erwarten täglich die Baugenehmigung. Da es nun wirklich losgehen sollte, haben wir die Gespräche über konzeptionelle Fragen wieder

aufgenommen. Zum Thema Konzept und Finanzierung hat sich jetzt auch die Behörde wieder gemeldet. Es stellt sich nun heraus, dass es noch einige „Knackpunkte“ gibt.

Die von der Behörde gestellten Fragen lauten:

- Wie ambulant und wie wenig stationär ist das Wohnangebot (was ja für die Finanzierung nicht ohne Bedeutung ist)?
- Wie wird erreicht, dass die tatsächliche Zielgruppe das Angebot nutzt,
- stimmt die Bedarfsannahme?
- Welchen Preis billigt uns die Fachbehörde?
- Ist das Konzept denn wirklich stimmig?

Zwischen den Trägern gibt es noch Klärungsbedarf darüber, wie die Rolle des Vermieters (Stadtmission) ausgestaltet werden kann. Die Rautenberg Gesellschaft wollte bewusst einen Vermieter mit sozialem Hintergrund und vor allem einen Partner, der mit dem Problem der Wohnungslosigkeit vertraut ist. Aber die Kollegen der Stadtmission wollen sich auch nicht ausschließlich in der Rolle des Vermieters sehen, der im Zweifelsfall nur den „bösen Part“ zu übernehmen hat.

Die Stadtmission wollte einen Partner, der mit den psychiatrischen Problemen vertraut ist, um nicht selbst ein neues Betätigungsfeld eröffnen zu müssen. Trotzdem möchte die Stadtmission im neuen Projekt an der Betreuung beteiligt sein. Eine andere noch nicht vollständig gelöste Schwierigkeit ist die Frage, ob man in dem Projekt wohnen kann, ohne Betreuung durch die Rautenberg-Gesellschaft in Anspruch zu nehmen. Wir alle hoffen, dass wir die noch offenen Fragen lösen, damit das eigentliche Ziel, die Lage der wohnungslosen, psychisch erkrankten Menschen zu verbessern, nicht wieder an formalen Grenzen scheitert. Der Stand der Dinge und vor allem der partnerschaftliche Umgang zwischen den Trägern stimmen aber sehr optimistisch.

# Kooperation bringt Synergieeffekte

In Hamburg arbeiten Tagesaufenthaltsstätte und Sozialdienst eines Klinikums eng zusammen

Von M. Voepel

Vor dem Hintergrund einer sich immer intensiver gestaltenden Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Wohnungslosenhilfe und dem Hilfesystem der stationären Psychiatrie ergibt sich vielfach ein synergetischer Effekt zur Verbesserung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungsinfrastrukturen. Die Kooperation der beiden Versorgungsbereiche verdeutlicht aber auch Versorgungslücken, die aus der isolierten Betrachtungsweise oft nicht so akzentuiert erkennbar sind.

Die Mitarbeiter der „TAS“ (Tagesaufenthaltsstätte der Diakonie) und die Mitarbeiter des Sozialdienstes des psychiatrischen Krankenhauses „Klinikum Nord“ sehen insbesondere die fachärztlich psychiatrische Versorgung im ambulanten Bereich beziehungsweise zum Teil auch im vorstationären Bereich für die Adressatengruppe der Wohnungslosen als besonders verbesserungswürdig an.

## Zusätzliche ambulante fachärztlich-psychiatrische Versorgung

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit einer ambulanten allgemeinärztlichen Versorgung vor Ort in den Räumen der TAS schätzen alle beteiligten Fachkollegen eine Realisierung von zusätzlicher ambulanter fachärztlich-psychiatrischer Versorgung als besonders hilfreich und notwendig ein. Es ist bekannt, dass gerade diese Klientengruppe vielfach dem Bereich der Psychiatrie gegenüber besonders misstrauisch und auch zum Teil ablehnend gegenüber steht.

Ein tatsächlicher psychiatrischer Versorgungsbedarf wird dadurch vielfach von den Betroffenen nicht wahrgenommen oder verschleppt. Der psychische Gesundheitszustand dieser Menschen ist dadurch

bedingt entsprechend oft durch Chronizität und deutliche Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet. Mit dem Versuch, eine wöchentliche Psychiatriesprechstunde in den Räumen der TAS anzubieten, wurde dieses Klientel in einer für sie gewohnten Umgebung – außerhalb der Psychiatrie – erreicht. Dr. med. Richard Becker, Psychiater im Klinikum Nord, bietet diese Projektsprechstunde in der TAS an. Die Sprechstunde ist bisher auf große Akzeptanz gestoßen, und wird von den betroffenen Männern und Frauen gut angenommen

## Finanzierung vom Hamburger Spendenparlament bewilligt

Zur Finanzierung des Projektes – bezogen 12 Monate – ist eine Summe von rund 6000 Euro kalkuliert. Hinzu kommt für die Finanzierung von Medikamenten für die Klienten der TAS, die weder eine Krankenversicherung noch eine Absicherung über das Sozialamt haben – eine Summe von circa 2500 Euro. Die Gesamtsumme ist vom Hamburger Spendenparlament für die Projektphase von einem Jahr bewilligt worden. Die Fachhochschulen Hamburg und Kiel (FB Sozialwesen) wurden für eine wissenschaftliche Begleitung des Projektes angefragt.

*M. Voepel ist Diplom-Pädagoge beim Sozialdienst des psychiatrischen Krankenhauses „Klinikum Nord“, Telefon 040 - 52 71 25 38*

# Gemeinsame Strategien

## In Bad Cannstatt kooperieren „Frauenpension“ und Sozialpsychiatrischer Dienst seit vielen Jahren

Von Maria Nestele und Ragnhild Neunhöffer

Der Sozialpsychiatrische Dienst Bad Cannstatt (SpD) und die „Frauenpension“, ein Sozialhotel für wohnungslose Frauen, arbeiten seit sechs Jahren kontinuierlich zusammen. Dies ist durch die räumliche Nähe und die Zugehörigkeit zum gleichen Träger, dem Caritasverband für Stuttgart, begünstigt. Ziel ist, Bewohnerinnen mit einer eindeutig psychiatrischen Grundproblematik das sozialpsychiatrische Hilfesystem zugänglich zu machen. Dies könnte langfristig heißen, in eine eigene Wohnung mit SpD-Unterstützung umzuziehen, ins sozialpsychiatrisch betreute WG- oder Einzelwohnen oder in ein Heim für psychisch kranke Menschen.

Die Frauenpension bietet 50 wohnungslosen Frauen vorübergehend Unterkunft. Wesentliches Merkmal ist das freiwillige Beratungs- und Unterstützungsangebot, also Wohnen plus Hilfestellung. Wichtig sind auch die niedrigen Zugangsvoraussetzungen: Die künftige Bewohnerin muss wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sein und braucht eine gültige Kostenverpflichtung des Sozialamtes. Sie muss zudem von ihrer körperlichen Verfassung her in der Lage sein, sich selbst zu versorgen. Sind diese Bedingungen erfüllt, kann sie ohne Formalien einziehen.

So findet sich in der Frauenpension eine bunte Mischung von Frauen, die nur Wohnungslosigkeit und Armut gemeinsam haben. Es sind Frauen aus dem Strafvollzug und von der Straße, solche, die von legalen wie illegalen Drogen abhängig sind oder auch junge Frauen, die nicht Fuß fassen können sowie psychisch kranke und auffällige Personen. Etwa ein Drittel hat gravierende psychische Probleme. Es finden sich auch Frauen mit erheblichen Mehrfachbeeinträchtigungen. Die Pension finanziert sich im Rahmen des § 11 BSHG über Tagessätze für Unterkunft und Betreuung. Der Be-

treuungsschlüssel liegt bei eins zu elf.

Der Sozialpsychiatrische Dienst versorgt die im Stadtteil lebenden chronisch psychisch kranken Menschen. Außerdem gibt es eine Vereinbarung zwischen Wohnungsnotfallhilfe und den Sozialpsychiatrischen Diensten, nach der der SpD als Dienst des Caritas-Verbandes für die sozialpsychiatrische Beratung wohnsitzloser Frauen zuständig ist. Insofern ist die enge Kooperation mit der Frauenpension auch formal gefestigt.

Zentraler Bestandteil der Zusammenarbeit ist die circa vierteljährliche Kooperationsbesprechung. Dabei werden Klientinnen besprochen, die in der Pension wohnen und vom SpD mitbetreut werden, aber auch Bewohnerinnen, die im Hinblick auf eine mögliche psychiatrische Problematik verhaltensauffällig sind. Es werden gemeinsam Strategien entwickelt für den Umgang mit den Klientinnen, für ein eventuelles „Einschleusen“ von SpD-Mitarbeitern, für ein Vorgehen mit verteilten Rollen. Nicht selten bleibt es bei der „indirekten“ Beratung, da die Bewohnerinnen nicht bereit sind, mit der Psychiatrie in Kontakt zu treten.

Wenn die Kontaktaufnahme durch den SpD gelingt, wird versucht über die persönliche Beziehung und individuelle Hilfestellungen, aber auch über die diversen Angebote des Dienstes (freiwillige Geldverwaltung, Tagesstätte, Arbeitsangebot, Gruppenaktivitäten), die Distanz zum Hilfesystem abzubauen. Umgekehrt gibt es auch immer wieder Kooperationsbedarf, zum Beispiel wenn eine SpD-Klientin wegen einer familiären Krise oder einer Zwangsräumung eine Bleibe braucht. Die Frauenpension bietet hier eine vorübergehende Lösung, bei der die Betroffene nicht aus den Augen verloren geht, was ansonsten in solchen Si-

tuationen leicht passiert.

Frau Los lebte von 1994 bis Anfang 2001 in der Frauenpension. Als sie einzog, wussten die Mitarbeiterinnen nur, dass sie zuvor in einer Notunterkunft gewohnt hatte und dass sie schon mal in einem psychiatrischen Krankenhaus war. Frau Los selbst sprach nur sehr wenig. Im Laufe der Jahre verstummte sie ganz und kommunizierte nur noch mit Zetteln. Hin und wieder wurde das Schweigen von aggressiven Ausbrüchen durchbrochen.

1997 wurde Kontakt zum SpD hergestellt. Frau Los ließ zu, dass sie die Mitarbeiterin in ihrem Zimmer besuchte und sich mit ihr mittels Zettel „unterhielt“. Mit der Zeit ließ sie sich auf Spaziergänge ein, dann auf Kontakte in den Räumen des SpD. Wenn sie dort warten musste, stellte sie sich in eine Ecke mit angstvollem, verschlossenen Ausdruck, der jede Kontaktaufnahme durch andere Besucher von vornherein abwehrte. Die karge Kommunikation wurde etwas lebhafter, als Frau Los auf die Idee kam, einen Urlaub zu planen. Tatsächlich reiste sie für einige Tage nach Würzburg und schrieb uns von dort stolz eine Postkarte. Wenige Zeit danach wünschte sie eine „Therapiepause“.

Nach etwa einem halben Jahr teilten uns die Kolleginnen von der Frauenpension mit, dass Frau Los inzwischen zunehmend aggressiv auf Mitbewohnerinnen reagierte, diese wüst beschimpfte, Türen zuschlug und auch eine Fensterscheibe durch heftiges Zuschlagen zerbrochen hatte. Sie erhielt eine Abmahnung. Die Kündigung drohte. Der SpD nahm erneut Kontakt auf, und konnte Frau Los motivieren, zur Nervenärztin zu gehen. Dort ließ sie sich eine neuroleptische Depotspritze geben. Innerhalb kurzer Zeit stellten sich bei ihr Sprache und auch sonstige Ausdrucksfähigkeit ein. Sie entfaltete Interessen und nahm frühere Kontakte wieder auf. Allerdings war ihr die Pension zur Heimat geworden. Erst nach einem Rückfall war sie bereit, in eine betreute Wohngemeinschaft zu ziehen. Inzwischen lebt sie dort seit über einem Jahr und hat sich auf einem guten Niveau stabilisiert.

Maria Nestele, Diplom-Sozialarbeiterin, Leiterin der Frauenpension Bad Cannstatt



Ragnhild Neunhöffer, Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialpsychiatrischer Dienst Bad Cannstatt



# Wohnungslose Menschen im Hotel

In Köln gibt es ein ungewöhnliches Angebot für psychisch kranke wohnungslose Menschen / Akzeptierende Hilfe

Von Ulla Schmalz

In diesem Bericht ist die Rede von Menschen, die sich überhaupt kein Hotel leisten können. Es geht um die Gruppe von Menschen, die heute eine der größten Herausforderungen der Psychiatrie darstellt – um psychisch kranke, wohnungslose Menschen. Gemeinsam ist diesen Menschen, unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung, dass sie alle gleichen Problemen ausgesetzt sind: Sie sind arm, erfahren starke soziale Nachteile und sind Missbrauch und Gewalt mehr ausgesetzt als der Rest der Bevölkerung

Ohne Wohnung zu sein bedeutet:

- kein Heim zu haben,
- Einsamkeit,
- kein Geld zu haben,
- ein unsicheres und angstvolles Leben.

Mit der Frage, ob die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe psychiatrische Institutionen sind, wurde das Institut für Kommunale Psychiatrie in Solingen (IKP) konfrontiert, als ihm im Rahmen einer Studie für eine Nachuntersuchung circa 100 der ursprünglich untersuchten Personen fehlten. Nachforschungen ergaben, dass ein Teil der vermissten Personen in Einrichtungen nach § 72 BSHG lebte, ein weiterer Teil wurde bei Verwandten gefunden.

Genauso kann man aber auch die Frage stellen, ob die psychiatrische Klinik eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe ist, bei der Vielzahl obdachloser psychisch Kranker in diesen Kliniken. Dabei sind ein wesentliches Problem die sogenannten „new chronics“, junge erwachsene schizophrene Kranke. Ihre Erkrankung reagiert nicht in erforderlichem Maße auf konventionelle Behandlungsverfahren (wie Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie). Zudem sind sie schwierig im Umgang und weisen häufig auch noch sekun-

dären Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch auf.

## Die Kölner Konzeption

Es gab Übereinstimmung, dass die Hilfen für diese psychisch Kranken nur dann wirkungsvoll verbessert werden können, wenn in einer Kommune drei Voraussetzungen erfüllt werden:

- Die Entwicklung einer Philosophie der akzeptierenden Hilfe,
- die Einführung von Case-Management,
- die Entwicklung einer Organisation innerhalb der Stadtverwaltung, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Ämtern allgemein und im Einzelfall möglich macht sowie den Hilfesuchenden das Tor zum Wohnungsamt öffnet.

Kernstück der 1994 verabschiedeten Kölner Konzeption ist die kommunale Förderung ambulant tätiger Fachkräfte der Träger der Wohnungslosenhilfe. Diesem Ausbau der ambulanten Hilfen vorangegangen war die Entscheidung, die qualitativen und strukturellen Mängel sowie Angebotslücken nicht durch eine Erweiterung des stationären Angebotes anzugehen.

## Wichtigster Grundsatz ist die akzeptierende Hilfe

Der wichtigste Grundsatz des Programms ist die akzeptierende Hilfe. Die Notleidenden sollen vorbehaltlos begleitet und unterstützt werden, um ihre gesundheitliche und soziale Verelendung zu mildern oder zu beheben. Dieses Konzept erfordert von den Verantwortlichen ein ständiges Ausbalancieren von Duldung und Begrenzung. Im Rahmen der Projektgruppe, bestehend aus Mitarbeitern des Wohnungsamtes, des Sozialamtes, des

Gesundheitsamtes, der psychiatrischen Klinik und Trägern der Wohnungslosenhilfe wurde deutlich, dass in den Übernachtungsheimen chronisch psychisch Kranke mitversorgt wurden, was deutlich den Rahmen der dort angebotenen Hilfe sprengte.

Außerdem gab es immer häufiger Menschen, die vom Wohnungsamt in Hotels eingewiesen wurden und dort wegen Ihres Verhaltens auffielen, so dass entweder besondere Hilfe für sie angefordert werden musste, oder sie das Hotel verlassen mussten. So entstand die Idee eines „Hotel Plus“. Ein vom Wohnungsamt belegtes Hotel mit der Standardversorgung und einem kleinen „plus“ psychiatrisch versierter Mitarbeiter.

In dieses Hotel sollten Menschen eingewiesen werden, die

- sämtliche psychiatrischen Versorgungssysteme durchlebt und dort keine adäquate Hilfe gefunden haben,
- noch niemals in psychiatrischer Behandlung waren, da sie sich selbst nicht als krank erleben, jedoch massiv auffällig im sozialen Umfeld sind,
- mit chronischen und unbehandelten Psychosen sehr isoliert leben und verelenden, weil sie keine Hilfe annehmen können,
- sehr aggressiv sind und mit ihrem gestörten Sozialverhalten überall anecken.

## Rückzugsmöglichkeiten für die Gäste geschaffen

So wurde 1997 mit dem ersten Hotel Plus begonnen. Mittlerweile gibt es drei Hotels, die alle sehr zentral liegen, was den Bedürfnissen der dort Lebenden entgegenkommt. Es geht in erster Linie darum, den Hotelgästen die von ihnen gewünschten Rückzugsmöglichkeiten zu gewährleisten, andererseits behutsam Kriseninterventionsdienst zu leisten und mit viel Geduld und Optimismus der Bereitschaft zur Annahme fachkompetenter Hilfen zu wecken. Wir haben uns dabei von den „Ideen zur gemeindenahen psychiatrischen Versorgung“ von Mosher/Burti anregen lassen. Diese kann man zusammenfassen als institutsübergreifende Beziehungskontinuität,

als Flexibilität in der Reaktion auf Klientenbedürfnisse, auf das „Mit-Sein“, das „Bei-Stehen“ und die Zentrierung auf praktische Lebensbedürfnisse. Dazu noch die Beratung, um Wege aufzuzeigen und zu ermöglichen, die Gleichwertigkeit der Beziehung und das Vertrauen auf Selbsthilfe (ohne die das Hotel nicht funktionieren würde).

#### Auch Mitarbeitende benötigen ein Minimum an Struktur

Aber auch die Mitarbeiter benötigen ein Minimum an Struktur. Daher haben wir uns im Laufe der Arbeit auf folgende Eckpfeiler geeinigt:

- Eine überschaubare Bewohnerzahl pro Projekt, um eine effektive und intensive Begleitung zu ermöglichen und die Belastung der Nachbarschaft erträglich zu machen,
- Unterbringung in Einzelzimmern (mit Nasszelle und Toilette),
- Ein Minimum an Hausregeln (Hotelhausordnung),
- Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen,
- Präsenz des Trägers im Hotel,
- Beratung zur Bewältigung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen,
- Bei Bedarf Vermittlung von ambulanten oder stationären Hilfen,
- Keine Begrenzung der Aufenthaltsdauer
- Toleranz gegenüber extremen Verhalten, ohne dies kontrollieren zu müssen, es sei denn, es bestehe unmittelbare Gefahr.

#### Den Erstkontakt behutsam gestalten

Leicht zu verstehen ist sicherlich, dass der letzte Punkt auf dieser Liste derjenige ist, der die meisten Diskussionen benötigt und die häufigsten Konflikte mit den Nachbarn und den Hoteliers herausfordert. Die Menschen, die im Hotel Plus leben, zeichnen sich tatsächlich häufig durch extremes Verhalten aus, sei es durch Aussehen, Auftreten oder Störungen. Hier ist es wirklich so, dass schwerst psychiatrisch erkrankte Bürger mitten in der Gemeinde le-

ben und auch im wesentlichen respektiert werden. Ausschlaggebend für gelingende Beziehungen ist unter anderem unsere Möglichkeit, den Beginn des Kontaktes sehr behutsam gestalten zu können, ohne gleich zu Anfang mit anamnестischen Fragen in Intimsphären wühlen zu müssen.

Jedes Halbjahr wird von den Mitarbeitern ein Hilfeplan erstellt, der auch die Basis für die Finanzierung ist. Wenn irgend möglich, beteiligen wir die Betroffenen daran. Manchmal ist das nicht möglich, wenn jemand zu scheu in seiner ganz eigenen Welt lebt. Auch angegebene Ziele fördern und unterstützen wir nur bedingt – wenn das erklärte Ziel die Bombardierung der psychiatrischen Klinik ist oder die Eroberung Grönlands, weisen wir eher auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikation hin.

#### Dafür sorgen, dass wenigstens eine Mahlzeit pro Tag eingenommen wird

Häufig geht es darum, dafür zu sorgen, dass wenigstens eine Mahlzeit am Tag zur Verfügung steht, ehe es möglich ist, über vermutete Störungen zu reden. Insgesamt halten wir es sowieso eher mit dem altdeutschen Sprichwort: „Ein Löffel voll Tat ist besser als ein Scheffel voll Rat.“ Der Hotelier beschäftigt eine Putzfrau, die auch für den Wäschewechsel zuständig ist. Da einige Menschen einen ausgeprägten Hang zur Verwahrlosung haben oder auch durch ihr skurriles Auftreten Angst einjagen, müssen wir auch in diesem Bereich immer mal mit einspringen und Unterstützung geben.

#### Arbeit wird von Mitarbeitern als befriedigend erlebt

Insgesamt wird die Arbeit von allen Mitarbeitern zwar mitunter als sehr belastend, aber auch als sehr befriedigend erlebt. Wenn es gelingt, einen Menschen, der seit Jahren unbehandelt ist und dadurch massive Schwierigkeiten in seiner Lebensgestaltung hat, von einer Behandlung zu überzeugen und ihn dann auf seinen Schritten in ein befriedigenderes Leben zu begleiten, dann macht

das einfach Spaß. Ab und zu zieht eben jemand auch in eine eigene Wohnung. Da diese Art der Begleitung Erfolge aufzuweisen hat, gibt es seit Dezember 2001 ein ergänzendes Angebot, das „Hotel Plus Mobil“. Dabei begleiten zwei Mitarbeiter wohnungslose Menschen nach der Klinikbehandlung in anderen Hotels und unterstützen sie bei ihren Schritten in eine andere Wohnform.

# Neue Kraft und neuer Mut für Betroffene

Ehrenamtliche des Esslinger Vereins „Bürger für Berber“ begleiten Betroffene in allen Lebenslagen

Von Elke Walkenhorst-Mayer

„Ein bisschen Liebe von Mensch zu Mensch ist mehr wert, als die Liebe zur ganzen Menschheit“ – unter diesem Motto von Albert Schweitzer gründete im Jahr 1996 eine Handvoll Frauen und Männer den Verein „Bürger für Berber“ in Esslingen. Aus einer Privat- und Einzelaktion zu Weihnachten 1989 wurde in den Jahren eine feste Einrichtung.

Mit der Einrichtung des Berberdorfes Esslingen begann der direkte Kontakt zu den Betroffenen, deren menschliche Probleme groß waren, und vieles musste angepackt und gelöst werden. Zunächst aber galt es, das Vertrauen der Menschen zu erwerben.

Eine starke und gute Zusammenarbeit mit den Ämtern begann. Die Obdachlosen nahmen die Angebote an, viel Kreatives konnte seinerzeit mit den Bewohnern des Berberdorfes fertig gebracht werden. Aktivität setzte ein und das Selbstwertgefühl stieg.

Weil das ehrenamtliche Engagement ausdauernd und stark war, zog die Arbeit schnell Kreise. Aufgrund der ersten Zeitungsberichte über die bis heute stattfindende alljährliche Weihnachtsfeier setzte auch die Mithilfe der Bürger ein – daher die Bezeichnung Bürger für Berber. Kleider und Hausrat wurden laufend angeboten, „ambulant“ konnte die Zuteilung nicht mehr bewältigt werden. Die Klamotten-Kiste wurde eröffnet, die Räume von der Stadt gemietet.

Von städtischer Seite wurde geraten, einen Verein, zu gründen. Nach der Gründung 1996 konnten weitere Räume gemietet werden. Eine Werkstatt wurde eingerichtet. Bei der Einrichtung wurden wir von Firmen und Bürgern unterstützt. Das ganze Jahr über wird gehämmert, gesägt, gebohrt und gemalt und Gegenstände für den Weihnachtsmarkt hergestellt. Die

Klamotten-Kiste ist ein beliebtes Ziel der Bürger. Mit Einrichtung von Klamotten-Kiste, Werkstatt und Kleiderlager konnten Arbeitsplätze zur Wiedereingliederung geschaffen werden. Ein Teil wird vom Sozialamt finanziert, ein anderer Teil sind ABM-Stellen. Diese Stellen werden allerdings nicht voll vom Staat finanziert.

Unsere Klientel hat sich in den letzten Jahren sehr verändert. Waren es zu Beginn hauptsächlich Obdachlose, so kommen heute alle Menschen, die in Not sind: Rentner, Alleinerziehende, Jugendliche, Arme. Der Zulauf psychisch kranker Menschen – Jung und Alt – nimmt zu. Die Betreuung dieser Menschen erfordert viel Zeit und Geduld.

Wir gehen wir mit psychisch Kranken um? Psychisch Kranke fühlen sich oft alleingelassen und suchen deshalb Hilfe, oft schon für die einfachsten Dinge. Wir, die Ehrenamtlichen nehmen uns Zeit und vermitteln den Kranken so das Gefühl, dass wir für sie da sind. Jeder, der zu uns ins Büro kommt, spürt, dass wir uns gerne um ihn kümmern. Wir sind oft in der Lage, ein Gefühl der Geborgenheit und Wärme zu vermitteln. Wir suchen das Gespräch und hören vor allem zu. Kleine Probleme und Nöte versuchen wir sofort zu lösen, um dem Kranken das Gefühl zu vermitteln, dass sich, greift man das Problem auf, auch etwas ändern beziehungsweise verbessern kann. Wir versuchen, kleinste Erfolgserlebnisse zu schaffen. Auch betonen wir immer wieder, dass der Kranke jederzeit wieder zu uns kommen darf.

Die Betroffenen erhalten auch unsere privaten Telefonnummern, damit sie jederzeit Kontakt aufnehmen können. Natürlich geschieht dies auch mal zur Unzeit. Ein Tele-

fongespräch endet oft mit den Worten: „jetzt geht es mir wieder besser, vielen Dank!“ Muss der psychisch Kranke in stationäre Behandlung, so betreuen wir ihn auch dort. Wir fahren ihn in die Klinik und besuchen ihn dort. In den vielen Gesprächen, die wir führen, bringen wir immer wieder zum Ausdruck, dass wir nur unterstützend und motivierend mithelfen können; dem Kranken machen wir damit klar, dass er selbst gefragt ist und in jedem Falle mitmachen muss. In vielen Fällen konnten wir wirklich helfen, weil gerade das Reden, die Motivation und das „An-die-Hand-Nehmen“ wieder Mut und Kraft gab.

Wir stoßen jedoch bei der Betreuung psychisch Kranken immer öfter an unsere Grenzen; so ist es auch für uns äußerst schwer, mit Menschen umzugehen, die Selbstmordabsichten äußern oder aber erklären, dass sie „etwas Schlimmes“ anstellen würden, weil sie nur so irgendwelche Maßnahmen, wie beispielsweise eine Einweisung ins Krankenhaus anstoßen können.

Wir begleiten Betroffene, die von ihrer Sucht loskommen wollen. Wir besuchen Kranke im Krankenhaus und sorgen für saubere Wäsche. Wir fahren in die Haftanstalten, halten Kontakt zu den uns bekannten Insassen und versuchen, sie für einen Neuanfang zu motivieren. Selbstverständlich hält auch die Betreuung nach der Entlassung an. Wir setzen uns dafür ein, dass alte und hilflose Menschen im Betreuten Wohnen unterkommen, kümmern uns um diese Wohnungen und halten sie sauber. Unsere Hilfe geht hin bis zur Sterbebegleitung.

Wir versuchen, Familien wieder zusammenzuführen. Auch stehen wir mit Jugendämtern in Verbindung, schicken Kinder von Bedürftigen in die Ferien, damit sie unter anderen Kindern sind. Die Kosten werden voll vom Verein übernommen. Wir kümmern uns um die Regulierung von Schulden und kontrollieren die vereinbarten Ratenzahlungen. Wir betreuen auch die Hunde der Obdachlosen und sorgen in Zusammenarbeit mit einer Tierarztpraxis dafür, dass alle Tiere ordnungsgemäß geimpft und versorgt werden.

Der Verein Bürger für Berber wird von keiner öffentlichen Stelle finanziell gefördert. Er arbeitet ausschließlich auf Spendenbasis und kann deshalb auch autark entscheiden und handeln.

Elke Walkenhorst-Mayer ist erste Vorsitzende des Vereins Bürger für Berber mit Sitz in Esslingen

Wer den Verein unterstützen möchte oder ehrenamtlich mitarbeiten möchte: Bürger für Berber e.V., Pulverwiesen 2, 73728 Esslingen, Telefon und Fax: 0711 – 35 90 16

# Theorie und Praxis als Einheit

## Wolf Ritscher: „Systemische Modelle für die Soziale Arbeit“ Eine Buchbesprechung

Von Jochen Schweitzer-Rothers

In wenigen Arbeitsfeldern haben sich die Arbeitsweisen der systemischen Therapie und Beratung im letzten Jahrzehnt so stark verbreitet wie in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Auch die psychiatrische Sozialarbeit hat solche Impulse intensiv aufgegriffen. In Wolf Ritschers Lehrbuch „Systemische Modelle für die Soziale Arbeit“ wächst nun, was praktisch schon lange zusammengehört, auch theoretisch zusammen. Ritscher ist Professor für Psychologie an der Hochschule für Sozialwesen in Esslingen. Er hat ein Lehrbuch geschrieben, das mit Praxis anfängt und mit Praxis aufhört – und dazwischen eine große Theoriepalette zum Nutzen einer besseren Praxis so aufarbeitet, dass „Aha-Erlebnisse“ nicht ausbleiben.

Am Anfang wird mit der „Beierle-Saga“, einem charakteristischen Praktikumsfall einer Sozialarbeitsstudentin, die Komplexität von Lebenslagen, Problemlagen und Interventionsformen einer systemischen Sozialarbeit anschaulich beschrieben. Dann folgt eine klare und anschauliche Einführung in die Grundbegriffe der System- und Kommunikationstheorien. Die körpersprachliche Kommunikation und die „Zeit- und Raum-Aspekte“ von Systemen sind hier besonders interessant. Was Sozialarbeiter und Sozialpädagogen über verschiedene Systemebenen wissen sollten (von Denkpsychologie und Psychosomatik über Familiendynamik und Netzwerkansätze bis zur Gesellschaftstheorie), ist innerhalb des ökosystemischen Modells von Uri Bronfenbrenner zusammengebracht.

### Empfehlenswertes Praxislehrbuch

Die Gender-Debatte, die Marxsche Kapitalismusanalyse, die Krise des sozialen Sicherungssystems und

die Individualisierung in der Postmoderne – Ritscher gelingt es, solche aus sehr unterschiedlichen Richtungen kommenden Diskurse so zu integrieren, dass ihre Praxisrelevanz jederzeit deutlich wird. Eine kompakte Synopsis der Familien-Entwicklungspsychologie, mit starkem Bezug auf die Mehrgenerationenperspektive in der Ausarbeitung von Helm Stierlin und eine für Systemiker sehr lehrreiche Synopsis der wichtigsten Theorieansätze heutiger Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Lebenslagen, Alltag, Soziale Netzwerke, Empowerment) runden die Grundlagenkapitel ab. Spätestens ab Seite 237 kann es nach diesen Vorarbeiten losgehen mit „Systemische Soziale Arbeit konkret“. Auf noch mal 120 Seiten bietet Ritscher ein sehr gutes Praxislehrbuch, zu dem erfahrene Kollegen aus der Jugendhilfe in Bad Rappenau (Klaus Döhner-Rotter) und psychiatrischer Sozialarbeit (Karlheinz Menzler-Fröhlich, Gabriele Rein, Jürgen Armbruster) Fallbeispiele beisteuern.

### Systemische Theorie und Praxis für die soziale Arbeit

Wolf Ritscher will systemische Theorie und Praxis in die soziale Arbeit „einfädeln“. Er zeigt aber zugleich, was umgekehrt zu lernen ist. Soziale Arbeit hat einen höheren Komplexitätsgrad und einen niedrigeren Spezialisierungsgrad als Psychotherapie. Dies als „unvollständige Professionalisierung“ larmoyant zu beklagen – und gelegentlich mit Attacken gegen die „Therapeutisierung der Sozialarbeit“ zu bekämpfen – ist der defensive Weg, mit dieser Situation umzugehen. Ritscher unterbreitet umgekehrt (er sagt das allerdings nicht so) systemischen Psychotherapeuten das Angebot, sich an das

Komplexitätsniveau einer lebensweltorientierten und gesellschaftsbewussten systemischen Sozialen Arbeit heran zu arbeiten.

Ich empfehle dieses Buch allen systemisch interessierten Studentinnen und Studenten, Praktikern und Lehrenden der sozialen Arbeit als Grundlagenwerk. Von ihm aus können sie sich alles Weitere erschließen. Für sozialpsychiatrische Praktiker bietet dieses Buch eine kompakte Gelegenheit, die Vielfältigkeit der eigenen Arbeit auf einem breiten sozialwissenschaftlichen Theoriehintergrund richtig wertzuschätzen. Es ist ein Buch, das „lange vorhält“ und die eigene Arbeit viele Jahre bereichernd begleiten kann.

*Wolf Ritscher: Systemische Modelle für die Soziale Arbeit, Carl Auer Systeme Heidelberg, 2002, 380 Seiten, 39 Euro.*

# Zwei Modelle, die zueinander passen

## Das „EFQM-Modell für Excellence“ und seine Kompatibilität mit dem PPQ-Modell

von Christina Heimlich

Im Juni diesen Jahres wurde auf einer Fachtagung in Berlin das neue PPQ-Handbuch vorgestellt (siehe Kerbe 2002/2). Bei der Tagung wurde die Frage diskutiert, inwieweit Qualitätsentwicklungsprozesse, die an PPQ orientiert sind, gleichzeitig die formalen und inhaltlichen Kriterien anderer international anerkannter Qualitätsmanagementkonzepte erfüllen. Der Qualitätsmanagement-Ansatz der „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) stammt aus der Industrie und hat auch im öffentlichen Sektor des Sozial- und Gesundheitswesens Eingang gefunden. Es dient als Instrument zur Selbst- und Fremdbewertung von QM-Prozessen.

Das Diakonische Werk in Hessen und Nassau hat im Jahr 2001 das EFQM-Modell in seinen regionalen Diakonischen Werken mit Psychosozialen Zentren erfolgreich eingeführt. Die Entscheidung für dieses Verfahren der Qualitätsentwicklung wurde aus verbandspolitischem Interesse getroffen, weil das Diakonische Werk einen breiten Blick auf die Gesamtheit seiner Organisation werfen muss, die in diesem Modell abgebildet wird. Nach einer Phase der Information und Entscheidungsfindung hat man sich aus dieser Gesamtsicht heraus für ein international anerkanntes Modell entschieden, das aber vor allem bereits laufenden QE-Aktivitäten integrieren kann. Unabhängig von Sparte, Größe oder Struktur müssen Organisationen ein zweckmäßiges Managementsystem aufbauen, wenn sie erfolgreich sein wollen.

### Modell für große und vielfältige Organisationseinheiten

„Das EFQM-Modell für Excellence“ ist ein praktisches Werkzeug, welches den Organisationen dabei hilft, indem es misst, wo sie sich

auf der Reise zur „Excellence“ befinden, ihnen hilft, die Lücken zu verstehen und dann zu Lösungen anregt (vgl. EFQM 1999, S. 6). Das EFQM-Modell für Excellence deckt über neun Elemente alle Facetten der Tätigkeit einer Organisation ab: „Führung“, „Politik und Strategie“, „Mitarbeiter“, „Partnerschaften und Ressourcen“, „Prozesse“, „Kundenbezogene Ergebnisse“, „mitarbeiterbezogene Ergebnisse“, „Gesellschaftsbezogene Ergebnisse“ und „Wichtige Ergebnisse der Organisation“. Die ersten fünf werden als „Befähiger“ bezeichnet und beschreiben die strukturellen Voraussetzungen des Erfolgs. Die übrigen vier stellen „Ergebnis“-Kriterien dar, über die dieser Erfolg gemessen werden kann.

Inhaltlich werden die Elemente über folgende Prämisse verknüpft (vgl. EFQM 1999, S. 9): „Exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft werden durch eine Führung erreicht, die Politik, Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie Prozesse auf ein hohes Niveau vorantreibt.“ Das erste Element des EFQM-Modells für Excellence steht unter dem Stichwort „Führung“. Es thematisiert das Verhalten und Engagement von Führungskräften im TQM-Prozess. In einer Selbstbewertung wird dargelegt, inwieweit Führungskräfte glaubwürdig zeigen, dass sie vom Konzept umfassender Qualität überzeugt sind und aktiv zu seiner Umsetzung im täglichen Handeln beitragen.

Das PPQ-Modell, das insgesamt ein breites Instrumentarien-Spektrum für die Erfüllung der Anforderungen des EFQM-Modells bietet, gibt für dieses sehr wesentliche Kriterium, für den Erfolg nachhaltigen Wirkens nur wenige Hinweise. Das zweite Element un-

tersucht Entwicklung, Inhalt, Verbreitung und Umsetzung von „Politik und Strategie“. Man muss sich bewusst machen, ob für eine Organisation klare lang- und kurzfristige Ziele definiert sind und in welcher Form diese vorliegen. Es wird dargestellt, ob ihre Organisation ein Leitbild besitzt und sich auf ein klar definiertes und kommuniziertes Wertesystem stützt. Hier liegt eine besondere Stärke des PPQ-Verfahrens, das dem Qualitätsverständnis hohe Priorität einräumt. EFQM verlangt aber noch mehr. Es sollte zum Ausdruck kommen, dass Politik und Strategie der Organisation nicht willkürlich festgelegt werden, sondern sich auf fundierte Informationen über technische, wirtschaftliche, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie über alle wichtigen Interessengruppen (Kunden, Lieferanten, Mitarbeiter) stützen.

### EFQM und PPQ unterstützen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ein wichtiger Aspekt beim Umgang mit Mitarbeitern ist eine systematische Personalplanung und -entwicklung. Eine kooperative Form der Zusammenarbeit ist aus EFQM-Sicht nur zu erreichen, wenn die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander sowie mit Vorgesetzten auch über Abteilungsgrenzen hinweg reibungslos funktioniert. Daher legt das EFQM-Modell für Excellence großen Wert auf eine sorgfältige Analyse des Wissens- und Informationsbedarfs innerhalb des Unternehmens und auf eine darauf aufbauende, systematische Planung von Informations- und Kommunikationsflüssen. Bei der Implementation des PPQ-Modells im Sinne von lernzielorientierter Entwicklung von Qualitätsindikatoren als Einstieg in Qualitätszirkel sowie in den vorgeesehenen Konzepten der Personalentwicklung und Fortbildungsmanagements werden wichtige Ansätze dieses Kriteriums umgesetzt.

### Partnerschaften und Ressourcen

Das vierte Element nennt sich „Partnerschaften und Ressourcen“ und beschäftigt sich mit dem Management von Partnerschaften sowie unterschiedlichen Arten von Ressourcen. Es wird beschrieben,



Christina Heimlich ist Psychiatrie-Referentin des Diakonischen Werks Hessen-Nassau. E-Mail: heimlich@wsb-ev.de

Da EFQM ein umfassendes Modell zum Nachweis von Qualitätsentwicklung ist, in dem eine umfassende Organisationsanalyse erfolgt und daraus Verbesserungsprozesse abgeleitet und regelmäßig der Erfolg und die Weiterentwicklung durch Selbstbewertungen überprüft werden, ist es geeignet, den internen und externen Qualitätsnachweis zu führen

PPQ bietet eine erweiterte fundierte Palette fachlich sicherer Instrumente an, um einer weitgehenden Entwicklung der Organisation Rechnung zu tragen. Um den Anforderungen des EFQM-Modells und einer etwaigen Bewerbung für den Ludwig-Erhard-Preis gerecht zu werden, sind vor allem die Kriterien Führung, Politik und Strategie und Schlüsselergebnisse stärker in den Blick zu nehmen.

wie sie Partnerschaften mit externen Partnern anbahnen, aufrechterhalten und im Hinblick auf ihren Erfolg bewerten. Dabei sollte auch ein Bezug zu Politik und Strategie erkennbar sein. Es wird dargelegt, wie in der Organisation der effiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel gewährleistet wird. Zunehmend entwickelt sich das „Know-how“ einer Organisation, das sich in überlegenen Dienstleistungen sowie im Prozess der Leistungserstellung niederschlägt, zu einem Schlüsselfaktor einer Organisation für das Überleben und den Erfolg. Gerade in diesem Bereich haben die Einrichtungen der Diakonie ein hohes Maß an Qualität ihrer Dienstleistungsprozesse vorzuweisen. „Das Rad muss nicht neu erfunden werden.“ Das besondere Know-how muss aber endlich auch präsentiert werden. PPQ bietet auch hier entsprechende Ansätze. Es gibt hierbei Hinweise in den Qualitätsindikatoren „Gemeinwesenorientierung“ und Kooperationen. Das Bewusstsein für wirtschaftliche Strategien und den Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel hat jedoch noch nicht den Stellenwert im vorliegenden Verfahren angesichts oft drohender finanzieller Ressourcenveränderungen für die Organisationen.

#### Stärken des PPQ-Modells unter EFQM-Gesichtspunkten

Zentral für das Kriterium „Prozesse“ im EFQM-Modell ist die Art und Weise, wie Beziehungen zu Kunden gestaltet werden. Hier ist beispielsweise zu beschreiben, wie ein Feedback verschiedener Kunden ermittelt wird, wie darauf reagiert wird und wie dieses benutzt wird, um die Kundenzufriedenheit zu verbessern. Wichtig dabei ist auch, inwiefern ihre Organisation auch proaktiv agiert und sich bereits im Vorfeld um Wünsche und Erwartungen ihrer Kundengruppen kümmert. Die Qualitätsindikatoren „Organisationsentwicklung“ des PPQ-Modells sieht die Beschreibung und differenzierte Bearbeitung von Schlüsselprozessen vor. Die Fragestellungen der Unterkriterien sind weitgehend berücksichtigt, so dass auch hier klare Stärken aus der Sicht des EFQM-Modells entwickelt werden können. Auch die Instrumente der Hilfepl-

nung sind als Bausteine in dieses Kriterium einzureihen.

#### Klienten und die Mitarbeitende im Mittelpunkt

Im PPQ-Modell eignen sich die Qualitätsindikatoren zum Bereich „Klienten- und Angehörigenbeteiligung, die eine Konzeption zur Nutzerbeteiligung, die Kundenbefragungen, Klientenvertretung, internes und externes Beschwerdemanagement vorsieht, sowie Angehörigengruppen und Befragungen zum Nachweis für die Entwicklung der Anforderungen des Kriteriums „Kundenbezogene Ergebnisse. Hier ist dann entscheidend, in welchem Stadium sich die einzelnen Einrichtungen befinden und wie kontinuierlich und nachhaltig diese Vorgänge verfolgt und revidiert werden. Dabei sind Belege anzuführen, die die Zufriedenheit ihrer Kunden mit den Leistungen ihrer Organisation beschreiben. Außerdem ist aufzuzeigen, inwieweit sich hier positive Trends abzeichnen, und die Güte ihrer Ergebnisse im Vergleich zu den eigenen Zielen und den Leistungen von Vergleichsorganisationen darstellt.

Die örtlichen und überörtlichen Kostenträger müssen in diesem Rahmen verstärkt Berücksichtigung finden. Personalentwicklung und Wissensmanagement, die Anforderungsanalyse, Einarbeitungsvorgehen, Mitarbeiterentwicklungsgespräche, Zielvereinbarungen und Fortbildungsmodelle vorgesehen, werden im PPQ-Modell differenziert konzipiert. Sie sehen aber bisher keinen Ergebnissenachweis und Berichterstattung der Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Organisation vor.

PPQ erkennt die Gemeinwesenorientierung als eine wesentliche Leistungsdimension für Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Arbeit an. Die Qualitätsindikatoren beschreiben den Zugang zur gesellschaftlichen Umwelt, ihre Aktivitäten, Ziele und die aktive Gestaltung der Beziehungen. Das Kriterium vier im Sinne von Kooperationspartnern und Interessengruppen wird hier auch angesprochen. PPQ geht in seinen Ansätzen sehr weit, in dem trägerübergreifende Formen der gemeinwesenorientier-

ten Kooperation proaktiv gestaltet werden sollen. Da sich die Existenzberechtigung einer Organisation letztlich immer nur aus ihrem Erfolg im Hinblick auf ihren Zweck ableitet, fordert auch das EFQM-Modell für Excellence in seinem letzten Element „Wichtige Ergebnisse der Organisation“ Belege für eine in dieser Hinsicht erfolgreiche Tätigkeit. Dazu gehören zum einen klassische finanzielle Kenngrößen. Eine ebenso wichtige Rolle spielen jedoch nicht-finanzielle Messgrößen. Auch im sozialen Bereich steht man vor der zwingenden Aufgabe, Leistungen zu möglichst geringen Kosten zu erbringen. Die finanziellen Geschäftsergebnisse beziehen sich daher in erster Linie auf die Entwicklung der Kostensituation in der Organisation. Nicht-finanzielle Kenngrößen betreffen beispielsweise die Marktakzeptanz und Inanspruchnahme der Angebote durch Mitglieder oder andere Leistungsempfänger oder therapeutische Größen und erfolgreiche Vermittlungen.

PPQ subsumiert eine Reihe anerkannter Hilfeplanmodelle, die systematisch sind und Nachweise führen über den Stand der Betreuungs- und Hilfeprozesse. Außerdem werden computergestützte Dokumentations- und Auswertungssysteme für ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen vorgesehen. Hier besteht ein enger Bezug zum Kriterium Prozesse, weil sie auf diese Weise im Hinblick auf den eigentlichen Betreuungsprozess sehr wesentlich sind. Die umfassende und differenzierte Darstellung des Organisationserfolges auch im Hinblick auf wirtschaftliche Geschäftsergebnisse wird am Ende des Modells nicht gefordert. Es wird eine Form der Qualitätsprüfung im Sinne von Testierung angeboten. Es besteht eine rechtliche Verpflichtung zur internen Qualitätssicherung, die nachzuweisen ist.

#### Literatur

- Ulrich F. Schübel – Einführung des EFQM-Verfahrens in den psychosozialen Einrichtungen der regionalen Diakonischen Werke in Hessen und Nassau, Frankfurt 2001
- EFQM (Hrsg.): Das EFQM Modell für Excellence, Brüssel 1999
- Zink, K.J.: Bewertung ganzheitlicher Unternehmensführung, München, Wien 1998
- Zink, K.J.: TQM als integratives Managementkonzept: das europäische Qualitätsmodell und seine Umsetzung, München, Wien 1995

# Großer Handlungs- und Entwicklungsbedarf

Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung beim BMG eingerichtet.

Von Helmut Urbaniak

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte Ende Mai 2002 zu einem ersten Treffen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und anderer an der Versorgung psychisch erkrankter Menschen beteiligter Organisationen eingeladen. Mit relativ kurzem Vorlauf wurden Positionspapiere erstellt. Wir veröffentlichen hier das Stichpunkt Papier des DW EKD, das soweit möglich mit den Psychiatrie-Landesreferenten der gliedkirchlichen Diakonischen Werke und dem Fachbeirat Psychiatrie des BEB abgestimmt wurde.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Initiative des BMG, Betroffenen und Beteiligten erneut eine Plattform zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu bieten. Auf Grund des relativ kurzen Zeitraums für eine ausführliche Rückmeldung sind folgende Positionen nur als vorläufige und sicher zu erweiternde Stichpunkte zu verstehen.

Aus unserer Sicht zeigt sich Handlungs- und Entwicklungsbedarf zu folgenden Punkten:

## Weiterentwicklung der personenzentrierten Hilfe

Den psychisch kranken und behinderten Menschen verstärkt in den Mittelpunkt zu stellen, ist weiterhin eine grundlegende Herausforderung. Dem Einzelnen die für ihn passende Betreuung, Beratung oder Behandlung zu kommen zu lassen, zieht sich als Grundnorm durch das SGB IX. Die Umsetzung zeigt, dass Struktur- und Finanzierungsfragen in der Praxis nur schleppend gelöst werden können. Insbesondere ist es uns ein Anliegen, die Zusammenarbeit des medizinischen Versorgungssektors mit der psychosozialen Versorgung zu optimieren und gleichberechtigt nebeneinander zu organisieren.

## Differenzierte Versorgungsstrukturen

Differenzierte Versorgungssysteme müssen sich weitaus stärker als bisher auf regionaler und kommunaler Ebene entwickeln und entfalten. Gemeindefnahe Angebote müssen zum selbstverständlichen Kern in der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen werden. Um das Wunsch- und Wahlrecht der Klienten zu ermöglichen, ist eine Angebotsvielfalt notwendig. Die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen ist nur möglich, wenn ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen.

Verankerung von Case-Management im gemeindepsychiatrischen Verbund: Case-Management geht über die Einzelfallhilfe hinaus und bezieht die Wünsche der Klientel und Koordinationsaufgaben bezüglich der Rahmenbedingungen (Netzwerk) mit ein. Es müssten klare Regelungen zur Einbindung des Case-Management im gemeindepsychiatrischen Verbund, zu Aufgaben und Ablauf überlegt werden. Auch der personenbezogene Datenschutz muss besondere Berücksichtigung finden. Vorteile eines Case-Management liegen in der Vermeidung von Brüchen, Diskontinuitäten und Mehrfachbetreuungen und dem Aufbau einer kontinuierlichen Beratungsbeziehung sowie der Stärkung der Selbsthilfepotenziale.

## Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen

Die Versorgungslandschaft ist sehr vielfältig und durch viele Länderspezifika geprägt. Finanzierungsmodalitäten und Begrifflichkeiten sind von Land zu Land sehr verschieden. Neben einer Vereinheitlichung zumindest der Begrifflichkeiten ist eine gemeinsame Schwerpunktsetzung zur der Förderung der Arbeit notwendig.

Die Versorgung ist zu beschreiben mit den Angeboten

- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Tagesstätten
- Ambulant betreutes Wohnen
- Stationäre Wohnrichtungen
- Tageskliniken
- Reha Werkstätten / Selbsthilfefirmen
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Psychiatrische Kliniken

Aus der Geschichte der Psychiatrie Reform verständlich, waren bisher viele Veränderungsansätze in der Psychiatrie klinikbezogen. Zukünftiger Schwerpunkt der Förderpolitik muss auf den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen gelegt werden. Nicht gegen die etablierten Kliniken, sondern als Fokus des Versorgungsgeschehens, das sich in der Gemeinde im Zusammenspiel von niedergelassenen Fachärzten und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (Sozialpsychiatrische Dienste) entwickelt. Von hier aus muss sich die Vernetzung aller Beteiligten entwickeln. Eine wichtige Ergänzung der ambulanten Versorgungsstrukturen sind flächendeckende Angebote der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. Damit lassen sich Krankenhausbehandlungen vermeiden oder verkürzen beziehungsweise Eingliederungsmittel einsparen.

## Finanzierungsmodalitäten

Auf Grund der unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen ist die Versorgungssituation nach wie vor in medizinische und nicht-medizinische Versorgungsbereiche gespalten. Wichtige ambulante Angebote werden über die Leistungen der Eingliederungshilfe finanziert. Zum Teil ergänzt durch freiwillige Zuschüsse der Länder und Kommunen. Bis auf wenige Ausnahmen (Bayern, Sachsen) fehlen hier gesetzliche und damit verbindliche Grundlagen. Leistungen des SGB V ermöglichen die Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen und ergänzenden Rehabilitation durch niedergelassene Ärzte und den Krankenhausbereich. Die Bemühungen des Gesetzgebers, über den § 37a SGBV (Soziotherapie) und den § 26 SGB IX (medizi-

Helmut Urbaniak ist  
Psychiatriereferent  
beim Diakonischen  
Werk der EKD, Telefon  
0711-2159 132,  
e-Mail:  
urbaniak@diakonie.de

nische Reha) Schnittstellen zwischen der medizinischen Behandlung und der notwendigen psychosozialen Begleitung und Behandlung zu ermöglichen, ist zu würdigen.

Die Umsetzung, insbesondere des § 37a SGBV, zeigt jedoch die Grenzen und den mangelnden Willen „den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ... Rechnung zu tragen“ (gemäß § 27 Abs.1 Satz 3 SGBV; beziehungsweise § 10 (3) SGB IX). Insbesondere die in § 26 (1) SGB IX formulierten Ziele (unter anderem „den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“) erfordern, die Vor- und Nachteile der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen über die Eingliederungshilfe oder über die Krankenversicherung / Rentenversicherung genauer zu beschreiben. Solange die Krankenkassen sich weigern, psychosoziale Leistungen als notwendige – auch die medizinischen Behandlungskosten senkenden – Leistungen in ihre Leistungskataloge aufzunehmen und zu honorieren, wird sich wenig bewegen lassen. Gerade in der Psychiatrie bietet sich die Chance, eine zumindest gleichberechtigte Sichtweise von „Beziehungsarbeit und -pflege“ und der pharmazeutisch/ somatisch orientierten Medizin zu ermöglichen.

#### Weiterentwicklung ambulanter Arbeit

Die Entstehung der ambulanten Versorgungselemente ist geprägt von der Versorgung schwerst psychisch kranker Menschen. Diese Basisversorgung muss weiterhin gewährleistet sein, ohne dass psychisch beeinträchtigte Menschen mit anderen Diagnosen aus dem Hilfesystem ausgeschlossen werden. Darüber hinaus ist es an der Zeit, die Erfahrungen und Kompetenzen der ambulanten Arbeit auch zu Präventionskonzepten psychischer Erkrankungen zu nutzen. Dies erfordert eine offizielle und eine interne Auftragserweiterung. Moderne erprobte Präventionskonzepte aus anderen Bereichen sind auf ihre Übertragbarkeit in die Psychiatrie zu überprüfen (WHO- Konzepte; Ottawa-Charta). Psychiatriespezifische Konzepte

müssen vielfältig erprobt werden (zum Beispiel Kompetenznetzwerk Depression). Leitzielorientierte Qualitätsentwicklungsmaßnahmen ermöglichen eine Optimierung der eigenen Arbeit und bieten die Chance, flexibel auf neue Herausforderungen reagieren zu können. Bundesweit compatible Dokumentationssysteme müssen entwickelt werden.

#### Arbeit und Beschäftigung

In den Angebotsstrukturen für Arbeits- und Beschäftigungsangeboten klaffen Lücken. Neben den Beschäftigungsmöglichkeiten in den WfBs und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fehlen niedrigschwellige Möglichkeiten, die den oft stark schwankenden Leistungsmöglichkeiten psychisch beeinträchtigter Menschen angepasst sind. Auch diese Angebote müssen in die regionalen Versorgungsstrukturen eingebunden werden.

#### Förderung von Selbsthilfegruppen

Die Initiativen Psychiatrieerfahrender und die Bildung eigener Selbsthilfegruppen muss stärker gefördert werden. Eine gleichberechtigte Mitarbeit im GPV muss sichergestellt werden.

#### Heime in gemeindenaher Versorgung einbinden

Neben der sinnvollen Stärkung der Bewohnerrechte sind die Übertragung der Regelungen des neuen Heimgesetzes auf die Einrichtungen für psychisch kranke Menschen schwierig. Gerade sie bemühen sich, die Rahmenbedingungen für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu bieten. Diese sind nicht mit den Vorgaben aus dem Gesetz zu erfüllen. Heime für psychisch Kranke sollten eingebunden sein in die gemeindenahere Versorgung und überschaubare Gruppengrößen nicht überschreiten.

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung müssen auch die Themen Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Wohnungslose psychisch Kranke, Chronisch Suchtkranke und unabhängige Beschwerdestellen aufgegriffen werden.

## Umsetzung der Soziotherapie in Baden-Württemberg

### 65 Sozialpsychiatrische Dienste erbringen zukünftig Kassenleistungen

Schwer psychisch kranke Menschen sind oft nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie einen Anspruch haben, auch selbständig in Anspruch zu nehmen. Mit der Soziotherapie nach § 37 a, die mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 in das SGB V aufgenommen wurde, existiert nun ein Instrument, das diesem Personenkreis die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen erleichtern soll. Soziotherapie soll den Patienten durch Motivierungsarbeit und spezielle Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen. Aufmerksamkeit und Initiative sollen gesteigert, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gesteigert werden. Die Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Und nicht zuletzt soll Soziotherapie zu einer Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausbehandlung führen.

#### Therapie für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

In Anspruch genommen werden kann die neue Therapieform von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und bestimmten Fähigkeitsstörungen (das nähere regeln die Soziotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 23.08.2001, Bundesanzeiger Nr. 217, S. 23735). Der Anspruch besteht für maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall – und bedarf der Verordnung durch einen zur Verordnung ermächtigten Facharzt.

#### Schwierige und langwierige Verhandlungen

In Baden-Württemberg wurde in schwierigen und langwierigen Verhandlungen zwischen der Liga der freien Wohlfahrtspflege und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen ein Rahmenvertrag (dieser befindet sich im Augenblick im Unterschriftenverfahren) erarbeitet, der seit 1. Juli 2002 die Erbringung von Soziotherapie



durch die Sozialpsychiatrischen Dienste regelt. Besonders schwierig waren auf der einen Seite die Festlegungen der Krankenkassen auf Bundesebene, die mit ihren Rahmenempfehlungen detaillierte Vorgaben zur Qualifikation der Soziotherapieerbringer machen – und auf der anderen Seite die Situation in Baden-Württemberg, wo die Kassen sich durch die landesweite Einrichtung von Institutsambulanzen aus der bisherigen Pauschalfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste verabschiedeten. Durch den geschlossenen Rahmenvertrag wird nun einerseits den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ein flächendeckendes Netz aus qualifizierten Soziotherapieerbringern geboten. Andererseits haben die Sozialpsychiatrischen Dienste die Möglichkeit, durch den Wegfall der Pauschalfinanzierung entstehende Defizite durch Einzelfallvergütungen zu kompensieren.

Manfred Schöniger, Psychiatriereferent im Diakonischen Werk Baden

## Helmuth Beutel in den Ruhestand verabschiedet

Helmuth Beutel, Vorstand der Dienste für seelische Gesundheit / Erwachsenenhilfe bei der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart (eva), ist am 16. Mai 2002 in die vorgezogene Altersteilzeit gewechselt. Bei einer Feier im Hospitalhof wurde er mit einem Rundgespräch, an dem unter anderem die Ministerin a.D., Annemarie Griesinger teilnahm, Gruß- und Dankworten sowie einem Abendgebet in der Hospitalkirche verabschiedet. Beutel arbeitete fast 32 Jahre bei der eva. Als Referent für Mitarbeiterfragen startete er Anfang der siebziger Jahre attraktive Fortbildungs-Programme, um vorhandene Mitarbeiter zu fördern und neue zu gewinnen. Ab 1982 war Beutel Leiter der damals neu eingerichteten Dienste für seelische Gesundheit, die zunächst den Schwerpunkt ambulante Sozialpsychiatrie hatte. Im Lauf der Jahre kamen viele neue Dienste hinzu, beispielsweise die Aids-Beratung, der sozialpsychiatrische und psychosoziale Notfalldienst, die Alzheimer-

Beratung sowie das Hospiz. 1999 wurden die Dienste für seelische Gesundheit mit der Erwachsenenhilfe für wohnungslose Menschen zusammengelegt. Seine Zeit bei der eva sieht Beutel als „sehr reiche Zeit“. Wenn ein Problem erkannt worden sei, „gab es auch immer Menschen, die helfen konnten“ und mit denen zusammen einen Dienst habe aufbauen können.

## Praktische Hilfen für Umgang mit Gewalt

Broschüre beleuchtet ein nach wie vor tabuisiertes Thema

Nach wie vor ist die Diskussion über die Anwendung von psychischer und psychischer Gewalt gegenüber behinderten Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe der Diakonie betreut werden, tabuisiert. Unter Umständen wird daher auf solche Vorkommnisse nicht angemessen oder nur sehr zögerlich reagiert. Praktische Hilfestellung für den Umgang mit dem Thema will die Broschüre „Wenn Grenzen überschritten werden“, die jetzt der Evangelische Fachverband im Diakonischen Werk Württemberg herausgegeben hat, geben. Die Handreichung beinhaltet die Ergebnisse mehrerer Veranstaltungen zum Thema Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Mitarbeitenden den Umgang mit sensiblem Thema erleichtern

Die Autoren wollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Bearbeitung eines, wie es im Vorwort heißt, „schwierigen und sensiblen Themas erleichtern“ und Anregungen für die eigene Arbeit geben. Dabei geht es neben allgemeiner Hintergrundinformation sowohl um rechtliche Bedingungen, als auch um exemplarische Vorgehensweisen und präventive Maßnahmen.

*Die 84-seitige Broschüre kann bestellt werden bei: Evangelischer Fachverband für Behindertenhilfe, Diakonisches Werk Württemberg, Postfach 101151, 70010 Stuttgart.*

## Themenvorschau Ausgabe 4/2002 der Kerbe

Thema der nächste Ausgabe der Kerbe, die am 1. November 2002 erscheint, heißt „Teilhabe“. Ausgangspunkt ist dabei die Neufassung des SGB IX, das die Teilhabe als Grundanliegen formuliert. Die Frage ist, wie das Gesetz so umgesetzt werden kann, dass aus dem Rechtsgut Praxis wird, die den Betroffenen

## ConSozial 2002: Neues Forum für Einrichtungen und Verbände

Die Messe „ConSozial“ vom 23. bis 23. Oktober im Messezentrum Nürnberg bietet in diesem Jahr erstmals ein eigenes Forum für Einrichtungen und Verbände. Beim Marktplatz können sich Träger und Dienste mit ihren fachlichen Konzepten und ihrem Spektrum an sozialen Dienstleistungen präsentieren. Als Veranstalter bietet das Bayerische Sozialministerium die Möglichkeit, zu vergünstigten Konditionen auszustellen. Darüber hinaus können modellhafte Non-Profit-Projekte aus den Bereichen Management und Organisation kostenfrei Standplätze auf der ConSozial bekommen. Dazu zählen beispielsweise innovative Qualitätsmanagement-Projekte oder Projekte zur innerorganisatorischen beziehungsweise strategischen Neuausrichtung.

Weitere Informationen zum Marktplatz ConSozial unter [www.consozial.de](http://www.consozial.de) oder bei KI Consult, H. Kreidenweis, Zugspitzstraße 46, 86163 Augsburg, Telefon 0821/2620336, E-Mails [hk@ki-consult.de](mailto:hk@ki-consult.de).

## WahnSinnsStoff

26.11.2002, Friedberg

Wetterauer Psychiatrietag im Trialog zum Thema Psychische Erkrankung und Sucht im Kreishaus in Friedberg. Anmeldung und Info: Diakonisches Werk Wetterau, Herr Hofmann, Telefon 06031 / 725213

21. - 25.10.2002, Hösbach

## Dialogische Führung und Lernende Organisation

Wesensaspekte einer Personalentwicklung in der Diakonie?

Anmeldung und Auskunft: GFO-Fortbildungsdozentur Süd

## Betreuung von Menschen mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten

23. - 26. 9.2002, Rothenburg o.d.T.

Sechsteilige Fortbildung Lernen durch Vergleich (in Intensivgruppen), Gesamtvolumen 20 Tage, Termine in September und November 2002, und im Jahr 2003

23. - 24.6.2003

## Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie

Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation in Form einer achteiligen Weiterbildung. Beginn mit einer Informationsveranstaltung, erstes Seminar im Oktober 2003

Anmeldung und Auskunft: GFO-Fortbildungsdozentur Süd, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall, Telefon 0791 / 500282, Fax 0791 / 500300, E-Mail: fdsued@gfo-diakonie.de; www.gfo-diakonie.de

Anmeldung und Information: GFO FD Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Telefon 0251/ 2709 396, Fax 0251/ 2709 398, E-mail: diekmannr@gfo-diakonie.de

## Verhandeln statt Behandeln

25. - 27.9.2002, Löwenstein

Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. Einführung in die Arbeit mit dem „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP), zweiteilige Fortbildung, zweites Seminar im November 2002

Anmeldung und Auskunft: GFO-Fortbildungsdozentur Süd

## Von der Krankengeschichte zur Lebensgeschichte

30.9. - 2.10.2002, Rödelsee

Neue Perspektiven für chronisch psychisch kranke Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung

Anmeldung und Auskunft: GFO-Fortbildungsdozentur Süd

## Impressum

### Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, E-Mail: kerbe@beb-ev.de

### Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart; Helmuth Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Gudrun Mahler, Nürnberg; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Helmut Urbaniak, Stuttgart; Andreas Wagner (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart; Wolfram Keppler (Redakteur), Stuttgart

### Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0

### Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 21,50 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

### Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-66, Fax -76. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 18 vom 1. Januar 2001

### Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

### Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

### Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt eine Bestellkarte für die Zeitschrift Kerbe -Forum für Sozialpsychiatrie bei.

## Wertschätzen, Anerkennen, Annehmen

5. - 6.9.2002,  
Steinfurt

Umgang mit verwirrten alten Menschen, Validation nach Naomi Feil

Anmeldung und Information: GFO  
FD Nord

## Kompaktseminar Sozialpsychiatrie

9. - 13.9.2002,  
Steinfurt

Berufsbegleitende Weiterbildung für sozialpsychiatrische Arbeitsfelder, in mehreren Blöcken, 2002 - 2003

Anmeldung und Information: GFO  
FD Nord

16. - 18.9.2002,  
Lehning

## Basisqualifikation Führungsfachkraft

6. - 8.-1.2002,  
Steinfurt

Gruppen- und Teamleitung in sozialen Einrichtungen. Fünfteilige Fortbildung 2002 - 2003

Anmeldung und Information: GFO  
FD Nord

13. - 14.9.2002, Jena

## Pro Psychiatrie Qualität

11. - 13.11.2002,  
Bergisch Gladbach

Einführung in das Qualitätsmanagement in Einrichtungen und Dienstes der Sozialpsychiatrie

Anmeldung und Information: GFO  
FD Nord

14.11.2002,  
Crimmitschau

## Informationsworkshop Qualifizierung

14. - 15.11.2002,  
Münster

Seminar zur Qualifizierung für Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Behinderte. Schwerpunkt: Arbeit mit Menschen, die von psychischer Störung betroffen sind. 2003 - 2004

Anmeldung und Information: GFO  
FD Nord

## Ganz allein auf weitem Flur...

12. - 14.9.2002,  
Lehning

Seminar für Nachtwachen. Ein Aufbaukurs

Anmeldung und Information: GFO  
FD Berlin, Rudolf-Breitscheid-Straße

24, 14482 Potsdam, Telefon 0331 / 740 04 86 oder 0331 / 763 33 6, Fax: 0331 / 763 33 61, E-Mail: schroeder@gfo-diakonie.de

## Zusammenarbeit heißt Mitgestalten

Kompetenzerweiterung für die Zusammenarbeit im Team

Anmeldung und Information: GFO  
FD Berlin

## Handlungskompetenz und Sicherheit in Gewaltsituationen

Intensivtraining zur professionellen Gewalt-Deeskalation

Anmeldung und Information: GFO  
FD Berlin

## Weiterentwicklung gemeindenaher psychiatrischer Versorgung

Fachtagung am Beispiel des Freistaats Sachsen; Diskussion darüber, wie die Versorgung chronisch psychisch Kranker und suchtabhängiger Menschen weiterentwickelt werden kann

Anmeldung und Information: Sozialteam, Telefon 0941 / 830820, e-Mail: peter.weiss@sozialteam.de  
Internet: www.sozialteam.de

