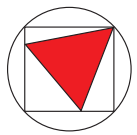




# 1973-2003

## 30 Jahre Projekteverein

### Jahresbericht



Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V.

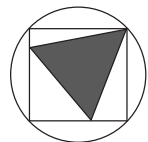


Korporatives Mitglied der  
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.

# 1973-2003

## 30 Jahre Projekteverein

### Jahresbericht



Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V.



Korporatives Mitglied der  
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort .....5

Grußworte:

Christa Stewens .....7

Franz Jungwirth .....9

Christian Ude .....11

Seban Dönhuber .....13

Die Entstehung des Vereins

Interview mit Jürgen Salzhuber .....15

Ambulant vor Stationär – Psychisch krank!

Nur im Krankenhaus zu heilen? .....27

1981

Therapeutische Wohngemeinschaft – Ins Leben gehen .....33

1985

Arbeitsprojekte – Integrationsfirmen

Ausgrenzung psychisch Kranker aus dem Arbeitsmarkt .....35

1986

Von der Arbeitsassistenz zum Integrationsfachdienst .....43

1990

Gerontopsychiatrischer Dienst – Ambulante Arbeit mit

psychisch kranken Älteren .....49

1994

Enthospitalisierung – Ambulantes Konzept im Heim .....57

1997	
Tagesstätte – Wie geht es nach dem Krankenhaus weiter? . .	61
2001	
Betreuungsverein für Münchner Bürger und Bürgerinnen . .	65
2002	
Krisendienst – Es lohnt sich zu kämpfen . . . . .	71
2003	
Hamburger Straße – Neue Anlaufstelle für wohnungslose psychisch Kranke . . . . .	77
1973 – 2003	
Chronik des Vereins . . . . .	81
Statistik . . . . .	88
Adressen . . . . .	90
Impressum . . . . .	94

## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,  
mit 30 befinden sich viele Menschen im Umbruch. Auch für Institutionen, wie den Projekteverein, bedeutet der *dreißigjährige Geburtstag* eine Zäsur: Die Vision der Sozialpsychiatrie, eine andere, bessere, humanere Psychiatrie zu machen, sind zum Teil Realität geworden, zum Teil aber bleiben sie eine Illusion, und vieles ist noch zu tun.

In den 70er Jahren war man überzeugt, dass die Psychiatriereform Teil einer gesellschaftlichen Veränderung sein muss, oder wie Klaus Dörner es formulierte: „*Die Psychiatrie ist eine soziale oder sie ist keine!*“

Heute steht das „Soziale“ unter Finanzierungsvorbehalt. Es ist davon die Rede, dass schmerzhaft Einschnitte in das soziale Netz notwendig sind. Was bedeutet das für die Psychiatrie? In den letzten dreißig Jahren ist viel geschehen. Die psychiatrischen Kliniken sind „sozialer“ geworden oder wurden teilweise aufgelöst. Der ambulante, gemeindenahe Bereich wurde ausgebaut.

Doch können wir zufrieden sein? Wir meinen, nein! Wir haben vieles erreicht, und dieser Bericht gibt einen Ausschnitt der Entwicklung in der Sozialpsychiatrie wieder.

Aber was bedeutet es, wenn es in Bayern immer noch kein Psychiatriegesetz gibt, das die *Hilfe* vor die Zwangseinweisung stellt? Was bedeutet es, wenn die Vorgabe *ambulant vor stationär* in vielen Leistungsgesetzen steht, Kliniken und Heime jedoch zu den *Pflichtleistungen*, Sozialpsychiatrische Dienste zu den *freidispobiblen Leistungen* gehören? Oder was soll man davon halten, wenn nach dem SGB V den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen besonders Rechnung getragen werden soll, die Krankenkassen jedoch aus der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste aussteigen? Warum konnte die Soziotherapie immer noch nicht umgesetzt werden? Was ist mit den schönen Worten im SGB IX? Wehe, man beruft sich darauf, dann lösen sie sich in Luft auf. All diese Fragen bestätigen,

dass Psychiatriereform immer Teil einer gesellschaftlichen Entwicklung ist.

Für uns vom Projekteverein ist der Satz Dörners: „Die Psychiatrie ist eine soziale, oder sie ist keine!“, immer noch relevant. Für einen psychisch kranken Menschen ist es wichtig, in seinen sozialen Bezügen, seinem unmittelbaren Umfeld, seinem Wohnfeld und seiner Arbeitssituation klarzukommen. Und ihn dabei zu unterstützen verstehen wir als unsere professionelle Aufgabe.

Wir wollen mit diesem *Jubiläums-Jahresbericht* Schlaglichter auf die Entwicklung des Projektevereins in den letzten dreißig Jahren werfen. Und wir hoffen, dass es gelingen wird, einen kleinen Einblick zu geben, welche Leidenschaft uns antreibt und dass Beharrlichkeit und Ausdauer ein Wesensmerkmal des Projektevereins sind. Wir freuen uns auch, dass unsere MitarbeiterInnen diese Leidenschaft in so hohem Maße mit uns teilen. Denn ohne dieses Potential an Engagement und Kompetenz wäre vieles nicht möglich. Ganz besonders möchten wir uns bei Konstanze Grumbach und Michael Mauerer-Mollerus bedanken. Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen, die uns Wohlwollen und Unterstützung entgegenbringen. Wir danken den politisch Verantwortlichen, den MitarbeiterInnen der Zuschussgeber und unseren Ansprechpartnern bei den Kostenträgern. Wir hoffen, dass sie uns auch in schwierigen Zeiten weiter begleiten und unterstützen werden.

Wir danken den Vorsitzenden der AWO-Gliederungen auf Landes-, Bezirks- und Stadtebene, Seban Dönhuber, Herbert Hoffauer und Max von Heckel.

Jürgen Salzhuber  
Vorstandsvorsitzender

Horst Reiter  
Geschäftsführer

# Christa Stewens

---

Christa Stewens  
Bayerische Staatsministerin für  
Arbeit und Sozialordnung, Familie und  
Frauen



Zum dreißigjährigen Jubiläum der Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V. übermittle ich allen für den Verein tätigen ehrenamtlichen und hauptberuflichen MitarbeiterInnen meine Grüße und besten Wünsche. Gleichzeitig drücke ich meine Hoffnung auf eine weitere gute Zusammenarbeit im Interesse der von ihnen betreuten psychisch kranken Menschen aus.

Als der Verein im Jahr 1973 gegründet wurde, war die psychiatrische Versorgung durch die Großkrankenhäuser geprägt. Die psychisch kranken Menschen waren nach einem Krankenhausaufenthalt nur selten in der Lage, sich wieder in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld zurechtzufinden. Aus Sorge und Verantwortung für diese Menschen hat sich der Verein von Anfang an, also noch vor der Veröffentlichung der Ergebnisse der Psychiatrieenquête im Jahr 1975, den Aufbau gemeindepsychiatrischer Hilfen zum Ziel gesetzt und dabei einen hervorragenden Ruf erworben. Zumindest im Hinblick auf den Gerontopsychiatrischen Dienst im Münchener Südosten, die Familienpflege, die Selbsthilfefirmen und das Zuverdienstprojekt kann dem Projektverein eine Vorreiterrolle zugesprochen werden. Er hat sich keineswegs nur in eingefahrenen Gleisen, sondern immer auch in neuen Tätigkeitsfeldern bewegt. So manche bürokratische Hürde konnte dabei erfolgreich überwunden werden. Dafür gebührt den Verantwortlichen Dank und Anerkennung.

Das Sozialministerium wird in absehbarer Zeit die Fortschreibung des Landespsychiatrieplans intensivieren. Wir müssen Lösungen finden, wie wir neuere fachliche Entwicklungen in die Versorgungssysteme einbinden können. Als Stichworte seien

beispielhaft die Krisenintervention, personenzentrierte Hilfen, gemeindepsychiatrische Verbundsysteme und auch die Zuverdienstarbeitsplätze genannt. Alle diese Themen berühren unmittelbar die Interessen der psychisch kranken Menschen und ihrer Angehörigen. Wir legen deshalb großen Wert darauf, dass die Ideen und praktischen Erfahrungen der Projekte für Jugend und Sozialarbeit e. V. über den Spitzenverband, den Landesverband der Arbeiterwohlfahrt, in die Überlegungen einfließen können.

Ich wünsche Ihnen bei Ihrer weiteren Tätigkeit viel Erfolg und der Jubiläumsfeier einen guten Verlauf.

Christa Stewens

# Franz Jungwirth

Bezirkstagspräsident  
Franz Jungwirth

„Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V.“

Der Projektverein ist ein Kind der Psychiatrie-  
enquete und des veränderten Umgangs mit psychi-  
schen Erkrankungen, der sich in dieser Enquete  
niedergeschlagen hat. 1977 wurde die Wiedereinglie-  
derung psychisch Kranker als Ziel in die Satzung des  
vier Jahre zuvor gegründeten Vereins aufgenommen. Die  
Geschichte des Vereins ist dabei ein Musterbeispiel für persön-  
liches soziales Engagement: Aus einer kleinen Studentengruppe  
um den heutigen Vorstandsvorsitzenden Jürgen Salzhuber, die  
sich aus jugendlichem Idealismus nährte, entwickelte sich ein  
Verein, der als eine feste Größe in der Münchner und oberbaye-  
rischen Versorgungslandschaft anzusehen ist und professionel-  
le Arbeit leistet. Das soziale Engagement der Mitarbeiterinnen  
und Mitarbeiter ist dasselbe geblieben und schlägt sich in  
einem beeindruckenden Leitbild nieder. Heute betreibt der  
Verein mehrere sozialpsychiatrische und gerontopsychiatrische  
Dienste, bietet verschiedene Wohnformen für psychisch Kranke  
an und unterhält Tagesstätten. Die zwei Integrationsfirmen, die  
eine der ersten in Bayern waren und ebenfalls zum Projekte-  
verein gehörten, sind mittlerweile in einen eigenen Verein aus-  
gliedert. Jedes einzelne der Projekte hat dabei enge Be-  
rührungspunkte mit dem Bezirk Oberbayern – in seiner Zu-  
ständigkeit für die psychiatrische Versorgung und als überört-  
licher Sozialhilfeträger. Individuelle, bedarfsorientierte  
Angebote an psychisch kranke Menschen zu machen und so  
nach und nach das Netz der ambulant-komplementären Ver-  
sorgung qualitativ zu verbessern, das ist unser gemeinsames  
Ziel.

Ich bedanke mich im Namen des Bezirks Oberbayern für die  
konstruktive und fruchtbare Zusammenarbeit in der Ver-  
gangenheit und hoffe, dass wir diese auch in Zukunft trotz



knapper Kassen fortführen können. Dabei sind wir uns alle bewusst, dass bereits ein Erhalt der bestehenden Versorgungseinrichtungen und -dienste angesichts der Finanzlöcher, die sich in den kommunalen Haushalten aufgetan haben, ein großer Erfolg wäre. Umso größerer Stellenwert kommt der optimalen Abstimmung und Vernetzung des Angebotes zu. Die Weiterentwicklung des Gemeindepsychiatrischen Krisendienstes München-Ost ist ein solches Projekt, das eine wichtige Lücke schließt, die sowohl Angehörige als auch Klienten immer wieder beklagt haben. Ich wünsche den „Projekten für Jugend- und Sozialarbeit e.V.“ weiterhin viel Erfolg!

Franz Jungwirth

# Christian Ude

---

Landeshauptstadt München  
Oberbürgermeister



Wie wegweisend die Gründung des Vereins Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V. vor 30 Jahren war und wie wegweisend seine Arbeit nach wie vor ist, zeigt am besten ein Blick in die jüngere Vergangenheit: Über Jahrzehnte lag da die Behandlung psychisch Kranker vorwiegend in Händen psychiatrischer „Anstalten“, waren die Kranken „weggesperrt“ und der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit entzogen. Erst allmählich, verstärkt seit Kriegsende, entwickelte sich neben dem stationären Angebot eine zweite Säule der Patientenversorgung durch niedergelassene, in freier Praxis arbeitende Psychiater und Nervenärzte.

Beide – Kliniken wie niedergelassene Ärzte – sahen allerdings den Schwerpunkt ihrer Therapieansätze in medizinischen, seit Entdeckung der Psychopharmaka in medikamentösen Behandlungsmaßnahmen. Die psychosozialen Belange der Patienten – wie und wo sie wohnen können, ob sie Arbeit finden, wie sie ihre Freizeit gestalten können und vieles mehr – blieb von therapeutischen Bemühungen lange Zeit ausgespart. Diese „Lücke im System“ wurde vor etwa dreißig Jahren von psychiatrischen Wissenschaftlern, Praktikern und der Politik gleichermaßen erkannt. 1975 wurden die Reformgedanken in der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung zusammengefasst und in den wenig später verabschiedeten Landespsychiatrieplänen in konkrete Forderungen bzw. Aufgaben umgesetzt. Mit dem Begriff der Sozialpsychiatrie wurde so eine dritte Säule aufgebaut: das System komplementärer Dienste und Einrichtungen. Ein Kernstück dieser Reformbemühungen waren die Sozialpsychiatrischen Dienste.

1976 wurde vom Münchner Stadtrat auf Initiative des damaligen Kreisverwaltungsreferenten Dr. Klaus Hahnzog die Errichtung eines städtischen Sozialpsychiatrischen Dienstes beschlossen, der als Modell dienen sollte für weitere Dienste dieser Art

in ganz München, einzurichten von Trägern der freien Wohlfahrtspflege.

Die Entwicklung einer humanen, alternativen Psychiatrie hat sich sehr früh auch der Verein Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V. zur Aufgabe gemacht. 1978, fünf Jahre nach der Gründung des Vereins durch Studenten der Sozialarbeit, wurde als erstes Projekt ein Sozialpsychiatrischer Dienst in Neuperlach eröffnet.

Weitere Sozialpsychiatrische Dienste kamen hinzu. Inzwischen betreibt der Verein eine Vielzahl von Einrichtungen unterschiedlicher Art – von Beratungseinrichtungen über Wohneinrichtungen bis hin zu Tagesstätten und Arbeitsprojekten. Auch außerhalb Münchens findet man den Projekteverein als Träger.

Heute ist das psychiatrische Hilfesystem in München ohne den Projekteverein und seine Einrichtungen nicht denkbar. Er hat immer wieder auch eine wichtige Rolle gespielt als Anstoßgeber für neue Entwicklungen, war immer wieder bereit, auch Modellprojekte zu übernehmen und sich als erster Träger in München oder in Oberbayern mit einem Thema konkret zu befassen.

Psychisch kranke Mitbürgerinnen und Mitbürger und ihre Angehörigen brauchen den Verein als Träger von Hilfsangeboten. Die anderen Träger brauchen den Verein in ihrem gemeinsamen Bestreben, das psychiatrische Hilfe- und Selbsthilfesystem in München differenziert, effizient und bürgerfreundlich zu gestalten. Und die Politik braucht seine Anregungen, damit dieses Ziel auch erreicht wird.

Gerne gratuliere ich deshalb dem Verein Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V. zu seinem 30-jährigen Jubiläum sehr herzlich, sage allen seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr Engagement herzlichen Dank und wünsche auch für die kommenden Jahre viel Erfolg.

Christian Ude

# Seban Dönhuber

---

## Grußwort zum 30-jährigen Bestehen des Projektvereins

Ich freue mich, dem Verein Projekte für Jugend und Sozialarbeit e. V., unserem Projektverein, im Namen der Bayerischen Arbeiterwohlfahrt zu seinem 30-jährigen Bestehen gratulieren zu können, und möchte gleichzeitig meinen Dank für die positive und konstruktive Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Bayerischen Arbeiterwohlfahrt aussprechen. Dank sei dem Verein gesagt vor allem für seine Arbeit, mit der er sich seit 30 Jahren in herausragender Weise um psychisch kranke Menschen und deren Angehörige verdient gemacht hat.

Die selbst gestellte Aufgabe des Projektvereins ist es, Ideen und Visionen zur Verbesserung der Situation von psychisch kranken Menschen zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Er wird dort aktiv und mischt sich ein, wo psychisch kranke Menschen keine angemessene Hilfe für ein selbst bestimmtes Leben erhalten. Sein Ziel ist die Wiedereingliederung psychisch kranker oder psychisch behinderter Menschen in die Gesellschaft. An der Umsetzung und Verwirklichung dieser Ziele wird der Projektverein nicht nur als Träger von sozialpsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Diensten, therapeutischen Wohngemeinschaften, Tagesstätten, einem Wohnprojekt für psychisch kranke Obdachlose im Rahmen der psychiatrischen Familienhilfe und einem Krisendienst tätig, sondern auch im Rahmen von fachpolitischen und sozialpolitischen Initiativen. So gehörte der Verein 1995 zu den Initiatoren einer Gesetzesinitiative für ein „Bayerisches Landesgesetz über die Hilfen für psychisch kranke Personen“. Ziel dieses bayerischen Psychiatriegesetzes ist es, den gemeindepsychiatrischen Hilfen absoluten Vorrang vor einer zwangsweisen Unterbringung einzuräumen, wie dies bereits in den Psychiatriegesetzen vieler anderer Bundesländer längst verankert wurde.



Ich danke den MitarbeiterInnen und Mitarbeitern des Projektvereins für ihre oft schwere Arbeit zum Wohl der psychisch kranken Menschen und wünsche dem Projektverein gerade in diesen sozialpolitisch schweren Zeiten Energie, Enthusiasmus und Erfolg für seine Arbeit.

Seban Dönhuber

# Entstehung des Vereins

## Neuperlach – der erste SpDi des Vereins

Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden  
Jürgen Salzhuber

Herr Salzhuber, was war das für eine Zeit 1973, als Sie den Projektverein gegründet haben?

„Es herrschte Aufbruchstimmung. 1968, 1970 gab es große politische Veränderungen. Die Studentenbewegung hat viel in Bewegung gesetzt, es wurde viel gestreikt. Auch im Sozialbereich gab es große Umbrüche, ein Aufweichen der Strukturen. Am besten konnte man das im Jugendbereich feststellen. Die Fürsorgeerziehung damals war zwischen Strafvollzug und geschlossenem Heim angesiedelt. Es herrschte die Vorstellung, dass jemand, der im System nicht taugt, in einer geschlossenen Anstalt untergebracht werden muss.

Dasselbe galt auch für die Psychiatrie. Es gab große Bezirkskrankenhäuser, wie Haar hier in München. Großteils vergittert, mit großen Sälen, bevölkert von Menschen, die nicht funktionierten. Die wurden – oft gegen ihren Willen – auf Dauer oder zeitlich beschränkt weggesperrt. Das war die Situation.

Wir haben damals studiert und viel darüber nachgedacht, wie die geschlossenen Erziehungsheime aufgelöst werden könnten. Wir gehörten einer linken Bewegung an, die die bestehenden Verhältnisse auch politisch verändern wollte. In der Sozialarbeit wollten wir damals Wohngemeinschaften aufbauen, also Jugendliche aus den „Anstalten“ herausholen. Konkret ging es um fünf bis sechs Jugendliche, für die wir eine WG aufmachen und ein vollkommen neues Erziehungskonzept entwickeln wollten. Daher kam ja dann auch der Name **Projekte für Jugend- und Sozialarbeit**.



Wir sind dann in der ersten Anlaufphase am Jugendamt gescheitert. Damals gab es ja noch den Kuppeleiparagraphen, man konnte also gar nicht so ohne weiteres Mädchen und Jungen in einer Wohnung zusammen wohnen lassen. Auch das von uns entwickelte Konzept eines alternativen Kindergartens konnte nicht verwirklicht werden. Wir haben lange verhandelt, sind jedoch in den Strukturen des Jugendamtes stecken geblieben. Ich denke, wir waren unserer Zeit weit voraus.

*Vorstandsvorsitzender Jürgen Salzhuber bei einer Veranstaltung*



Die politischen Veränderung in der Psychiatrie gingen sehr stark vom sozialpsychiatrischen Gedanken aus.

**Wer waren Ihre Wegbegleiter?**

Das waren fünf Studenten und Studentinnen der Sozialarbeit aus meinem eigenen Semester und dem Semester über uns. Ich erinnere mich an Wolfgang Schweizer, Toni Hinterberger und Uli Lenk.

**Wann kam der Schlenker, weg von der Jugendhilfe hin zur Psychiatrie?**

Das war halt mit mein Lebensweg: Ich war zuerst in der Jugendhilfe tätig – Berufspraktikum, Fürsorgeerziehung, Vormundschaft. Dann kam der Schlenker, über die Drogenberatung bin ich zur Psychiatrie gekommen.

Der damalige Kreisverwaltungsreferent Klaus Hahnzog, ein Vorstandsmitglied unseres Vereins, hat mich, Peter Schneider und Wolfgang Häring damit beauftragt, in München die Sozialpsychiatrischen Dienste als innovative Strukturelemente der Psychiatriereform aufzubauen. Seine Begründung: „Die Rekommunalisierung der Psychiatrie ist notwendig, weil die Stadt für alle Bürger zuständig ist, also auch für diejenigen, die den Belastungen ihres Alltags in München nicht gewachsen sind.“ Mit diesem Ansatz wollten wir Vorstellungen einer **humaneren, alternativen Psychiatrie** im Sinne der Psychiatrie-Enquete von 1975 umsetzen.

[Gab es denn Unterstützer für diese Reformideen in der Psychiatrie?](#)

Ja viele, es gab eine breite Bewegung in der politischen und wissenschaftlichen Szene. Ich denke beispielsweise an die Soziologin Barbara Riedmüller, die heute an der FU Berlin lehrt, an Heiner Keupp, der heute Professor für Sozialpsychologie an der Uni München ist oder an Manfred Cramer, der Professor an der Fachhochschule für Sozialpädagogik München ist. Damals wurde auch die Bayerische Gesellschaft für soziale Psychiatrie gegründet. Aus der Politik waren die Stadträtinnen Ingeborg Kaiser und Elisabeth Proch sowie Franz Maget, im Rahmen seiner Bezirksrattätigkeit, mit an Bord.

[Inwieweit wurden Sie und Ihre Wegfahrten von der Psychiatriebewegung Italiens oder den Reformbewegungen in England und Amerika beeinflusst?](#)

Mit Italien haben wir uns sehr intensiv ausgetauscht, insbesondere mit Franco Basaglia.

Er war ein paar Mal da, und einige von uns haben ihn in Italien besucht und sich dort vor Ort umgeschaut. Dieser Austausch hat uns beeinflusst und in unseren Vorstellungen von einer humaneren Psychiatrie bestärkt, wenn auch die Voraussetzungen unterschiedlich waren. In Italien hatten die Fachärzte für Psychiatrie, die Pflegekräfte in der Psychiatrie und die Sozialen

Dienste in den Psychiatrien den Auftrag als Gefangenenwärter und Anwalt der Gesellschaft zu fungieren. Franco Basaglia formulierte es so: „Der Ausschluss der Kranken aus der Welt der Gesunden befreit auf diese Weise die Gesellschaft von ihren kritischen Elementen und bestätigt und sanktioniert zugleich die Gültigkeit des von ihr festgelegten Normbegriffs.“

#### Wie ging es dann konkret weiter?

Wir wollten die Dienste ursprünglich wie in vielen anderen Bundesländern auch bei den Gesundheitsämtern ansiedeln. Dann kam der politische Umbruch in München mit CSU-Mehrheit und Erich Kiesel als Oberbürgermeister, die dieses Konzept ablehnten. Hinzu kam, dass die Wohlfahrtsverbände im Sinne des Subsidiaritätsprinzips die Dienste in ihrer Trägerschaft betreiben wollten und von der Vorstellung nicht begeistert waren, dass dies in kommunaler Regie ablaufen sollte.

Wie die aktuelle Entwicklung über die Finanzierung zeigt, war unsere ursprüngliche Idee nicht ganz falsch. In den meisten Bundesländern sind die SpDi in den Gesundheitsämtern angesiedelt. Sie sind mit einem interdisziplinären Team einschließlich Psychiatern gut ausgestattet und ihre Finanzierung wird nicht in Frage gestellt, da sie von den Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge finanziert werden. Allerdings haben diese Dienste hoheitliche Aufgaben. Es kam dann zur Entscheidung der Landesregierung, dass sich Bayern nicht am Bundesmodellprogramm der Bundesregierung beteiligt und stattdessen die SpDi bei den Wohlfahrtsverbänden angesiedelt werden sollten. Grundlage war der Landespsychiatrieplan des Sozialministeriums.

#### Wie wichtig war für Sie konzeptionell der Psychiater im SpDi?

Das war und ist für uns von großer Bedeutung. Ein Sozialpsychiatrischer Dienst ohne PsychiaterIn kann sich eigentlich nicht so nennen. Um chronisch psychisch kranke Menschen ambulant betreuen und beraten zu können, war und ist für uns die psychiatrische, ärztliche Disziplin Mitvoraussetzung. Es würde in

einer psychiatrischen Klinik doch auch niemand auf die Idee kommen, die Psychiater wegzustreichen.

Die niedergelassenen Nervenärzte waren und sind nicht in der Lage, eine niederschwellige, aufsuchende ärztliche Versorgung von chronisch psychisch Kranken zu gewährleisten. Deshalb haben wir auch Klage beim Sozialgericht auf eine Ermächtigung über die Kassenärztliche Vereinigung eingereicht. Wir denken, dass der Sicherstellungsauftrag der KV an dieser Stelle nicht erfüllt wird.



*Horst Reiter,  
Jürgen  
Salzhuber, Max  
von Heckel bei  
der Verleihung  
des Inge-  
Gabert-Preises  
im April 2003*

#### Wie kam es dann zum Träger Projekteverein?

Als die Entscheidung über die Trägerschaft der Dienste gefallen war, haben wir gesagt, wir brauchen einen Verein. Und, da gab es ja den Projekteverein, der zu dieser Zeit keine konkreten Aufgaben hatte. Der Projekteverein hat sofort ein paar Anträge für Sozialpsychiatrische Dienste gestellt, mit dem bereits von uns erarbeiteten Konzept. Der erste SpDi war der Perlacher Dienst, der vor 25 Jahren mit seiner Arbeit begonnen hat.

#### Mussten Sie dafür nicht die Vereinsziele ändern?

Ja. Wir mussten erst unsere Satzung ändern, die war schwerpunktmäßig auf Jugend- und Sozialarbeit ausgerichtet, die Gesundheitsfürsorge und -vorsorge waren nicht beinhaltet. Der Bereich Psychiatrie kam auch noch nicht vor. Wir haben damals mit dem Finanzamt verhandelt, ob Gesundheitsvorsorge überhaupt in den gemeinnützigen Sektor reinfällt. Damit war der **Hebel für die Psychiatrie offen.**

### Was war denn das erklärte Ziel?

Ziel war die Wiedereingliederung psychisch kranker oder psychisch behinderter Menschen in die Gesellschaft. Der Verein wurde und wird dort aktiv, wo psychisch kranke Menschen keine angemessene Hilfe für ein selbst bestimmtes Leben erhalten. Dies umfasst alle Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit oder Selbstversorgung.

### Und wie lief die Finanzierung?

Die Sozialpsychiatrie mussten wir erkämpfen. Im Gegensatz zu fast allen anderen Bundesländern hatte sich Bayern nicht am Bundesmodellprogramm Psychiatrie beteiligt. In diesem Modellprogramm sollten ausgehend von den Erkenntnissen der Psychiatrie-Enquete Alternativen zur rein stationären Versorgung in der Psychiatrie erprobt werden. Der Bund hat dann fünf

*Ehemaliges  
Team des ersten  
Sozialpsychia-  
trischen Dienstes  
in Perlach*



Jahre lang diese Projekte finanziert. Bayern kam politisch unter Druck, und das Sozial- und Arbeitsministerium erarbeitete daraufhin den ersten Psychiatrieplan unter Federführung des damals zuständigen Ministerialrats Wolfram Meier-Stuckenberg. Der Freistaat Bayern hat

einen großen Zuschuss gegeben, ebenso die Stadt, und der Bezirk beteiligte sich mit einem kleineren Beitrag, so dass de facto eine Kostendeckung von 90 % bestand, 10% musste der Träger an Eigenmitteln aufbringen.

Gab es bei der Finanzierung keine Probleme? Hat man Ihr Konzept gesehen und gesagt: „Das ist super, das machen wir“?

## Entstehung des Vereins

Ich war ja städtischer Mitarbeiter, das heißt, im Kernpunkt waren wir ja die Stadt. Der Stadtrat hat gesagt: „Die Stadt München macht das selber“. Der Freistaat Bayern war dagegen und die Wohlfahrtsverbände haben über das Arbeitsministerium Einfluss genommen und zu verhindern versucht, dass die Sozialpsychiatrie kommunalisiert wird. Man hat sich sogar gestritten, wer das finanzieren darf. Das war ganz anders als heute. Und jeder wollte den dicken Batzen haben, damit er das Konzept bestimmen konnte. Die Stadt hätte das auch 100% selber bezahlt, damals.

#### Und wie haben die Niedergelassenen reagiert?

Aus deren Ecke kam heftiger Widerstand. Im Münchner Ärzteblatt, auch „rosa Blättchen“ genannt, gab es jede Menge Hetzartikel. So in dem Stil: „Eine kommunistische Psychiatrie hält Einzug in der Bundesrepublik“. Es wurde viel Unsinn geschrieben!

Das hat sich dann durch die relativ guten Verbindungen im Drogenbereich wieder einigermaßen beruhigt. Ich kannte den Leiter der Uni-Klinik Rechts der Isar, Prof. Hippus, mit dem wir viel zu tun hatten. Wir haben uns ja ohnehin mehr auf die therapeutische Ebene konzentriert und sind der medikamentösen Psychiatrie nicht ins Gehege gekommen. Peter Schneider und Wolfgang Häring waren auch beide Psychoanalytiker. Wir wollten ja Alternativen zur herkömmlichen Psychiatrie entwickeln. Wir waren überzeugt, dass wir mit den damals entwickelten Methoden, wie Gesprächs- und Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse, auch schwierigen Menschen in der Sozialpsychiatrie helfen können. Wir wollten immer beweisen, dass man sehr viele Menschen aus Haar raushalten kann und mit denen gut umgehen kann. Das haben wir, glaub ich, trotz einiger Rückschläge, auch geschafft.

Von diesen Vorstellungen ausgehend haben sich dann ja auch die anderen Projekte des Projektvereins entwickelt. Zuerst haben wir Wohngemeinschaften aufgebaut, dann die Arbeits-

projekte PRONOVA und PRINT, dann die Langzeitwohnprojekte und das Wohnprojekt Gravelottestraße 12 für psychisch kranke Wohnungslose, die Tagesstätten und 2002 schließlich den Krisendienst.

Lassen Sie uns noch mal kurz einen Schritt zurückgehen. Als Sie 1978 den Perlacher Dienst aufmachten, wie hat die Bevölkerung reagiert? Denn damals war *psychisch krank ja viel stigmatisierter als heute*.

Damals ging das relativ unspektakulär über die Bühne, die Sozialinstitutionen waren informiert. Da gab es die „Neue Heimat“ und deren Sozialdienst mit seiner Leiterin Monika Laag, die sehr engagiert war und den Arbeitskreis „Neuperlach“, in dem die Fachbasis vertreten war. Dort hab ich das Konzept vorgestellt, das von allen als gut befunden wurde. Wir waren sehr leise und in der Öffentlichkeit haben wir keine großen Aktionen gemacht. Das war immer meine Strategie.

Heute ist das schwieriger. So gibt es gegen das von uns geplante zweite Wohnprojekt für psychisch kranke Wohnungslose in der Hamburger Straße großen Widerstand in der unmittelbaren Umgebung.

*Aber wie kam der SpDi an seine Klienten? Woher wusste die Bevölkerung Bescheid?*

Wir hatten das Glück, dass wir in ein Ärztehaus einzogen. Die Klienten kamen über die Hausärzte, aber auch die niedergelassenen Psychiater. Sie waren alle begeistert und froh, ihre schwierigen Patienten loszuwerden. Die Klienten kamen auch über die Nachbarn oder Hausbesitzer, die davor oft den Allgemeinen Sozialdienst eingeschaltet hatten. Auch dort war man über den neuen Sozialpsychiatrischen Dienst froh. Der Widerstand kam von den Funktionären der KV (Kassenärztliche Vereinigung), die den Verlust ihrer Kompetenzen befürchteten.

#### Im Rückblick, was waren die ersten Erfolge damals?

Der größte Erfolg war, dass es durch die Sozialpsychiatrischen Dienste in der Psychiatrie tatsächlich **einen riesigen Aufbruch gab**, im Zuge dessen sich auch Haar langsam auflöste. Wir hatten junge, engagierte MitarbeiterInnen, die zum großen Teil in der DGSP (Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie) engagiert waren. In dieser bundesweiten Organisation haben engagierte Psychiater und Klinikleiter, Psychologen, Sozialpädagogen daran gearbeitet, die Reformideen der Psychiatrie-Enquete in die Praxis umzusetzen. Insbesondere Klaus Dörner ist da zu nennen, der die Gütersloher Psychiatrische Klinik geleitet und konsequent aufgelöst hat. Auch mit Horst-Eberhard Richter stand ich in einem guten Kontakt. Es gab eine regelrechte Aufbruchstimmung. Wir waren gar nicht so sehr gegen Medikamente, aber viel wichtiger waren uns die Beziehungsarbeit und die Stabilisierung des sozialen Umfelds. Auch die Mitarbeiter in Haar waren froh, dass sich etwas bewegte. Da war zum Beispiel Jochen Manz, der erst in Bezirkskrankenhaus Haar und nun seit 25 Jahren im SpDi Pasing arbeitet.

#### Sozialpsychiatrische Dienst einerseits und Therapeutische Wohngemeinschaften andererseits, Arbeitsstellen, Tagesheime, war das von Anfang an so in der Planung?

Die Bereiche Wohnen und Arbeiten waren schon mit angedacht. Nach den SpDis haben wir sehr schnell Wohngemeinschaften aufgemacht. Der Bereich Arbeit hat etwas länger gedauert. Ohne die Stadt München wäre das auch nicht gegangen. Mit dem Programm „Zweiter Arbeitsmarkt“ sind viele Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen entstanden. Später haben sich dann auch der Staat und der Bezirk Oberbayern an der Finanzierung beteiligt.

Am Anfang war ja, im Gegensatz zu heute, die Finanzierung kein Problem. Seit einigen Jahren sind die Arztstellen wieder in Gefahr, die Finanzierung der SpDis ist plötzlich unsicher. Was ist passiert?

Kritisch gesehen werden muss, dass es in Bayern nicht gelungen ist, die Sozialpsychiatrischen Dienste in einem Psychriegesetz verbindlich zu verankern. Sie werden immer noch als sogenannte frei disponible Leistungen und nicht als Pflichtleistungen finanziert. Das hat den Nachteil, dass diese Leistungen in Zeiten knapper Kassen als Erste gekürzt werden können. Das liegt aber zum Teil auch am fehlenden politischen Engagement. Es gibt nicht mehr diese Kampfeslust wie zu Beginn. Es ist alles etwas saturierter. Das ist auch ein gewisser Nachteil der Professionalisierung. Die Probleme werden oft an die Geschäftsführung delegiert, man wird nicht mehr selber aktiv.

Also Moment! Wollen Sie damit sagen, dass, wenn es nicht so viele Hauptamtliche gäbe, die Basis kämpferischer wäre und die Situation sich nicht so verschärft hätte?

Ja, ich will Ihnen ein Beispiel nennen. Als wir 1996 das Wohnprojekt Gravelottestraße planten, waren die MitarbeiterInnen in der Sozialpsychiatrie alles andere als begeistert. Und das, obwohl es sich um ihre KlientInnen handelte. Die waren früher in Haar behandelt worden, dann entlassen und danach nur deshalb nicht erreichbar, weil sie unter Isar-Brücken und in Pensionen lebten. Auch der Bettenabbau in Haar hatte seine großen Auswirkungen auf den ambulanten Bereich. Auf diese Situation war man konzeptionell nicht vorbereitet.

Und der Verein?

Also eigentlich war das unsere Vereinsinitiative. Wir haben Nägel mit Köpfen gemacht und zwei Häuser gekauft und so die Einrichtung auf den Weg gebracht. Der Vorstand hat dies zum Teil gegen den Widerstand der eigenen Leute durchgezogen. Es ist schon ein Phänomen, aber die alternative Psychiatrieszene im klassischen Sinn hat sich schwer reduziert.

Ist das der berühmte Gang durch die Institutionen?

Das hat sich verfestigt. SozialarbeiterInnen sind sicher nicht so gefährdet, weil es so etwas wie Sozialpsychiatrische Dienste immer geben wird. Aber die Frage ist nicht geklärt, ob die Ärzte in den Diensten notwendig sind. Nach meiner Überzeugung wird das sozialpsychiatrische Konzept mit Streichung der Fachärzte in Frage gestellt.

Haben Sie den Eindruck, dass im Moment ein „roll back“ stattfindet, also weg von der ambulanten hin zur stationären Psychiatrie?

Nein, das glaub ich nicht. Da stationäre Behandlungen sehr teuer sind, wird das nicht passieren. Im Moment gibt es ja den Trend im stationären Bereich – weg von großen psychiatrischen Kliniken hin zu Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Der wird von uns sehr unterstützt. Das ist eine Normalisierung, ein Aufbrechen der Sondersituation einer Heil- und Pflegeanstalt im Verhältnis zum allgemeinen Krankenhaus.

Also im Prinzip plädieren Sie für eine Koexistenz, bei der aber die ambulante gemeindenahe Versorgung mit all ihren Schattierungen das Übergewicht hat?

Ja, natürlich. Ausgehend vom Betroffenen muss die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung der Handlungsmaßstab sein. Für den Klienten ist es wichtig, mit sich selber in seinem lebensnotwendigen Umfeld, in seinen Beziehungen, seinem Wohnfeld und seiner Arbeitssituation klarzukommen. Und das muss hochprofessionell organisiert werden.

Entstehung des Vereins

# Ambulant vor Stationär

## Psychisch krank! Nur im Krankenhaus zu heilen?“

Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Aber grundsätzlich gilt: ambulant vor stationär. Darüber hinaus deutet sie an, welche Verzweiflung manchmal hinter dieser Frage stehen kann: „Wo kann ich denn Hilfe bekommen? Muss ich weg von daheim? Muss ich womöglich in ein psychiatrisches Krankenhaus, von denen man so schlimme Sachen hört?“

Erstens: Schreckensmeldungen über psychiatrische Krankenhäuser stammen von psychisch Kranken und sind beeinflusst vom Zustand während der Krankheitsphase. Mehr noch, sie verdeutlichen die Angst, die psychisch Kranke empfinden. Denn Angst, Depression und Verwirrung sind die hauptsächlichen Leiden von psychisch kranken Menschen.

Zweitens wird deutlich, wie problematisch es für psychisch Kranke bzw. Menschen in der Krise ist, ihr Zuhause zu verlassen. Denn wie jedes verängstigte Lebewesen sucht auch der Mensch in Not Schutz in vertrauter Umgebung bzw. bei vertrauten Menschen.

Doch zurück zur Frage „*Muss ein psychisch Kranker ins Krankenhaus?*“ Doch die Antwort hängt, ähnlich wie bei somatischen Erkrankungen auch, von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung ab. Richtig ist, dass ein Krankenhausaufenthalt sich dann anbietet, wenn alle verfügbaren ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht greifen bzw. eine Behandlung vonnöten ist, die nur stationär leistbar ist. Vor einer stationären Aufnahme sollten also alle anderen Hilfeangebote genau geprüft werden. Darüber hinaus ist es notwendig, sich Gedanken zu machen, wie es nach einem Klinikaufenthalt weitergehen soll. Diese Frage ist aber eigentlich nur im Rahmen einer anderen Frage zu beantworten. Nämlich:





*Die Welt erkunden: Patient bei einem Ausflug*

*“Welche Maßnahmen innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans sind sinnvoll?“*

Krankenhausbehandlungen sind wesentlich sinnvoller, wenn die Nachbetreuung geregelt und in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet ist. *Der Behandlungs- oder Betreuungsmittelpunkt ist aber immer dort zu suchen, wo der Patient seinen Lebensmittelpunkt hat – in seiner Gemeinde!*

Machen wir einen kleinen Exkurs in die Geschichte der Psychiatrie: Psychiatrische Krankenhäuser haben sich – aus verschie-

denen Gründen – immer schon als Zentren der Behandlungen angeboten. Zum einen, weil dort naturgemäß sehr viele psychisch Kranke und behandelndes Personal versammelt sind (Zentrierungsprinzip). Des Weiteren, weil dort viel Geld umgesetzt wird und zum Dritten, weil Forschung hauptsächlich dort betrieben wurde und wird. So galt und gilt der außerklinische Bereich immer schon als komplementärer (ergänzender) Bereich gegenüber dem „eigentlichen“, dem klinischen Bereich.

Aufgrund der Fortschritte, die die Psychiatrie gemacht hat (bessere Medikamente, Impulse für Arbeits- und Beschäftigungstherapie, bessere therapeutische Settings im stationären Bereich), konnte die Entwicklung da natürlich nicht stehen bleiben. So hat sich herausgestellt, dass das direkte Lebensumfeld und die alltäglichen Lebensumstände eines Menschen wichtig sind, wenn man die Lebensqualität von chronisch Kranken nachhaltig verbessern oder eine Chronifizierung verhindern will (Milieuthherapie). Deshalb ist es auch notwendig, die Behandlungsangebote im ambulanten Bereich zu verbessern und auszubauen. Und so gesehen ist es auch nachvollziehbar, dass sich der ambulante Bereich – berücksichtigt man die Zeitdauer der

Behandlung – für den wichtigeren Bereich hält. *Innerhalb eines Behandlungsplans ist demnach eigentlich die Klinik die ergänzende Maßnahme und die Gemeinde das Zentrum der Behandlung.* Ein provokanter Gedanke? Sicherlich! Ich will ja nicht übertreiben, aber in Anbetracht knapper werdender finanzieller Mittel ist es sicher an der Zeit, die bedeutende Position des ambulanten Bereichs herauszustreichen. Denn langfristig muss jede Behandlung innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans unter funktionalen, menschlichen und finanziellen Gesichtspunkten dort stattfinden, wo der Mensch eingebunden ist, nämlich in seinem sozialen Umfeld.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen: Welche Behandlungsmöglichkeiten bietet der stationäre und welche der ambulante Bereich? Und welche Vor- und Nachteile sind damit jeweils verbunden?

Der stationäre Bereich bietet dem akut psychisch Kranken zuallererst eine Entlastung seiner momentanen Situation. Voraussetzung ist natürlich, dass er den stationären Aufenthalt annehmen kann und nicht als Bedrohung empfindet. Ist dies der Fall, überwiegen die positiven Aspekte: Er wird rundum versorgt, ist nicht allein, wird beschützt, und vor allem erfährt er durch die Medikation eine Symptomlinderung. Im Vergleich zu den negativen überwiegen die positiven Aspekte also ganz deutlich. Die zentrale Behandlungsautorität für den Patienten ist der Arzt. Alle anderen therapeutischen Maßnahmen (Beschäftigungstherapie, Gruppengespräche, Psychoedukation etc.) sind eher als begleitende, wenn auch wichtige Maßnahmen definiert und können natürlich außerhalb der Klinik nicht gleichermaßen fortgeführt werden. Neben einigen lebenspraktischen Empfehlungen

*Das  
„Gelbe Haus“  
in Bad  
Reichenhall*



ist die Medikation das Wesentliche, das der Patient mitbekommt. Je nach Compliance und Wirkung der Medikation nimmt der Patient die Medikamente weiterhin ein oder nicht, dies unterliegt aber nicht mehr dem Einfluss der Klinik.

Im ambulanten Bereich wird die Medikation und ärztliche Weiter- oder Erstversorgung durch die niedergelassenen Ärzte (aber nicht unbedingt die Fachärzte) durchgeführt, sofern der Patient sie aufsucht. Natürlich beschränkt sich die Behandlung der niedergelassenen Ärzte wegen der enormen Patientenzahlen und der Abrechnungsmodalitäten auf ganz wenige Minuten und Inhalte: Es werden sozusagen die „harten Symptome“ abgefragt und die Medikation entsprechend verändert. Ansonsten stünde der Patient mit all seinen Fragen, Ängsten, Bedenken und Unsicherheiten alleine da. ... Wenn es nicht die Sozialpsychiatrischen Dienste und die anderen sozialpsychiatrischen Angebote im Bereich des Wohnens, Arbeitens und der Tagesstruktur gäbe.

Was also bietet der ambulante Bereich? In erreichbarer Nähe gibt es folgende Angebote: Beratung, Betreutes Wohnen, Tagesstruktur mit multiprofessionellen Teams, die ganzheitlich auf den Patienten eingehen können. In den Sozialpsychiatrischen Diensten wird der Patient nach einem Bezugspersonensystem umfassend beraten und betreut. Das heißt der Patient (in diesem Fall der Klient) bekommt Zeit und kompetentes aktives Zuhören, wobei auf alle für ihn wichtigen Probleme im persönlichen und sozialen Bereich eingegangen wird. Er wird ernst genommen und wertgeschätzt. Notwendige Maßnahmen, die der Klient nicht selbst realisieren kann, werden eingeleitet, vermittelt oder durchgeführt. Auf der Basis der multiprofessionellen Teamarbeit kann die beratende Bezugsperson alle wesentlichen Aspekte berücksichtigen, die Problemlage klären, verschiedene Behandlungsansätze und vor allem vorhandene Ressourcen zusammenführen. Wenn zum Beispiel ein depressiv erkrankter Mensch von Arbeitsplatzverlust und Scheidung bedroht ist, reicht es nicht aus herauszufinden, welche Medika-

tion zu Antriebssteigerung und Angstreduktion führt. Vielmehr müssen die Angehörigen und der Arbeitgeber informiert und motiviert werden, mit dem „Klienten“ einen längeren Prozeß durchzustehen, und zwar so lange, bis sich Besserung einstellt. Die Vorgehensweise sollte dabei möglichst barrierefrei, niederschwellig und aufsuchend sein können, damit auch so genannte wartzimmerunfähige Klienten erreicht werden können. Denn psychische Krankheit zeichnet sich eben oft gerade dadurch aus, dass die Betroffenen sich nicht adäquat Hilfe suchen und die Zeichen der Hilferufe nicht verstanden werden können.

Wenn ich die Eingangsfrage also zielgerichteter, das heißt personenzentriert und auf das Wohl des Patienten bezogen, abwandeln darf, muss sie eigentlich lauten: *„Psychisch krank? Wo finde ich den Menschen, der kompetent ist und mich mit allen verschiedenen Aspekten meiner Erkrankung versteht, mich unterstützen kann und mir innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans Orientierung gibt?“*

Dies ist die drängende Frage der Betroffenen und der Angehörigen, auf die sie oft keine Antwort finden können und deshalb nach der Methode *Versuch und Irrtum* im Gesundheitswesen umherirren. Es gibt Studien, die belegen, dass psychosomatische Patienten bis zu sechs Jahre brauchen, bis eine klare Diagnose gestellt wird und eine adäquate Behandlung erfolgt. In der Psychiatrie mit ihren immer komplexeren Symptombildern sind gerade die Menschen mit mehreren wechselnden Diagnosen und chronifizierten Verläufen eine Herausforderung für die Helfer. Es bedarf schon eines großen Maßes an Flexibilität und eines großen Überblicks aus den Komplexleistungsprogrammen, um die passenden Hilfeangebote auszuwählen und konsequent umzusetzen. Zu betonen ist, dass die Basis all dieser Bemühungen die Zusammenarbeit zwischen Klient und Berater ist.

Psychiatrische Krankheit ist größtenteils eine Beziehungs- und Kommunikationskrankheit. Deshalb gelingt Zusammenarbeit nur dann, wenn gute und klare Beziehungsformen möglich sind. Besonders deutlich wird dies in Schlagworten wie „*Verhandeln statt behandeln*“, „*Selbsthilfe vor Fremdhilfe*“, „*Irren ist menschlich*“.

Deswegen ist eine gemeindenahе und barrierefreie koordinierende Stelle unbedingt notwendig. Hier können aufsuchend und sorgend, mit dem Betroffenen zusammen auf dem Boden seiner Fähigkeiten die passenden Maßnahmen besprochen und umgesetzt werden. Deshalb muss der rote Faden der Hilfeangebote im ambulanten Bereich verankert sein, nämlich dort, wo die betroffenen Menschen und deren Angehörigen leben.

Dr. Bernd Magenau  
SpDi Bad Reichenhall

## Ins Leben gehen

### „Ambulant“ aus der Sicht der Therapeutischen Wohngemeinschaft

Wer in unserer Wohngemeinschaft lebt, hat zweierlei Erfahrungen gemacht: entweder extreme *Stationierung* mit jahrelangen, wiederholten Klinikaufenthalten, geschlossenen Abteilungen, kameraüberwachten Räumen, Fixierungen etc.. Oder aber extreme *Ambulanz*, also einen ständigen Wechsel der Unterkunft, ein Ziehen von Ort zu Ort, oft durch ganz Europa oder die halbe Welt. Ohne wirkliches Ziel immer isoliert – getrieben vom Wahn und von den schwierigen Verhältnissen.

Die Wohngemeinschaft gibt ihm eine Basisstation. Erstmals lernt er, sein Leben in den Griff zu kriegen. Neben Ordnung und Gemeinschaftssinn muss der Bewohner natürlich auch lernen, sich zu versorgen. Das bedeutet nicht nur die Zubereitung der täglichen Mahlzeiten, sondern auch das Besorgen der Lebensmittel. So muss er lernen, selbstständig einzukaufen. Und dadurch wird er *ambulant*.

Im Alltag wird er feststellen, dass die Preise zum Beispiel für frisches Gemüse bis zu 300 Prozent variieren. Er wird also allmäh-

*Das erste eigene Wohngemeinschaftshaus des Vereins im Rohzustand*



lich in unserem Stadtviertel zwischen Kirchenstraße im Osten (Lidl), Gasteig im Westen (Motorama) und Balanstraße im Süden (V-Markt) umhergehen, und zwar mit Ziel und Zweck, Sinn und Verstand. Denn er hat Konkretes zu tun. Und ganz automatisch fängt er an, seine Sinne für die Realität zu schärfen. Allein durch diese Tätigkeit erschließt sich der öffentliche Raum, wird transparent und dadurch zum erweiterten sozialen Raum der Basisstation *Wohngemeinschaft*.

Im Laufe der Zeit wird er Orte finden, wo die Kommerzialisierung unserer Öffentlichkeit durchbrochen ist. Er wird Bibliotheken benutzen oder zur Volkshochschule gehen. Mal wird er im „Haus der Eigenarbeit“ etwas reparieren oder zum Literaturzirkel in die Kirchengemeinde gehen. Er wird aktiv, weil er *ambulant* ist. In diesem Umfeld findet er dann auch Anschluss und Freunde.

Die Welt erschließen und sich integrieren setzt ein Gemeindefeld voraus, das das auch ermöglicht. Eine Therapeutische Wohngemeinschaft in Haidhausen hat hier sicher völlig andere Bedingungen wie etwa eine in Waldtrudering. In einer Gemeinde mit guten, unmittelbaren Integrationsmöglichkeiten, einer durchschaubaren Infrastruktur und einem freundlichen sozialen Umfeld kann *ambulant* ein Gang ins Leben sein. In einer Gemeinde mit weniger guten Bedingungen wird's wahrscheinlich ein Gang von Ambulanz zu Ambulanz.

Wolfgang Bartl  
Wohngemeinschaftsbetreuer  
Therapeutische Wohngemeinschaft Orleanstraße

## Müssen kranke Menschen arbeiten? – Ausgrenzung psychisch Kranker aus dem Arbeitsmarkt

Für psychisch kranke Menschen ist Arbeit ein Teil der Genesung. Sie brauchen die Arbeit als Teil des Normalen. Sie brauchen sie für ihre Stabilisierung, für ihren Umgang mit der Umwelt. In der Regel dauern psychische Erkrankungen nicht nur vier oder sechs Wochen, sondern zeigen ihre Auswirkungen über Monate und Jahre, oft sogar ein ganzes Leben lang. Arbeitsunfähigkeit ist für psychisch kranke Menschen meist kein eng eingegrenzter Zeitraum, der sich mit einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung nachweisen lässt. Arbeitsfähigkeit sind verschiedene Phasen, in denen die Krankheit mal mehr mal weniger Einfluss nimmt. Arbeit ist für psychisch kranke Menschen ein Lernfeld: Wie kann ich arbeiten *und* dabei gesund bleiben.

Eine Arbeitsstelle kann für psychisch kranke Menschen bedeuten, dass sie außerhalb des *Krankheits-Netzwerkes* einen Bezugspunkt haben, der die Möglichkeiten aufzeigt, warum es sich lohnt, gesund zu werden.

Arbeit bedeutet:

- Anerkennung für Leistung
- finanzielle Sicherheit
- strukturierter Tagesablauf
- soziale Kontakte

Arbeit fördert in der Regel den Prozess der Genesung bei psychisch kranken Menschen. Sie steigert das Selbstwertgefühl und trägt zur Stabilisierung der Betroffenen bei. Geld zu verdienen ist eine Bestätigung der Leistungsfähigkeit. Außerdem gibt es in der Arbeit Erfolgserlebnisse, die im Privatleben selten sind. Wer arbeitet, hat Kontakt zum normalen Leben und wird dadurch oft am Rückzug gehindert.



## Anforderungen an potenzielle Arbeitsstellen

Selbstverständlich müssen sich Arbeitnehmer mit psychischen Einschränkungen auf die individuellen Anforderungen der Arbeitsstelle einstellen. Auf der anderen Seite benötigen sie ein Umfeld, das ihre individuellen Ressourcen, aber auch ihre Grenzen sieht. Erst dann ist es in der Regel möglich, die geforderte Arbeitsleistung wirklich erbringen zu können. Situationen der Überforderung – mit der Arbeit und persönlich – führen zu Rückzug und vermindern die Leistungsfähigkeit oft um ein Vielfaches.

Die optimale Arbeitsstelle für psychisch Kranke wäre sicher die Einbindung in ein normales Arbeitsumfeld mit möglichst geringen Schwankungen bei den Arbeitsanforderungen und ein stabiles personelles Umfeld mit einem offenen, verständnisvollen Umgang.

*Arbeiten schafft  
Anerkennung,  
Anleiter von  
PROJEKT PRINT*



Nachdem diese Kombination allerdings schwer zu finden ist, haben sich in den letzten Jahren viele verschiedene Integrationsfirmen herausgebildet, die mit Hilfe verschiedener Kostenträger versuchen, psychisch kranke Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren. Meist erfolgt die Anstellung über eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM). Möglich sind auch feste Arbeitsverhältnisse, die für eine begrenzte Zeit durch Eingliederungszuschüsse gefördert werden.

Integrationsfirmen können Krisen vorbeugen, indem sie Kontakt und Zuständigkeit

nicht nur auf die Arbeitssituation beschränken. Soziale Kompetenzen, weitere Ressourcen und Fähigkeiten werden bewusst gefördert, um das Selbstwertgefühl und damit die Stabilität des Arbeitnehmers zu erhöhen.

Integrationsfirmen beugen auch nach der Beschäftigungszeit Krisen vor, weil die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit gefördert wird. Für eventuell auftretende Probleme und Schwierigkeiten werden Strategien entwickelt, die den Betroffenen helfen sollen, mit belastenden Situationen konstruktiv umzugehen.

Nach dem Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt benötigen psychisch kranke Menschen weiterhin Unterstützung. Der Einstieg in ein neues Umfeld ist mit vielen Stolpersteinen und Unsicherheiten gepflastert. Dabei können Angebote wie Integrationsfachdienst, Sozialpsychiatrische Dienste oder therapeutische Begleitung hilfreich sein.

## Gründe für Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt

Psychisch kranke Menschen haben aufgrund ihrer Lebens- und Krankheitsgeschichte oft Einstellungshemmnisse.

Dazu zählen unter anderem:

- Schwerbehindertenstatus
- Arbeitsunterbrechungen aufgrund möglicher Krankheitsphasen
- Lückenhafter Lebenslauf
- Begrenzte Belastbarkeit, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit

Hinzu kommt ein individueller Unterstützungsbedarf, der von Mensch zu Mensch verschieden ist. Eine externe Unterstützung durch begleitende Dienste oder eine Therapie ist in den meisten Fällen sinnvoll. Dies bedeutet aber einen nicht unerheblichen zeitlichen Aufwand, der zusätzlich Energie kostet.

Entweder fehlt diese Zeit und Energie am Arbeitsplatz oder die notwendige Hilfe wird gar nicht erst in Anspruch genommen, um Ausfallzeiten zu vermeiden. Beides hat negative Auswirkungen auf die Arbeit.

All dies sind „verständliche“ (?) Gründe für einen Arbeitgeber, psychisch kranke Menschen nicht einzustellen, weil sich eine zusätzliche Belastung ergeben *kann* bzw. *die Möglichkeit besteht*, dass die Arbeit nicht immer zur vollsten Zufriedenheit erledigt wird. Diesen Einstellungshemmnissen konnten die bestehenden Maßnahmen in Integrationsfirmen und Betrieben, die auf anderer Basis mit psychisch kranken Menschen arbeiten, entgegenwirken. Mit dem Aufbau einer mehrjährigen Berufspraxis und Qualifizierungen in fachlichen und psychosozialen Bereichen ist es gelungen, vielen Menschen eine berufliche Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen.

Vor allem in wirtschaftlich schlechten Zeiten ist es für Menschen mit Einschränkungen aber immer schwieriger, eine Arbeitsstelle zu finden, oder aber sie verlieren sie schnell wieder. Dieses Phänomen wirkt sich natürlich negativ auf die Vermittlungsquoten aus.

Für Menschen mit psychischen Einschränkungen ist der Aufbau von Arbeitsfähigkeit nach einer Phase der Arbeitslosigkeit oder Krankheit mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden.

Die Stabilisierung und die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Entwicklung von Strategien zur Problembewältigung beginnen zwar nicht immer von vorne, aber es dauert erfahrungsgemäß einen gewissen Zeitraum, um Vertrauen aufzubauen. Erschwerend kommt hinzu, dass noch vorhandene Krankheitseinflüsse die soziale und berufliche Rehabilitation gefährden. Deshalb bedeutet eine Unterbrechung der Reha-Kette für psychisch Kranke oft eine Verzögerung der Genesung.

## Aktuelle Planungen im Bereich der Arbeitsförderung

Die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen vom Arbeitsmarkt ist gerade zurzeit für viele Betroffene schmerzhaft spürbar.

Die aktuellen Pläne der Bundesregierung für „moderne Dienstleistung am Arbeitsmarkt“ wollen die bestehenden Maßnahmen immer massiver einschränken.

Schlecht vermittelbare, psychisch kranke Menschen, die eine unbestimmte Zeit benötigen, um sich zu stabilisieren, sind für das Arbeitsamt nach eigener Aussage nicht finanzierbar und nach neuer Lesart auch nicht mehr Aufgabe des Arbeitsamtes. Geplant sind zum Beispiel der Abbau von Qualifizierungsangeboten für Schwervermittelbare, die Streichungen bzw. Kürzungen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und Wiedereingliederungshilfen, die Beschränkung auf kurzfristige Fördermaßnahmen, die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe sowie die vorrangige Vermittlung „teurer“ Arbeitsloser.

Durch den geplanten massiven Rückzug des Arbeitsamtes werden die Chancen für psychisch kranke Menschen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, immer geringer. In Zukunft wird eine geringere Zeitspanne zur Verfügung stehen, um den Weg von der Klinik oder der Arbeitslosigkeit auf eine ungeforderte Stelle zu realisieren. Die Kürzungen bei den Eingliederungsmaßnahmen in den allgemeinen Arbeitsmarkt minimieren die Chancen auf einen neuen Arbeitsplatz weiter.



*Einbindung  
in den  
Arbeits-  
prozess  
stabilisiert,  
Mitarbeiter  
von Pronova*

Die psychisch kranken Menschen, denen es gelingt, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu gelangen, werden immer weniger werden. Ein langfristiges Abrutschen in die Sozialhilfe wird für viele Menschen wahrscheinlicher und die Wahrscheinlichkeit, mit den geplanten Modellen wieder herauszufinden, wird nahezu unmöglich. Eine weitere Stigmatisierung der Betroffenen und die Verstärkung der „Drehtür-Psychiatrie“ werden die Folge sein. Die daraus resultierenden Gesamtkosten werden sicher nur in einem geringen Maß dem Arbeitsamt zur Last fallen, weshalb die jetzt angedachten Maßnahmen nicht einer gewissen Logik entbehren. Aber volkswirtschaftlich, in Einbeziehung der Kosten im Gesundheitswesen, ist es sicher günstiger, in etwas längerfristige Maßnahmen für psychisch kranke Menschen zu investieren, als den geplanten Weg zu verfolgen.

### Wer ist zuständig für die Integration psychisch Kranker in den Arbeitsmarkt?

In den letzten Jahren haben verschiedene Kostenträger gemeinsam Verantwortung übernommen, die nun auseinander zu brechen droht. Die Vorstellungen der Bundesanstalt für Arbeit zielen darauf ab, nur schnell vermittelbare und teure Arbeitslose (Arbeitslosengeld-Empfänger) bei der Stellensuche zu unterstützen. Psychisch kranke Menschen kommen im Hartz-Papier und in der gesetzlichen Umsetzung nicht vor.

Unterstützung bei der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt kann nur eine gemeinschaftliche Aufgabe verschiedener Kostenträger sein, weil die Folgen einer fehlenden Eingliederung auch verschiedene Kostenträger treffen. Wenn sich, wie in der Planung vorgesehen, ein Kostenträger massiv zurückzieht, ist das ganze System bedroht. Bedroht deshalb, weil die Ausfälle nicht von den Verbleibenden übernommen werden können.

Ohne Integrationsfirmen, ohne kommunale Unterstützung und Finanzierung durch das Arbeitsamt lassen sich eine ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen, eine Versorgung mit Arbeits- und Qualifizierungsmöglichkeiten nicht aufrechterhalten.

Bei der Landeshauptstadt München und dem regionalen Arbeitsamt reagieren die Verantwortlichen besonnen und versuchen mit den aktuellen Vorschriften so gut es geht gewachsene Strukturen aufrechtzuerhalten. Trotzdem werden die vorgesehenen Streichungen der Bundesanstalt auch hier ankommen und den bisherigen Konsens bedrohen.

### Fazit

Psychisch kranke Menschen haben ein Recht auf Teilhabe am Erwerbsleben, das die längere Dauer der Wiedereingliederung rechtfertigt und nicht deren komplette Streichung. Integrationsfirmen sind ein unverzichtbarer Bestandteil zur Integration psychisch Kranker. Langfristige Angebote zur Beschäftigung und Qualifizierung sind notwendig, um Erfolg zu gewährleisten. Individuelle Defizite wie mangelnde soziale Fähigkeiten und krankheitsbedingte Probleme dürfen nicht dazu benutzt werden, die aktive Förderung einzustellen, sondern müssen weiterhin Ausgangspunkt für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen bleiben.

Peter Kohout  
Sozialwirt  
PROJEKT PRINT

1985

\* Name geändert

## Integrationsfachdienst/Berufsbegleitender Dienst – Aufgaben und Ziele

### Ein neuer Name, ein neues Gesicht

#### Ein Fall

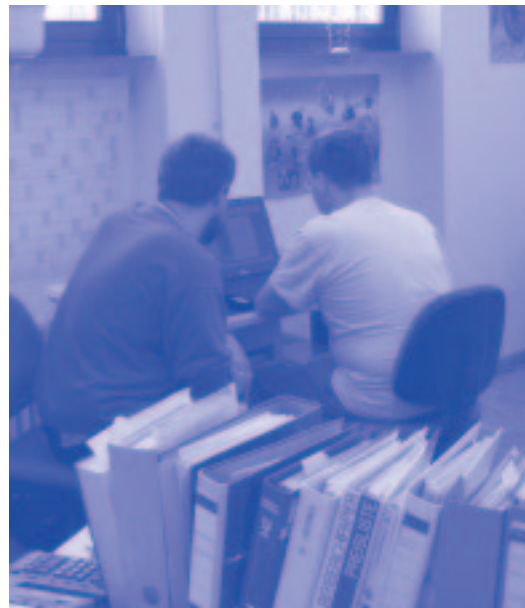
*Vor einigen Jahren beging Herbert Müller\*, stellvertretender Geschäftsführer einer Ladenkette, einen Suizidversuch. Seither ist Herr Müller schwerbehindert. Er leidet an den Spätfolgen eines Schädel-Hirn-Traumas und hat leichte Sprachstörungen, eine eingeschränkte Merkfähigkeit und Konzentrationsschwäche. Er ist chronisch depressiv und spricht immer wieder davon, den Suizid zu wiederholen. Vor einem Jahr wurde er aus einer psychosomatischen Klinik entlassen und kam in meine Betreuung als Integrationsfachdienst/Berufsbegleitender Dienst (IFD/BBD) mit dem Ziel der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben bzw. der Suche nach Arbeitsmöglichkeiten innerhalb seines „alten“ Betriebes. Herr Müller besitzt einen Schwerbehindertenausweis, GdB 50. Da er seine Tätigkeit als stellvertretender Geschäftsführer nicht mehr ausüben konnte, wurde zunächst versucht, ihn in der Verwaltung mit einfachen Aufgaben zu beschäftigen. Dies empfand er als große Kränkung. Er war enttäuscht über die Undankbarkeit des Betriebes, in dem er davor mit sehr viel Engagement gearbeitet hatte. Freizeit war für ihn damals ein Fremdwort gewesen, und über sein Engagement war auch seine Ehe zerbrochen.*

*In seiner damaligen Situation fehlte es ihm an Einsicht in seine eingeschränkten Möglichkeiten. So sah er nicht, dass er selbst einfache Aufgaben, wie die Ablage, einfache Telefonate zur Logistik, wiederkehrende Eingaben am Computer usw., nur fehlerhaft bewältigen konnte. Im Gegenteil, er beklagte sich bei mir über die geringen Anforderungen und ließ sich von niemandem etwas sagen. Er sprach kaum noch, saß meistens stumm und untätig an seinem Arbeitsplatz. Zugang fand lediglich ein Kollege, mit dem ich eine Strategie zur besseren Einbindung von Herrn Müller in das betriebliche Geschehen entwickelte. Dieser Plan*



*konnte leider nicht mehr umgesetzt werden, da dieser Kollege bei einem Unfall starb. Seither ist mein Klient nicht arbeitsfähig. Er hatte mehrere Bandscheibenvorfälle und wurde insgesamt dreimal operiert. Daraufhin stellte ich mit ihm zusammen einen Rentenantrag auf Erwerbsminderung bei der BfA und leitete ein Reha-Verfahren beim Arbeitsamt ein.*

### Das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von Schwerbehinderten



Von Oktober 2000 bis Oktober 2002 war das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit in Kraft. Kernstück dieses Gesetzes war die Novellierung des Schwerbehindertengesetzes. Am 1. 7. 2001 wurde dieses Gesetz in den zweiten Teil des SGB IX aufgenommen. Ziel des Gesetzes war es, Menschen mit Schwerbehinderung besser in der Arbeitsmarkt zu integrieren. Denn trotz aller Anstrengungen war es in den letzten Jahren nicht gelungen, den Abwärtstrend bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu stoppen.

*Arbeit  
strukturiert den  
Tag,  
Mitarbeiter von  
PROJEKT PRINT*

Mit dem neuen Gesetz kamen zu den Arbeitsassistenten die Integrationsfachdienste hinzu, in Bayern wurde die Arbeitsassistenten in Integrationsfachdienst/Berufsbegleitender Dienst umgetauft. Die Konsequenz war, dass die Arbeitsassistenten nur noch berufsbegleitend tätig sein konnten. Die Vermittlung übernahmen die Integrationsfachdienste im Auftrag des Arbeitsamtes.

## Die Aufgaben des Integrationsfachdienstes/Berufsbegleitenden Dienstes im Sozialpsychiatrischen Dienst heute

Als Arbeitsassistentin konnte ich auch arbeitslose Menschen betreuen, um sie in einem „fruchtbaren Moment“ in eine entsprechende Arbeitsstelle zu vermitteln, ich kannte die KlientIn unter Umständen schon lange und gut, um diesen Moment zu erkennen. Heute schicke ich KlientInnen, die ihre Arbeitsstelle trotz Unterstützung verloren haben zum IFD/Vermittlung, der im Auftrag des Arbeitsamtes handelt. Ich schicke sie dort hin in der Hoffnung, dass ein neuer Arbeitsplatz für sie gefunden wird. Da meine KlientInnen oft mit schwersten psychischen Erkrankungen belastet sind, muss ich erleben, dass dies in den seltensten Fällen gelingt. Durch das „Weiterschicken“ ist die wichtige Qualität unserer Arbeit, die Betreuungskontinuität, weggefallen. Sie hatte dem Klienten nötige Stabilität gegeben, auch Krisensituationen zu überstehen.

*Jutta Oxen,  
erste Arbeits-  
assistentin des  
Vereins und  
Peter Schneider,  
erster Mediziner  
des SpDis  
Stadtmitte*

## Auswirkungen dieser gesetzlichen Grundlage auf die praktische Arbeit des IFD/BBB

Das Ziel, eine gemeinsame leistungsträgerübergreifende Anlaufstelle zu bilden, bei der die unterschiedlichen Finanzierungsquellen nicht sichtbar sind, ist zumindest in Bayern nicht erreicht. Die Gründe sind die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle und die gewachsene Struktur der IFD/BBBs. So finanziert das Integrationsamt die Mitarbeiter für die Betreuungsaufgaben pauschal. Im Gegensatz dazu gibt es für die Vermittlungstätigkeit oder den Auftrag, die „Marktfähigkeit“ eines Menschen festzustellen, Fallprämien des Arbeitsamtes.



Es existieren zwar Kooperationsvereinbarungen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern, und in Einzelfällen gibt es auch Ansätze für eine gute Zusammenarbeit. Bei näherem Hinsehen stellt sich jedoch immer wieder heraus, dass der erfolgsorientierte Ansatz des IFD/Vermittlung für viele Klienten mit psychischen Behinderungen nicht greift. Schnelle Erfolge sind hier nicht zu erreichen und so kommt es immer wieder vor, dass der Betroffene in irgendeiner Maßnahme des Arbeitsamtes landet, die ihn beruflich und persönlich nicht weiterbringt bzw. überfordert. Was zunächst einleuchtend und klientenfreundlich klang, stellte sich bei näherem Hinsehen doch als kompliziertes Konstrukt heraus.

*Ehemaliger  
Arbeitsassistent  
Holger  
Steckermeier im  
Beratungs-  
gespräch*

Bei Menschen mit psychischen Behinderungen ist eine Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt kein alltägliches Ge-



schäft. Es bedarf einer langen Vorbereitung und kontinuierlicher Begleitung in dieser Zeit. Viele behindertenfreundliche Arbeitgeber zögern bei einer psychischen Erkrankung, die sie unsicher werden lässt. Hier ist großer Aufklärungsbedarf im Einzelfall nötig. Diese zeit- und energieintensive Begleitung kann mit dem System der Fallprämien nicht abgegolten werden, denn dort zählt eine schnelle Vermittlung.

Astrid Heel-Himmelstoß  
Diplom-Sozialpädagogin  
Sozialpsychiatrischer Dienst Planegg

1986

\* Name geändert

# 1990

## Ambulante Arbeit mit psychisch kranken Älteren

Als das Pilotprojekt „Gerontopsychiatrischer Dienst“ im Sommer 1990 an lief, war allen Beteiligten klar, dass wir – trotz der vielfältigen Erfahrungen im sozialpsychiatrischen Bereich – Neuland betraten. Das interdisziplinäre Team mit einem Sozialpädagogen, einer Ärztin, einer Psychologin, einer Altenpflegerin und einer Fachkrankenschwester begann im Münchner Osten die ambulante Arbeit mit psychisch Kranken ab 60 Jahren.

Damals spürten wir einen enormen Erwartungsdruck. Unter anderem deshalb, weil in der Öffentlichkeit mittlerweile heftig darüber diskutiert wurde, dass einer ständig wachsenden Zielgruppe so gut wie keine ambulanten Hilfen zur Verfügung standen. Der Gerontopsychiatrische Dienst (GpDi) sollte diese Lücke in München schließen. Aber der GpDi war weder als psychiatrische Institutsambulanz noch als zusätzliches Angebot der offenen Altenhilfe geplant. Vielmehr verstanden wir uns von Anfang an als eine zielgruppenbezogene Verschmelzung von Altenhilfe und Psychiatrie.

Schon während der zweijährigen Vorlaufphase hatte sich herausgestellt, dass die Mitarbeiter auf verschiedenen Handlungsebenen gleichzeitig agieren müssen: konkrete Einzelfallhilfe, Öffentlichkeitsarbeit und konzeptionelle Arbeit.

Das Thema „Gerontopsychiatrie“ wird immer noch von einseitig medizinischen und – somatisch – pflegerischen Sichtweisen überlagert und verzerrt. So wissen viele (Fach-)Leute nicht, dass weit mehr Menschen an Depressionen leiden als an Demenz. Sie wissen auch nicht, dass über 80 % der psychisch kranken Älteren zu Hause leben und nicht adäquat betreut werden. Denn in der Regel brauchen die psychisch kranken Alten keine pflegerische Hilfe im Sinne der Pflegeversicherung, nur etwa 50% nehmen diese in Anspruch. Vonnöten wäre vielmehr ein ambulantes Netzwerk, mit dem die Betroffenen flexibel



betreut werden können. Niedergelassene Ärzte und die Sozialpsychiatrischen Dienste sind bislang die einzigen ambulanten Partner von psychisch kranken älteren Menschen.

### Wie arbeiten wir?

Grundlage unserer Arbeit ist die Beziehung zwischen dem psychisch Kranken und einem Teammitglied des GpDis. Die erste Kontaktaufnahme erfolgt in aller Regel telefonisch. Dafür stehen wir 24 Stunden pro Woche mit unserem Telefondienst zur Verfügung. Aber wir werden auch schriftlich um Hilfe gebeten.

*Diego Fessmann im Gespräch mit einer Klientin*



So erreichen uns Anfragen von Hausverwaltungen, der Polizei und dem Allgemeinen Sozialdienst. Die eingegangenen Meldungen werden genau erfasst und jede Woche im Team besprochen. Dann wird der Fall – berufsunabhängig – von einem Teammitglied übernommen. Einzige Ausnahme: Steht zunächst eine ärztliche Abklärung im Vordergrund, übernimmt die Ärztin. Von zehn Anmeldungen gelingt es uns, mit neun psychisch kranken Alten Kontakt aufzunehmen. Unsere Klientel besteht hauptsächlich aus allein stehenden Frauen bis Mitte 70.

### Ein Fallbeispiel:

Die typische gerontopsychiatrische Falldarstellung gibt es nicht. Auch bei gleichen bzw. ähnlichen Krankheitsbildern sind zum Teil erheblich unterschiedliche Vorgehens- und Handlungsweisen notwendig.

Der Fall Müller\* wird uns von einer Kollegin des ASD gemeldet. Hildegard Müller ist 77 Jahre alt und lebt allein im 8. Stock eines großen Wohnblocks in Neuperlach. Seit dem Tod ihres Mannes hatte sie das Haus so gut wie nicht mehr verlassen. Eine

Nachbarin kaufte für sie ein und besuchte sie gelegentlich. Als Hildegard Müller Selbstmordabsichten äußerte, benachrichtigte diese Nachbarin den Allgemeinen Sozialdienst. Die ASD-Mitarbeiterin aber wurde von Frau Müller an der Tür abgewiesen. Die Kollegin sprach daraufhin mit der Nachbarin und schaltete dann den GpDi ein. Sie berichtete uns, dass Frau Müller an Arthrose leide und Herzprobleme habe. Sie weine viel, esse und trinke schlecht. In letzter Zeit äußere sie Lebensüberdruß und sage, sie wolle „Schluss machen“. Die Kollegin vom ASD konnte weder in Erfahrung bringen, ob Hildegard Müller einen Hausarzt hat und Medikamente nimmt, noch, ob sie eventuell sogar pflegebedürftig ist. Auch über Verwandte oder andere Bezugspersonen wusste sie nichts.

Als sich der GpDi einschaltete, war nicht klar, ob Hildegard Müller ernst zu nehmende psychische Probleme hat oder ob es sich um situativ bedingte Stimmungslagen handelte. Im Team wurde die Problematik von Hildegard Müller besprochen und ein Teammitglied übernahm den Fall.

## Kontaktaufnahme

Zu den Klienten soll von Anfang an ein offener und ehrlicher Kontakt hergestellt und die helfende Einrichtung als solche kenntlich gemacht werden. Aber das ist nicht immer möglich. Zum Beispiel bei einer paranoid veränderten Frau oder einem Demenzkranken ist es günstiger, als „Sozialer Dienst für Ältere“ zu fungieren oder ein Anschreiben ohne Briefkopf zu schicken. Dies gilt allerdings nur für den Erstkontakt; bei nachfolgenden Besuchen spielt unsere Bezeichnung so gut wie keine Rolle mehr. Für die KlientInnen zählt dann nur noch, dass wir Hausbesuche machen oder sie zu uns kommen können, dass wir Zeit haben und interessiert sind, mit ihnen reden und weiterhelfen können. Wichtig ist auch, dass wir nichts kosten.

Zurück zu Hildegard Müller. Nach einem längeren Telefonat kam ein erster Termin zustande. In diesem Gespräch erfuhren wir einiges aus ihrer Vergangenheit und jetzigen Lebenssituation: „Ich bin in einer Beamtenfamilie in Ostpreußen aufgewachsen. Meine Geschwister und ich – zwei Mädchen, zwei Jungen – wuchsen sehr behütet auf, und wir wurden ziemlich streng erzogen. Ich habe die höhere Schule besucht, was damals alles andere als selbstverständlich war“, erzählte sie stolz. Nach der Schule arbeitete sie in einem Büro. Dann lernte sie ihren Mann kennen. Noch vor Kriegsausbruch heiratete sie und wurde bald darauf schwanger. Kurze Zeit später traf die Nachricht ein, dass ihr Mann gefallen sei. 1945 floh sie allein in Richtung Westen. Ihr Bericht war jetzt von heftigem Weinen unterbrochen. Dann erzählte sie, wie sie nach München gekommen ist und dass sie hier wieder geheiratet hat.



Während des ganzen Gespräches gab Frau Müller Thema, Richtung und Geschwindigkeit vor. Dem GpDi-Mitarbeiter war es gelungen, ihr zu vermitteln, dass sie reden kann und ihr zugehört wird. Im weiteren Verlauf machte er der Klientin klar, dass er ihr nicht ein Versorgungskonzept überstülpen wolle.

*Geronto-  
psychiatrischer  
Dienst ...*

Es ging vielmehr darum, ein ambulantes Netz für sie zu knüpfen, damit sie unter besseren Bedingungen als bisher in ihrer vertrauten Umgebung leben konnte.

### Abklärung

Während des ersten Besuches bei einem neuen Klienten müssen folgende Bereiche abgeklärt werden:

- Wie ist die körperliche Verfassung? Liegen Krankheiten vor? Gibt es einen Hausarzt? Ist ein Facharzt oder die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus notwendig?

- Wie sieht es mit der Ernährung, Hygiene und Haushaltsführung aus? Sind Hilfen nötig? Wie können diese finanziert werden?
- Werden Medikamente genommen? Welche sind das und sind es die richtigen?
- Wie ist die psychische Verfassung (Ersteinschätzung des Krankheitsbildes)? Besteht Suizidalität? (Ältere Menschen äußern oft Lebensüberdruß oder leiden an Sinnkrisen, was nicht mit akuter Suizidgefährdung gleichzusetzen ist, wohl aber ernst genommen werden muss.)
- Gibt es eine psychiatrische Vorgeschichte? Seit wann (unter welchen Umständen?) traten die psychischen Probleme auf (z. B. nach Partnerverlust, nach Beendigung des Arbeitslebens, nach einem Unfall oder einer Krankheit)?

Neben der Erfassung von Defiziten ist es auch wichtig, die Stärken und Ressourcen der zu betreuenden Person herauszufinden. Und gemeinsam festhalten, was im Leben gelungen ist, wo die Erfolge waren, welche Interessen und Neigungen sie haben.



*... ein Ort zum Kraftschöpfen*

### Die Maßnahmen

Nach dem ersten Gespräch mit Hildegard Müller war die Zuständigkeit des GpDi klar, sie hatte ganz offensichtlich Depressionen. Der GpDi-Mitarbeiter vereinbarte einen weiteren Termin mit Frau Müller und machte ihr ein Kontaktangebot. Sie könne jederzeit im Dienst anrufen, um sich Unterstützung zu holen oder einfach nur um zu reden. Dann übergab er der Klientin das Falblatt des GpDi, so dass sie in Ruhe nachlesen konnte, wer wir sind und was wir anbieten. Ziel war es, Frau Müller an den Dienst anzubinden. Dadurch wurde regelmäßiger

Kontakt möglich und wir konnten eine Reihe von weiteren Maßnahmen organisieren und auf den Weg bringen.

Dann nahmen wir Kontakt zum Hausarzt auf und kümmerten uns um einen Facharzt. Ein Pflegedienst wurde eingeschaltet, der Frau Müller zweimal in der Woche besucht und ihr u. a. beim Baden hilft (wegen der Arthrose). Gleichzeitig fanden wöchentliche Gespräche mit ihr statt. Sie sollte wenigstens einmal in der Woche aus dem Haus gehen und so allmählich ihre Angst, „unter die Leute zu gehen“, abbauen.

Darüber hinaus nahm Hildegard Müller an zwei Gruppenangeboten teil, so dass sie im Monat vier bis sechs Termine im GpDi wahrnahm. Das „Essen auf Rädern“ sicherte die Grundversorgung und der Zivildienstleistende besorgte den restlichen Einkauf. Mittelfristig konnte eine Reha-Maßnahme in einer Psychosomatischen Klinik durchgesetzt werden. Ein geeigneter Ort für Hildgard Müller, neue Kontakte zu knüpfen.

Natürlich verlief die Beziehung zu Frau Müller nicht ohne Rückschläge. Aber in der Regel konnten die Krisen mit Telefonaten oder Zusatzterminen bewältigt werden. Während des Kosovokrieges zum Beispiel brachen bei ihr nie bewältigte Traumata auf. So war sie unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg mehrmals von Rotarmisten vergewaltigt worden. Über diese Erlebnisse hatte sie bis zu diesem Zeitpunkt mit niemandem gesprochen.

Gerade bei älteren Menschen gibt es reihenweise posttraumatische Belastungssyndrome, die lange zurückliegen, aber durch Ereignisse in der Gegenwart wieder wirksam werden. In solchen Situationen haben die Gespräche im GpDi eine stark entlastende Funktion.

Auch bei anderen Konflikten, zum Beispiel in der Familie oder im sozialen Umfeld, versuchen wir zu helfen, indem wir die Konfliktpartner mit einbeziehen – sei es in Einzelgesprächen oder in der Angehörigengruppe. Ferner bietet der GpDi eine Freizeit-, eine Gesprächs- und eine kunsttherapeutische Gruppe an.

Bei der Einzelfallarbeit des GpDi steht natürlich die Beziehung zu dem betreuenden Menschen im Mittelpunkt. Aber gleichzeitig muss ständig mit anderen sozialen Diensten, Behörden,



Kliniken, niedergelassenen ÄrztInnen u. v. a. kooperiert werden. Die Vernetzung dieser Stellen ist eine weitere nicht zu unterschätzende Aufgabe des GpDi. Ihr kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil es ansonsten kein funktionierendes Netzwerk für psychisch kranke Ältere gibt. Gerade deshalb ist auch die Arbeit des GpDis so wichtig. Denn die psychisch Kranken sind ja trotz aller Veränderungen und Einschränkungen vollwertige Menschen, die neben ihren Defiziten beträchtliche Kompetenzen und Ressourcen haben. Und selbstverständlich verdienen sie alle Hilfe und sonstigen Leistungen, die ihnen der soziale Dienstleistungsbereich zu bieten hat.

*Eine helfende  
Hand  
gibt Halt  
und  
Unterstützung*

Diego Feßmann  
Dipl.-Sozialpädagoge  
GpDi München-Ost

1990

\* Name geändert

## Enthospitalisierung – Ambulant vor Stationär

*„Leben Sie in meiner Zeit?“*

Während sich Karl Z. 1978 an seinem Arbeitsplatz darum bemühte, sozialpsychiatrische Grundsätze zu verwirklichen, also den Paradigmenwechsel vom biologisch orientierten Krankheitsmodell zu einem sozial bedingten Modell psychischer Erkrankung voranzutreiben, starb in Bethel der letzte von den Nazis verschleppte Russe. Nikolai S. hatte nie eine psychiatrische Diagnose. Sein einziger Fehler war gewesen, dass er nach dem Krieg nicht mehr in seine Heimat zurückkehren konnte oder wollte. So landete er in der Psychiatrie. Früher hatten psychiatrische Krankenhäuser oft auch die Funktion eines Asylums. Und gerade in den Wirren der Nachkriegszeit wurde diese Aufgabe von verschiedenen Anstalten wieder aufgenommen. Nikolai S. war kein Einzelfall, viele Entwurzelte, Heimatlose fanden in Bethel und anderswo Zuflucht.

### *Parallelwelten existieren nicht nur in der Welt der Science-Fiction*

In Zeiten raschen gesellschaftlichen Wandels existieren in jeder Gesellschaft viele Modelle von Wirklichkeiten und damit auch *ver-rückte Parallelwelten*. Lange Zeit hatte ein medizinisches Modell Gültigkeit. Danach war das *Verrückt-Sein* ein Phänomen, nicht in einem sozialen Netz eingebunden zu sein. Dieses Modell wurde durch ein Verständnis abgelöst, dass *Verrückt-Sein* etwas mit einer individuellen Krankheit im Gehirn zu tun habe. Während des Zweiten Weltkrieges entstand dann die Theorie, dass ein Zusammenspiel von Individuum und sozialer Umwelt zu Symptomen führt, die die Mehrheit der Bevölkerung als *ver-rückt* empfindet.

Karl Z. lebte und arbeitete also in einer Welt, in der mindestens drei Modelle von Verrücktsein nebeneinander existierten. Doch



an einem Punkt stimmten alle Modelle überein, nämlich dass Verrücktsein etwas mit *Defizit, gerade nicht in Ordnung oder krank sein* zu tun hat.

„*Wer das Kranke beseitigt, löscht damit auch das Gesunde aus.*“



*Lebenslange  
Freunde – zwei  
Bewohner  
eines Langzeit-  
wohnprojektes*

Die Folge: Jeder, der mit psychisch kranken Menschen arbeitet, soll die Krankheit beseitigen, bekämpfen oder eben heilen. Psychische Gesundheit ist das Ziel der Interventionen. Demzufolge ist die Versorgungslandschaft durch Institutionen geprägt, in denen der Betroffene behandelt wird und der Nicht-Betroffene das Sagen hat. Die Förderungen/Therapiemöglichkeiten, die Hilfen werden durch professionelle Helfer bestimmt. Wenn wir also die Enthospitalisierung vorantreiben und *ambulant vor stationär* fordern, bewegen wir uns in unserem Denken noch in dem jeweiligen Defizitmodell.

Seit knapp 30 Jahren aber gibt es eine Strömung, die das Erleben von *Verrücktheit* aus einer ganz anderen Perspektive betrachtet. Betroffene sprechen immer öfter davon, dass sie sich als *psychoseerfahren* erleben. Das bedeutet doch nichts anderes, als dass Psychose zwar etwas Schmerzhaftes, aber auch etwas Wertvolles

ist. Es geht nicht darum, ein *Defizit zu beseitigen*, sondern etwas *Ungewöhnliches zu integrieren*. Muss damit nicht auch die Stellung des professionell Handelnden völlig neu definiert werden? Beim letzten Paradigmenwechsel blieb die Rolle des psychiatrisch Tätigen im Wesentlichen unangetastet. Jetzt, mit der neuen Sichtweise, ist die Position des psychiatrisch Tätigen infrage gestellt.

## Außenseiter gibt es überall!

Aber was haben diese theoretischen Überlegungen mit der konkreten Arbeit im Langzeitwohnprojekt zu tun?

*Ambulant vor stationär* unterstellt, dass ambulante Arbeit den Bedürfnissen der Betroffenen näher kommt als stationäre Angebote. In ambulanten Einrichtungen aber herrscht von der Grundstruktur her eine Kundenbeziehung. Alle Interventionen, die in die Autonomie des Kunden eingreifen, können von ihm weitgehend unterlaufen werden, da nur geringe Abhängigkeiten bestehen. Die Leistungen erstrecken sich im Wesentlichen auf Beratung, Hilfen, Tagesstruktur und Krisenintervention. Der Betroffene kann selbst für Essen und Wohnung sorgen. Geht nur eine dieser Fähigkeiten verloren, so droht die Unterbringung in einer stationären Institution, natürlich nur zu seinem Besten. In diesem Fall verliert die Beziehung meist den egalitären Charakter. Der eine hat die Hilfe – der andere ist bedürftig. Der Kunde ist originär nicht mehr selbst in der Lage, seine Autonomie aufrechtzuerhalten. Dies ist ein systematischer Konflikt in stationären Einrichtungen, solange die Finanzierung durch den jeweiligen Leistungsträger pauschal erbracht wird. Erwirbt hingegen (Rechtsverständnis des SGB) der Betroffene einen individuellen Rechtsanspruch auf Hilfe, so sollte auch in stationären Einrichtungen eine echte Dienstleistungsbeziehung möglich sein. Viele Betroffene aus der Psychiatrie brauchen nämlich komplexe Lern-, Erfahrungs- oder Schutzräume, die den quasi-stationären Raum notwendig machen. Oft genug ist „ambulant“ einfach zu wenig. Es wäre wahrhaft ein Skandal, wenn Menschen mit großem Hilfebedarf wegen – scheinbar humanitärerer Lösungen – keine adäquate Hilfe mehr fänden.

### *Auch der „gute Mensch“ ist an Gesetze gebunden*

Im letzten Jahr hat Karl Z. viel über Pauschalfinanzierung und individuellen Hilfebedarf im stationären Bereich diskutiert. Dabei hat er erfahren, dass viele psychiatrisch Tätige den *Paradigmenwechsel* zwar gerne als ein Randphänomen abtun, dieser aber in Rechtsprechung und Gesetzgebung schon seit einigen Jahren Fakt ist.



Institutionen werden sich in den nächsten Jahren also nicht in der institutionenzentrierten Sichtweise *ambulant* oder *stationär* bewähren müssen. Vielmehr müssen sie für Menschen mit Psychoseerfahrung Lernfelder öffnen, in denen es möglich ist, psychotische Anteile zu integrieren.

*Wo steckt der Ziegler schon wieder?*

Zum Schluss die Frage: „Wie muss eine stationäre Einrichtung aussehen, die sich am neuen Paradigma ausrichtet?“ Antwort: „Immer anders.“

Karl Ziegler  
Soziologe  
Langzeitwohnprojekt Schwannseestraße

# 1997

---

## Tagesstätte

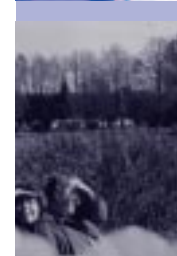
### Wie geht es nach dem Krankenhaus weiter?

„Bitte versetzen Sie sich in die Lage eines soeben aus der Psychiatrie entlassenen Patienten und versuchen Sie, eine Lösung, einen Weg zu finden.“

*Noch einmal heil aus der Krise herausgekommen! Der Aufenthalt in der Klinik hat in mir die Hoffnung geweckt, dass es nun auch für mich wieder aufwärts gehen kann. Wieder daheim, der erste Morgen danach: Voller Enthusiasmus schwingen ich mich aus dem Bett und gehe im Zimmer auf und ab. Wie geht es jetzt weiter? Gestern war alles noch so einfach! Da waren die Schwestern, die Ärzte, die Psychologen und Therapeuten, sie alle sagten mir, was ich tun und zu lassen habe. Aber heute, im Hier und Jetzt, muss ich eigene Entscheidungen treffen, meinen eigenen, neuen Weg finden. Die Arbeit ist weg, der Tag ist leer. Und mein Organisationstalent ist mir abhanden gekommen. Verzweifelt über so wenig Zukunft lege ich mich in mein Bett und träume von einer besseren Zukunft!*

„Haben Sie eine Lösung gefunden? Nein? Warum nicht? Fällt Ihnen etwa die Vorstellung schwer, nicht mehr arbeiten zu können oder nicht mehr gebraucht zu werden, keine Wertschätzung mehr zu erfahren?“

Wir leben in einer Gesellschaft, in der immer mehr zählt, was man besitzt. Und beständig suggeriert uns die Werbeindustrie, was wir alles brauchen. Sie investiert Millionen, um uns, die Käufer, zu verführen. So wird uns in Fernsehspots nach dem Motto „Mein Auto, mein Haus, mein Boot“ klar gemacht, was uns noch alles fehlt.



## Was leistet die Tagesstätte?

Menschen, die während einer psychischen Krise stationär behandelt werden, haben die Möglichkeit, für kurze Zeit Abstand zu gewinnen, Abstand vom geschäftigen Treiben des Alltags. Sie können sich in ein sicheres System fallen lassen, ohne Verpflichtungen, ohne eigene Entscheidungen treffen zu müssen. Damit der Übergang von der Klinik nach Hause erleichtert wird, empfehlen viele stationäre Einrichtungen ihren Patienten, sich eine Tagesstätte zu suchen. Dort werden tagesstrukturierende Maßnahmen vorgenommen, die den Alltag erleichtern und bewältigbar machen.

*„Darf ich Ihnen noch eine Frage stellen:  
An welches Kindheitserlebnis erinnern Sie sich am liebsten?“*

Okay? Ich behaupte, es ist ein Ereignis, das Sie zusammen mit anderen erlebt haben! Vielleicht war es ein gemeinsamer Spieleabend, ein Ausflug oder ein Fest?“

So geht es allen, und natürlich auch Menschen in der Krise. Gemeinschaft erleben oder einfach nur die Tatsache, dass jemand da ist, das sind die Kernpunkte der sozialpsychiatrischen Arbeit einer Tagesstätte. Dort können KlientInnen erfahren, dass sie nicht alle Fähigkeiten während einer psychischen Krise verloren haben. Sie können erleben, dass es noch Sinnvolles im Leben gibt.

Wenn wir die psychischen Krisen als einen Teil des Ganzen betrachten, werden wir unschwer erkennen, dass das „Drumherum“ noch viel Lebenswertes beinhaltet. Die psychische Krise ist nur ein Teil vom großen Ganzen.

„Wissen Sie, wie hoch der Anteil behandlungsbedürftiger BürgerInnen in der Bundesrepublik ist?“

Nein? Laut einem Forschungsergebnis aus dem Jahr 2000 wird jeder dritte Mann und jede vierte Frau einmal in seinem Leben psychisch krank und behandlungsbedürftig.“

### Der „Pasinger-Treff“

Wer die Fähigkeit zum leistungsgerechten Arbeiten verloren hat, muss andere Wege finden, sich sinnvoll zu beschäftigen. Die Tagesstätten sind ein wesentlicher Baustein in der psychiatrischen Nachbetreuung. Ihre MitarbeiterInnen reichen jedem Betroffenen die Hand, versuchen gemeinsam einen Weg zu finden.

Wir vom „Pasinger Treff“ sehen unsere Aufgabe darin, ein Netz zu knüpfen, um die gesellschaftlich Isolierten aufzufangen. Alle, die zu uns kommen, sollen in einem möglichst „normalen“ sozialen Umfeld lernen, das Beste aus ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen – ohne Zwang und Zeitdruck.

Im Hinblick auf die ambulante Betreuung von psychischen Beeinträchtigungen in einer Tagesstätte könnte die Eingangsgeschichte auch so lauten:  
*Gestern beim Abschlussgespräch in der Klinik wurde mir geraten, eine tagesstrukturierende Einrichtung aufzusuchen.*

*Tagesstätten kannte ich nicht! Ich wusste nicht, was mich erwartete! Aber mein erster Besuch war vielversprechend: Alles freiwillig: Kunst-, Gesprächs-, Entspannungsgruppen – ein zwangloses Kommen und Gehen! Nichts deutet auf Psychiatrie hin, keine Medikamentenwägen, die von Zimmer zu Zimmer geschoben werden. Als ich erkannte, wie unterschiedlich jeder Einzelne auf und angenommen wird, wusste ich, dass dies hier meine Zukunft sein wird.*

*Kontakt und  
Kommunikation  
in der Tagesstätte*





*Klient einer  
Malgruppe*

*Jetzt, ein Jahr später, weiß ich,  
dass es für mich ein wichtiger  
Schritt war, in die Tagesstätte zu  
gehen. Denn, wo sonst kann ich  
so sein, wie ich bin und trotzdem  
noch als ein Teil vom Ganzen  
angesehen werden?*

Dem einzelnen Menschen ist  
mit nur medizinisch-pflegeri-  
schen Mitteln nicht zu helfen.

Jeder Betroffene muss die Möglichkeit haben, eine individuell angepasste Tagesstrukturierung zu erhalten. Um dies zu erreichen, sind reflektierende MitarbeiterInnen gefragt, die sich nicht davor scheuen, ihre eigenen Fähigkeiten in den Dienst der Besucher zu stellen und sinnvoll umzusetzen.

Das Team  
Tagesstätte Pasing

### Der Betreuungsverein für Münchner Bürgerinnen und Bürger (BMB)

Den Betreuungsverein für Münchner Bürgerinnen und Bürger (BMB) gibt es seit 1992. Seit dem Jahr 2001 ist er dem Projektverein angeschlossen.

Auftrag des Vereins ist es

- berufsmäßig rechtliche Betreuungen zu führen
- ehrenamtlich rechtliche BetreuerInnen zu gewinnen, zu beraten und zu schulen
- Privatpersonen (zum Beispiel Familienangehörige, die eine ehrenamtliche Betreuung übernehmen wollen oder bereits übernommen haben) über Betreuung zu informieren
- interessierte Münchner BürgerInnen über die Vermeidung von rechtlicher Betreuung durch Vollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung zu informieren
- Vorträge und Veranstaltungen zum Thema anzubieten
- Fachberatung für Institutionen, Behörden etc. durchzuführen.

### Praktische Betreuungsarbeit „ambulant vor stationär“

Gesetzliche Betreuer sind verpflichtet, die Wünsche und Vorstellungen ihrer Betreuten weitgehend zu berücksichtigen. Es sei denn, wichtige Gründe sprechen dagegen. Dieser Grundsatz gilt natürlich auch bei der Entscheidung, ob der oder die Betreute in ein Heim umziehen soll oder ob ein Leben in vertrauter Umgebung weiterhin möglich ist.

Wohl wissend, dass die meisten Menschen so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden leben möchten, macht sich der Betreuer zunächst vor Ort ein Bild, um entscheiden zu können, ob eine ambulante Versorgung möglich ist. Er wird den betreuten Menschen regelmäßig besuchen, um alle notwendigen Schritte zu besprechen und in die Wege zu leiten. Für den



Fall, dass sich der Betreute nicht mehr selbst versorgen kann, wird der Betreuer „Essen auf Rädern“ bestellen und einen Einkaufsdienst organisieren. Er wird auch prüfen, ob seitens der Nachbarn eine Hilfestellung möglich ist. Bei Bedarf muss ein ambulanter Dienst beauftragt werden, der die notwendige Pflege sicherstellt. Mit dem ambulanten Dienst gemeinsam wird er Kontakt zum Hausarzt halten, damit die notwendige Behandlung erfolgen kann.

Der Betreuer kümmert sich auch um die finanziellen Angelegenheiten. So veranlasst er regelmäßige Zahlungen wie Mietüberweisungen etc., nimmt Bargeldabhebungen vor und erledigt, wenn nötig, den sonstigen Schriftverkehr mit Ämtern und Behörden. Der Betreuer sorgt für eventuell notwendige Hilfsmittel wie zum Beispiel Haltegriffe, Gehhilfen, Rollstuhl. Wo nötig, wird er sich auch für Veränderungen in der Wohnung einsetzen, zum Beispiel die Installation einer Zeitschaltuhr beim Herd, einer Klingel mit Lichtsignalen, Badewannenlifter usw. Die Sicherheit des Betreuten steht dabei im Mittelpunkt. Außerdem wird seitens des Betreuers auch versucht werden, bestehende Kontakte zu Verwandten, Freunden, Nachbarn zu erhalten bzw. ehrenamtliche Helfer suchen, die den Betreuten besuchen oder mit ihm spazieren gehen.

Für manche Menschen kann aber auch eine Umsiedelung in eine stationäre Einrichtung von Vorteil sein. Wenn der Betreute etwa unter dem ständigen Alleinsein leidet oder sich in der leeren Wohnung fürchtet.

#### *Fall 1:*

Berta Kaiser\* lebte seit dem Tod ihres Mannes vor vielen Jahren allein in ihrer Wohnung. Eines Tages war sie ins Krankenhaus gekommen, nachdem Nachbarn ihre Hilferufe gehört und die Polizei verständigt hatten. Berta Kaiser war in der Badewanne ausgerutscht und hatte sich verletzt. Im Krankenhaus stellte

sich zwar heraus, dass die Verletzungen nicht so schwerwiegend waren, aber gleichzeitig wurde eine beginnende Demenz diagnostiziert. Da sie zu vielen Fragen keine Angaben machen konnte, bestand der Verdacht, dass Frau Kaiser alleine nicht mehr zurechtkommen würde. Eine Betreuung wurde angeregt.

Als die bestellte Betreuerin Berta Kaiser nach dem Krankenhausaufenthalt zum ersten Mal besuchen wollte, konnte diese die Wohnungstür nicht öffnen. Sie hatte am Abend davor von innen abgeschlossen und den Schlüssel verlegt. Erst nach langem Zureden von außen, sie möge doch in ihrer Handtasche nachschauen, gelang es ihr, die Tür zu öffnen. Die Wohnung war in einem desolaten Zustand: die Jalousien waren heruntergelassen, die Heizkörper – trotz frostiger Jahreszeit – kalt, in der Küche stand schmutziges Geschirr, der Kühlschrank war fast leer, Toilettenartikel waren nicht vorhanden und der Briefkasten quoll über. Die Post war offenbar seit Monaten ignoriert worden.

Für die Betreuerin war schnell klar, dass Berta Kaiser sich nicht mehr alleine versorgen konnte. Sie war weder in der Lage Getränkeflaschen selber zu öffnen, noch konnte sie sich ein Essen zubereiten. Um eine weitere Eskalation zu verhindern, handelte die Betreuerin sofort. Sie beauftragte einen Helfer sauber zu machen, den Abfall zu entsorgen und Lebensmittel einzukaufen. Schließlich organisierte sie „Essen auf Räder“, um die warmen Mahlzeiten sicherzustellen.

Die Betreuerin sortierte die Post, sondierte längst überfällige Rechnungen, bat um Aufschub von Zahlungen und ging zur Bank. Dort erfuhr sie, dass das Konto kräftig geplündert worden war. Berta Kaiser hatte einer entfernten Bekannten Bankvoll-



*Suchen und  
finden –  
Münchner  
Betreuungsverein*

macht erteilt, die davon rege Gebrauch gemacht und in ihre eigene Kasse gewirtschaftet hatte. In der Zwischenzeit war sie abgetaucht. Glücklicherweise war die Witwenrente seit längerer Zeit nicht mehr gezahlt worden, weil Frau Kaiser die jährliche Meldung an den Rententräger vergessen hatte. Durch die Rentennachzahlung war die finanzielle Situation gerettet.

Nach den ersten Sofortmaßnahmen fand sich ein ambulanter Dienst, der eng mit einer praktischen Ärztin zusammenarbeitete. So konnte die medizinische Versorgung sichergestellt werden. Einmal am Tag kam ein Zivildienstleistender, um einzukaufen, und Berta Kaiser erhielt eine Mikrowelle und einen Wasserkocher. Vom Gasherd wurde die Sicherung herausgedreht, da sie den Umgang nicht mehr beherrschte. Das beruhigte auch die Nachbarn. Ein Schlüsseldienst baute ein Schloss ein, das auch von außen betätigt werden konnte. Damit war sichergestellt, dass Berta Kaiser sich nicht mehr einschließen konnte und gleichzeitig konnte der ambulante Dienst im Notfall von außen in die Wohnung gelangen.

*Manches kann  
man noch  
alleine  
erledigen*



Eine Reinigungsfrau wurde gefunden, die einmal in der Woche sauber machte, aber sich auch ansonsten rührend kümmerte. Zum Beispiel, wenn Berta Kaiser sich wieder mal verlaufen hatte (krankheitsbedingt hatte sie einen unermüdlichen Bewegungsdrang entwickelt), machte sich die Reinigungsfrau auf die Suche nach ihrem Schützling und brachte sie wieder nach Hause.

Mit der Zeit kamen noch zwei Studentinnen hinzu, die abwechselnd abends bei Berta Kaiser vorbeischauten, um sicherzustellen, dass sie ihre Medikamente nahm und wohlbehalten ins Bett kam. Die Zeit mit den Studentinnen genoss die alte Dame sehr, da sie fast immer ein „Bett-hupferl“ mitbrachten, etwas vorlasen usw..

Mit all diesen Hilfen konnte Berta Kaiser noch einige Jahre in ihrer Wohnung bleiben. Für Notfälle war auch eine Nachbarin als Ansprechpartnerin da. Mit der Zeit wurden die Ausflüge allerdings weniger, weil sie zunehmend ängstlicher wurde und sich nicht mehr aus der Wohnung traute. Als der Verkauf des Hauses anstand, siedelte Frau Kaiser in eine gerontopsychiatrische Wohngruppe eines Altenheims über.

Sie fühlt sich dort sehr wohl und vor allem sicher. Sie darf morgens im Bett bleiben solange sie will, worauf sie großen Wert legt. Auch sonst, sagt sie, sei der Service sehr gut.

Im Nachhinein hat es sich gelohnt, die Übersiedelung ins Heim hinauszuzögern und Berta Kaiser in ihrer gewohnten Umgebung zu lassen.

#### *Fall 2:*

Anna Thorwald\* war früher eine begeisterte Sportwagenfahlerin, seit dem Tod ihres geliebten Mannes lebte sie sehr zurückgezogen. Ihr einziger Halt war das jugoslawische Restaurant an der Ecke. Hier aß sie jeden Mittag und nachmittags trank sie dort ihren Kaffee. Jeder kannte sie, alle mochten sie.

Durch eine beginnende Alzheimererkrankung wurde sie betreuungsbedürftig. Der Betreuer organisierte einen Pflegedienst und andere notwendige häusliche Hilfen. Ihre „Wirtschaft“ aber blieb ihr Lebensmittelpunkt. Liebevoll kümmerten sich die Wirtsleute und die Stammgäste um Anna Thorwald, die wie immer viele Stunden dort verbrachte. Alles war wohl geordnet, bis die Wirtsleute aus wirtschaftlichen Gründen in einem anderen Stadtteil eine größere Speisewirtschaft übernehmen mussten.

Was tun? Die alte Dame war todunglücklich. Sie spürte den möglichen Verlust ihrer gewohnten Umgebung und der lieb gewonnenen Menschen. Gemeinsam mit den Wirtsleuten wurde nach einer Lösung gesucht. Natürlich wurde auch Anna Thorwald gefragt. Sie konnte zwar nicht mehr gut sprechen, aber sie sagte immer wieder: „Ich will bei meinem Paulaner bleiben ...“ Also war das Ziel klar: Frau Thorwald brauchte eine neue Wohnung in der Nähe der neuen Wirtschaft. Die Wirtsleute waren einverstanden, sie weiterhin zu versorgen. Durch einen Glücksfall – und durch die Intervention der Wirtin – wurde vis-à-vis der neuen Wirtschaft eine Wohnung gefunden. Das Experiment konnte beginnen.

Anna Thorwald lebte sich trotz ihrer mittlerweile schon fortgeschrittenen Krankheit in der neuen Wohnung schnell ein. Sie war von morgens bis abends in der Wirtschaft und noch einmal richtig glücklich. Erst als die Krankheit so weit fortgeschritten war, dass sie nicht mehr wusste, wann sie auf die Toilette musste und sie anfang, die vertrauten Menschen nicht mehr zu kennen, wurde deutlich: Jetzt geht es nicht mehr. Allen Beteiligten fiel es schwer, Anna Thorwald in einem Altenheim unterzubringen, aber sie merkten auch, dass sie den Verlust nicht mehr spüren würde.

Der richtige Zeitpunkt war gekommen. Anna Thorwald kam in ein Heim, aber sie nahm ihre Umgebung nicht mehr wahr. Kam Besuch, lächelte sie. Aber sie erkannte niemanden mehr.

Das Team  
Betreuungsverein für Münchner Bürgerinnen und Bürger

## Hilfe in letzter Minute Ambulante Krisenintervention im Münchener Osten

Psychisch kranke Menschen brauchen ein tragfähiges Netz von ambulanten Hilfsangeboten. Psychiatrische Krisendienste sind wichtige Knoten in einem gemeindenahen Netz. Dieses hält aber nur dann wirklich, wenn es Menschen in Krisensituationen und seelischen Notlagen auffängt und die Unterstützung schnell, effektiv und unbürokratisch erfolgt. Ein Krisendienst unterstützt und entlastet aber auch Angehörige und professionelle HelferInnen, wenn ihre eigenen Möglichkeiten der Krisenbewältigung nicht mehr ausreichen.

### Ziele der ambulanten Krisenarbeit

Menschen in Krisen oder ihre Angehörigen können hier in München zwar auf vergleichsweise viele psychiatrische und psychosoziale Hilfen zurückgreifen. Aber wie soll man sich in diesem vielschichtigen Angebot zurechtfinden? Ist dies schließlich gelungen, muss die entsprechende Einrichtung kontaktiert und aufgesucht werden. Oft müssen dann Wartezeiten von mehreren Wochen in Kauf genommen werden. Aber gerade in einer akuten Belastungssituation stehen den Betroffenen die dafür notwendigen Ressourcen und Kräfte nicht (mehr) zur Verfügung. Die Organisation und das Warten auf einen Termin bedeuten für sie oft eine Überforderung und führen nicht selten dazu, dass professionelle Unterstützung gar nicht in Anspruch genommen wird.

Erste Aufgabe des Krisendienstes ist es daher, den KlientInnen und ihren Angehörigen schnelle und effektive Klärungs- und Orientierungshilfen zu geben, um damit eine erste Entlastung zu erreichen. Das heißt konkret:

- die Krise verstehen und einordnen helfen (zum Beispiel über bedrohliche Symptome und deren Ursachen aufklären);





- Informationen über professionelle Unterstützung und Behandlungsmöglichkeiten geben;
- die notwendigen nächsten Schritte klären und diese, wenn die Klienten oder Angehörigen nicht selbst dazu in der Lage sind, aktiv einleiten, ansonsten kompetent weitervermitteln;
- vorhandene Ressourcen (wieder) aktivieren.

Erst eine derartig gelagerte Unterstützung ermöglicht es den Betroffenen, sich in der Krise überhaupt orientieren zu können. Erst dadurch können sie ihre Handlungsspielräume, die bis dahin aussichtslos und festgefahren schienen, erweitern. Sie können ihre Situation selbst einschätzen und die nötigen Schritte zu ihrer Veränderung wieder selbst unternehmen.

### Juni 2002 – der Krisendienst Ost startet

*Hilfe bei  
Isolation und  
Erstarrung*

Nach jahrelanger konzeptioneller Arbeit eines Trägerverbundes konnten wir Anfang 2002 mit dem Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Krisendienstes im Münchener Osten beginnen. Im Juni schließlich war es so weit: Der Krisendienst Ost nahm seine Arbeit auf, zunächst in der Schwannseestraße, aber schon im August konnte in die eigenen Räumlichkeiten im Bereiteranger umgezogen werden. Bis auf weiteres ist der Krisendienst werktags von 9 bis 21 Uhr erreichbar. Das Angebot umfasst Beratung und Krisenintervention am Telefon sowie persönliche oder aufsuchende Krisenhilfe.

Der Krisendienst München-Ost besteht aus einem psychiatrisch erfahrenen Kernteam, das sind zwei SozialpädagogInnen, eine

Fachschwester für Psychiatrie und eine Psychologin mit der Funktion der Koordination. Verstärkt wird das Krisendienst-Team durch die Sozialpsychiatrischen Dienste Giesing und Perlach und den Gerontopsychiatrischen Dienst München-Ost. Alle drei Dienste leisten tagsüber einen regelmäßigen Hintergrunddienst und stellen dabei auch ihre – soweit vorhandenen – ärztlichen Kapazitäten zur Verfügung. Nach erfolgter Krisenintervention übernehmen diese Dienste dann KlientInnen zur langfristigen Weiterbetreuung.

## Vernetzung

Schon in der Planungsphase bestand eine gute Kooperation und Vernetzung mit den Kliniken im Sektor (Rechts der Isar, BKH Haar, Klinik Mengerschwaige) und den Trägern ambulanter Einrichtungen, betreuter Wohnformen etc.. Diese hat sich bewährt und setzt sich jetzt in der alltäglichen, klientenbezogenen Zusammenarbeit fort. Auf diese Weise ist der Krisendienst München-Ost von Anfang an ein im ambulanten Hilfenetz des Sektors gut verankertes Projekt. Darüber hinaus haben wir in der Zwischenzeit viele neue Kontakte geknüpft und Kooperationen begonnen: So arbeiten wir eng mit dem Atriumhaus, der psychiatrischen Klinik in der Nussbaumstraße und dem mobilen Krisendienst im Sektor Süd zusammen. Wir haben gute Kontakte zu den anderen Sozialpsychiatrischen Diensten im Stadtgebiet und im Landkreis, zu Krisenberatungsstellen wie „Die Arche“, „Münchner Insel“ und den Telefonseelsorgen. Wir stehen in ständigem Kontakt mit den Behörden, dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD), der Suchthilfe und den Frauenhäusern. Wir kooperieren mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, wir vernetzen uns mit den Organisationen der Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörigen. Denn unsere bisherigen Erfahrungen zeigen deutlich, dass für die Menschen, die den Krisendienst nutzen, zweierlei von Bedeutung ist: erstens, dass wir in ihrer Nähe und gut erreichbar sind und uns in der Versorgungsregion auskennen;

und zweitens, dass wir sektorübergreifend gut vernetzt sind und ihnen nach erfolgter Krisenintervention passende Hilfsangebote vermitteln können.

### Erstes Fallbeispiel

*Gerda Schmidt\* ist Mutter einer 18-jährigen Tochter, die psychisch krank ist. Als die Tochter mit körperlicher Gewalt droht, wendet sich Frau Schmidt an das Gesundheitsamt. Von dort wird sie an den Krisendienst verwiesen. Bei einem Hausbesuch der Krisendienst-Mitarbeiterin stellt sich heraus, dass die Tochter aufgrund verschiedener psychosozialer Probleme sehr belastet ist und eine psychotische Krise droht. Erschwerend kommt hinzu, dass die junge Frau offensichtlich schon vor einiger Zeit eine psychotische Episode durchlebt hat. Vor einem Jahr hatte sie die Schule abgebrochen und bisher weder versucht eine Arbeit noch einen Ausbildungsplatz zu finden. Im Zusammenleben mit der Mutter gab es ständig Konflikte, beide waren mit der Situation überfordert und die Tochter wollte ausziehen. Da keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestand – die Drohungen gegen die Mutter waren einmalig und in einem Streit geäußert worden – musste die junge Frau nicht stationär eingewiesen werden. Dennoch schien eine psychiatrische Abklärung notwendig. Aber die junge Frau wollte weder ihren früheren Psychiater noch eine Klinikambulanz aufsuchen, zu weiteren Kontakten mit dem Krisendienst war sie jedoch bereit. Im Rahmen einer intensiven Krisenintervention mit Mutter und Tochter fanden im Laufe einer Woche mehrere Beratungen statt, in der die nächsten Schritte geklärt und eingeleitet werden konnten. Die Krisendienstmitarbeiterin konnte die junge Frau überzeugen, eine niedergelassene Psychiaterin aufzusuchen. Dort wurde sie medikamentös behandelt und ihr psychischer Zustand besserte sich spürbar. Mit Unterstützung des Krisendienstes bewarb sie sich um einen Platz in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Anschließend wurde der Kontakt zu einer Kollegin des zuständigen SpDis hergestellt, die die Klientin zur weiteren Behandlung übernahm.*

Ohne professionelle Hilfe eskalieren psychiatrische Krisen oft. Die psychotischen Symptome werden massiver, der innere, aber auch der äußere Druck (Reaktionen vom sozialen Umfeld bei auffälligem Verhalten) steigt. Aber die Betroffenen sind entweder nicht in der Lage oder bereit, sich ambulant behandeln zu lassen. So wird eine stationäre Behandlung – unter Umständen auch gegen ihren Willen – manchmal unausweichlich.

### Zweites Fallbeispiel

*Unangemeldet kamen die Schwester und Mutter eines 35-jährigen Mannes in den Krisendienst. Die Mutter berichtete, dass ihr Sohn sich zunehmend aggressiv verhalte und sie deshalb aus der Wohnung geflohen sei. Frank Astner\* ist seit mehreren Jahren psychisch krank. Vor zwei Jahren hat er die Behandlung abgebrochen und lebt seither bei seiner Mutter. Die Wohnung hat er schon lange nicht mehr verlassen. Sie habe schon oft vergeblich versucht, ihn zu einem Arztbesuch zu überreden. Nun aber habe sich die Lage so zugespitzt, dass sie es nicht mehr länger aushalten könne. Im Gespräch versucht die Krisendienstmitarbeiterin die momentane Gefährdung abzuklären und bespricht das weitere Vorgehen. Zwei Mitarbeiter fahren dann gemeinsam mit den beiden Frauen zur Wohnung, nehmen aber ohne die Angehörigen Kontakt mit dem Mann auf. Frank Astner ist zunächst überrascht und irritiert über den plötzlichen Besuch, wirkt aber schließlich fast erleichtert und erzählt bereitwillig. Er fühle sich von verschiedenen Geheimdiensten verfolgt und könne deshalb die Wohnung nicht mehr verlassen. Auch habe er den Verdacht, nicht der Sohn seiner Mutter zu sein, und die würde außerdem – so seine Einschätzung – mit den Geheimdiensten kooperieren. In dieser für ihn bedrohlichen Situation kann ihn das Krisenteam schließlich überzeugen, ein Krankenhaus als Schutzraum aufzusuchen. Da Herr Astner nicht aggressiv war und freiwillig in die Klinik gehen wollte, konnte das Krisenteam ihn direkt ins BKH Haar fahren, wo er stationär aufgenommen wurde.*

Bei Frank Astner war aufgrund einer akuten paranoiden Psychose eine stationäre Behandlung dringend notwendig. Gelingen ist es hier, eine weitere Eskalation und Gefährdung für ihn und seine Angehörigen abzuwenden. Gleichzeitig konnten die Krisendienstmitarbeiter eine stationäre Einweisung auf sanfterm Wege, freiwillig und ohne Unterbringungsbeschluss erreichen. Dafür sind neben einer hohen fachlichen Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken Menschen und in der Einschätzung einer Gefährdung vor allem Zeit und nicht selten mehr als ein Anlauf bei der Kontaktaufnahme notwendig.

Der gemeindepsychiatrische Krisendienst München-Ost ist von seinen NutzerInnen, Menschen in Krisen und ihren Angehörigen, schnell und gut angenommen worden. Auch von Seiten der Fachbasis waren die Resonanz und der Wunsch nach Zusammenarbeit von Anfang an groß. Die Zahlen unserer ersten Halbjahresstatistik – insgesamt hatten wir über 650 telefonische und persönliche Einsätze – sowie die Rückmeldungen von unseren KlientInnen sind eindeutig: Es war richtig, im Sektor Ost einen ambulanten Krisendienst zu installieren. Ja mehr, noch, sie ermutigen, die ambulante Krisenversorgung für das gesamte Stadtgebiet auszubauen.

Simone Eiche  
Diplom-Psychologin  
Krisendienst Ost

## Hamburger Straße – ein neues Wohnprojekt für psychisch kranke Wohnungslose

Wohnungslosigkeit in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung wurde von der Fachbasis in München lange Zeit ignoriert bzw. nicht wahrgenommen. Erst als die Fichter-Studie im Jahr 1988 diese Thematik fokussierte, wurden Fachleute und Kostenträger darauf aufmerksam. Mit der Eröffnung des Wohnprojektes Gravelottestraße wurden sie sensibilisiert.

Aber außer dem Wohnprojekt Gravelottestraße und den 30 zusätzlich geschaffenen Plätzen in der Pistorinistraße hatte das entstandene Problembewusstsein keine konkreten Auswirkungen auf die Praxis. So gibt es in der Landeshauptstadt München 90 Wohnplätze für psychisch kranke Wohnungslose, notwendig aber wären 500 bis 600 Plätze.

Mehr als 80 Prozent des betroffenen Klientels werden nicht ausreichend versorgt. Dies hat zur Folge, dass durch die häufigen Aufenthalte in der Psychiatrie, Polizeieinsätze etc. zusätzliche Kosten entstehen. Ganz zu schweigen vom persönlichen Leid dieser Menschen, bei denen auch eine erhöhte Mortalität zu verzeichnen ist. Eine weitere Konsequenz ist, dass alle verfügbaren Einrichtungen überproportional mit schwierigstem Klientel belegt sind, das wiederum führt zu einer Minderung der Wohn- und Lebensqualität in diesen Häusern.

Das ursprüngliche Konzept, die Gravelottestraße als Clearingstelle zu installieren, funktioniert schon lange nicht mehr. Der Mangel an bedarfsgerechten Plätzen und kaum vorhandenem Wohnraum für dieses spezielle Klientel führt in ca. 70 Prozent der Fälle dazu, dass die meisten länger als 18 Monate in der Einrichtung bleiben. Damit ist das Ziel des Projektes, außerhalb der Gravelottestraße langfristige und dauerhafte Wohnmöglichkeiten zu finden bzw. zu errichten, nicht erreicht.



Das bedeutet für unser Klientel ein zusätzliches belastendes und prognostisch ungünstiges Spannungsfeld. Der Widerspruch zwischen institutionellem Auftrag und der strukturellen Realität führt dazu, dass wir dem Bedürfnis unserer BewohnerInnen nach Eindeutigkeit und einer verlässlichen Perspektive nicht gerecht werden können. Damit wird einer der wichtigsten Standards in der Betreuung psychisch kranker Menschen verletzt.

*Rückzugsmöglichkeit im Wohnprojekt Gravelottestraße*



Im Wohnprojekt Gravelottestraße führen wir – fast durchgängig – eine Warteliste mit ca. 40 Menschen. Die Wartezeit auf einen Wohnplatz liegt zwischen einem halben und einem Jahr.

Diejenigen, die nicht aufgenommen werden können, kommen in anderen, weniger adäquaten Einrichtungen, hauptsächlich städtischen Notunterkünften, unter. Daraus ergeben sich entsprechende gesundheitliche, sozial- und ordnungspolitische Konsequenzen, die sich wiederum auf der Kostenseite niederschlagen.

Das Wohnprojekt Gravelottestraße wurde vor mehr als sechs Jahren als Modelleinrichtung geschaffen. Das Konzept hat sich grundsätzlich bewährt.

Es wurden viele Erfahrungen gesammelt und in der praktischen Arbeit umgesetzt. Nicht zuletzt diese Erfahrung macht es sinn-

voll und nahe liegend, eine weitere Einrichtung für psychisch kranke wohnungslose Menschen auf den Weg zu bringen.

Unser Trägerverein hat den Bedarf erkannt und versucht seit dem Jahr 2002 eine Nachfolgeeinrichtung für das Wohnprojekt Gravelottestraße zu installieren. Hauptaugenmerk dieser Einrichtung ist die *Beheimatung der Bewohner*.

Denn nur eine akzeptierende, niedrigschwellige Begleitung, wie in der Gravelottestraße, scheint für unsere BewohnerInnen eine optimale Lebensform zu gewährleisten. Denn sie sind häufig nicht kompliant und entziehen sich psychiatrischen und sonstigen Versorgungsbemühungen. Nach unserer Erfahrung erweist sich diese Strategie nach beiden Seiten – dem Klientel und der Gesellschaft – als befriedend. Hilfreich ist auch die Unterbringung nichtkomplianter Menschen mit komplianten Menschen, die eine psychiatrische Diagnose haben. Auf der Ebene der unterstützenden Begegnung entstehen häufig Modellwirkungen und eine Anhebung der Komplianz.

Aufnahmekriterien für das geplante Wohnprojekt sind:

- eine bestehende oder eine nahe liegende psychiatrische Diagnose
- bestehende oder drohende Wohnungslosigkeit

Soziale Schwierigkeiten sind neben dem persönlichen, krankheitsbedingten Leid das zentrale Merkmal einer psychischen Erkrankung. Einerseits führen diese sozialen Schwierigkeiten zu einer – zeitweise auch gewünschten – Isolation, die andererseits aber auch als sehr leidvoll erlebt wird.

Bei der Unterbringung psychisch kranker Menschen muss dieses Spannungsfeld unbedingt berücksichtigt werden. Deswegen stellt die Einzelunterbringung (pro Klient ein eigener Wohn- und Schlafraum mit Nasszelle, idealerweise ein Appartement) einen gesicherten und unverzichtbaren Standard der

Sozialpsychiatrie dar. Daneben müssen Begegnungs-Gruppenräume mit ausreichenden Kapazitäten vorhanden sein.

Bei der Ausstattung der Räume muss das spezifische Verhalten des psychisch kranken, häufig auch psychotischen Klientels berücksichtigt werden. Es besteht – erfahrungsgemäß – ein erhöhter, sicherheitstechnischer Bedarf, um Selbst- und Fremdgefährdungen zu minimieren.

*Wohnprojekt  
Gravelotte-  
straße 12*



Die Leitlinien für die Betreuung sind durch Niedrigschwelligkeit und das Bezugspersonensystem gekennzeichnet. Selbstverständliche Grundsätze sind Ressourcenorientierung und Empowerment. Während in der Gravelottestraße ein Schlüssel von 1 : 10 die Mitarbeiter zwingt, zu reagieren anstatt zu agieren, können die Betreuer durch einen Schlüssel von 1 : 6 ihrerseits aktiv werden und dort intervenieren, wo es notwendig ist.

Heidi Boscher  
Sozialpädagogin  
Wohnprojekt Gravelottestraße

# 1973-2003

---

## Die Projekte

Chronologie:

**Juni 1973:** Gründung des Vereins Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V.

**September 1977:** Mit der „Betreuung und Hilfe bei der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen“ wird ein neues Vereinsziel in die Satzung aufgenommen.

**Mai 1978:** Eröffnung des ersten Sozialpsychiatrischen Dienstes in Neuperlach.  
In dieser Zeit wird der Verein heftig von der ärztlichen Standesvertretung angegriffen. Aber trotz des starken Widerstandes setzt er sich weiter für die Idee Sozialpsychiatrische Dienste ein und eröffnet weitere SpDis:

**Oktober 1979:** Eröffnung des SpDi Pasing.

**Januar 1981:** Übernahme des SpDis München-Giesing und der Therapeutischen Wohngemeinschaft Neuperlach von der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

**Januar 1981:** Eröffnung des SpDis Berchtesgadener Land.

**November 1981:** Eröffnung des SpDis Kronach-Lichtenfels.

**Februar 1982:** Wechsel vom bisherigen Spitzenverband Bayerisches Rotes Kreuz zum Landesverband der Arbeiterwohlfahrt.

**September 1985:** Eröffnung der Schreinerei Werkstatt Pronova mit elf tariflich bezahlten Arbeitsplätzen. Ziel: Die berufliche Wiedereingliederung von psychisch kranken Bürgern.

**März 1986:** Eröffnung der Therapeutischen Wohngemeinschaft in München-Haidhausen, Seeriederstraße mit sechs Plätzen. Ziel: Schaffung einer Umgebung für Menschen mit psychischen Problemen, in der sie wieder eine Beziehung zum normalen gesellschaftlichen Leben aufbauen können.

**März 1986:** Im Rahmen des Modellprojekts „Betreuung psychisch Behinderter bei beruflichen Schwierigkeiten“ nimmt die erste „Arbeitsassistentin“, als einzige in Oberbayern und eine von sieben in ganz Bayern, im SpDi Giesing ihre Arbeit auf. Dieses von Max Weber initiierte Projekt hat das Ziel, psychisch Behinderte bei beruflichen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu betreuen und bei der Arbeitssuche zu unterstützen.

**Juli 1987:** Im Sozialpsychiatrischen Dienst Perlach wird ein Sozialpädagoge mit dem Auftrag eingestellt, ein Konzept zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung in Ramersdorf zu entwickeln.

**Januar 1989:** Abschluss eines Kooperationsvertrages mit der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband München-Land, um eine Außenstelle des SpDis Pasing in Planegg aufzubauen. Die Außenstelle wird kurz darauf eröffnet.

**Januar 1989:** Entwicklung einer Konzeption für eine Sozialpsychiatrische Klinik in Gauting. Dieses Vorhaben scheitert schließlich, weil die Eigentümerin des Gebäudes, die Landesversicherungsanstalt für Angestellte Oberbayern, eine solche Nutzung ablehnt.

**Juli 1990:** Der Gerontopsychiatrische Dienst München-Ramersdorf nimmt die Arbeit auf. Er ist der erste Dienst in Bayern und einzige seiner Art in einer deutschen Großstadt.

**Juli 1990:** Das Modell Psychiatrische Familienpflege beginnt.  
Ziel: Vermittlung und Betreuung von Langzeitpatienten aus den Bezirkskrankenhäusern in Familien.

**Juli 1990:** Das Modellprojekt „Arbeitsassistent“ ist abgeschlossen und hat sich bewährt. Es soll auf alle SpDis in Bayern ausgedehnt werden.

**Oktober 1990:** Der Verein erwirbt mit Hilfe von Aktion Mensch ein Haus in Bayerisch Gmain und eröffnet die erste therapeutische Wohngemeinschaft in eigenen Räumen.

**Oktober 1991:** Eröffnung der Druckerei PROJEKT PRINT mit neun tariflich bezahlten Arbeitsplätzen für psychisch kranke Bürger.

**Januar 1993:** Zum ersten Mal in der Vereinsgeschichte muss ein Dienst abgegeben werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst Kronach-Lichtenfels wechselt in die Trägerschaft des Bezirksverbandes Ober- und Mittelfranken der Arbeiterwohlfahrt.

**Januar 1993:** In München-Haidhausen eröffnet die dritte therapeutische Wohngemeinschaft des Vereins. Sechs psychisch erkrankte Menschen, die noch nicht in der Lage sind in einer eigenen Wohnung zu leben, ziehen hier ein.

**Mai 1994:** Die erste stationäre Einrichtung des Vereins öffnet ihre Tore in der Schwanseestraße, München-Giesing. Durch die Auflösung des Langzeitbereiches im Bezirkskrankenhaus Haar war die Schaffung von Wohn- und Lebensmöglichkeiten für chronisch psychisch kranke Menschen notwendig geworden. So ziehen im Mai 1994 zwölf psychisch kranke Frauen und Männer, die Jahrzehnte im Bezirkskrankenhaus Haar gelebt hatten, in die Langzeitwohngruppe Schwanseestraße ein. Die Langzeitwohngruppe orientiert sich in ihrer Arbeitsweise an ambulanten

Konzepten und will den BewohnerInnen eine Zuhause geben und sie zu einer selbstständigen Lebensgestaltung außerhalb der Klinik befähigen.

**Dezember 1994:** Der Sozialpsychiatrische Dienst München-Land-Süd nimmt in Ottobrunn seinen Betrieb auf. Mit Hilfe der Aktion Mensch und einigen Gemeinden des Landkreises können verkehrsgünstig gelegene Räume erworben werden. Der Dienst ist zuständig für den südlichen Landkreis München.

**Juli 1995:** In den Räumen der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e. V. in Waldkraiburg startet der Gerontopsychiatrische Dienst Mühldorf. Dem Verein gelingt es nach hartem Ringen mit anderen potentiellen Trägern und dem Bezirk Oberbayern erstmals einen solchen Dienst in einem Landkreis in Oberbayern zu installieren.

**Juli 1995:** Zwölf psychisch erkrankte Menschen ziehen aus dem Bezirkskrankhaus Haar in die zweite Langzeitwohngruppe des Vereins am Plievierpark, München-Perlach, ein.

**Februar 1996:** In der Gravelottestraße, München-Haidhausen, schafft der Verein zusammen mit dem Kreisverband München-Stadt der Arbeiterwohlfahrt ein Wohnprojekt für psychisch erkrankte wohnungslose Männer und Frauen. Das Projekt macht dieser Personengruppe ein Wohnangebot mit sozialpsychiatrischer Betreuung. Ziel ist die Vermittlung in eigene Wohnungen, betreute Wohngruppen oder andere Wohnformen.

**Dezember 1996:** Mit einer großzügigen, zweckgebundenen Spende einer Klientin und der Unterstützung der Aktion Mensch erwirbt der Verein den „Tiroler Hof“ in Bad Reichenhall. Nach dem Umbau des Hauses werden dort Räume für den Sozialpsychiatrischen Dienst Berchtesgadener Land, vier Appartements für das Betreute Einzelwohnen und ein Café für die neue Tagesstätte geschaffen. Tagesstätte und Café starten

im Oktober 1997. Im Café werden Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen eingerichtet.

**März 1997:** In der Gautinger Straße in Starnberg wird die Therapeutische Wohngemeinschaft Starnberg eröffnet. Aufgrund der Initiative des Kreisverbandes der Arbeiterwohlfahrt Starnberg finden dort sechs psychisch kranke Menschen Platz.

**Oktober 1997:** Aufnahme des Betriebes der Tagesstätte Starnberg. Ebenfalls in der Gautinger Straße finden psychisch erkrankte Menschen tagsüber Unterstützung. Hier können sie Kontakt knüpfen, ihre Freizeit miteinander verbringen oder sich auf den Wiedereinstieg ins Berufsleben vorbereiten.

**Januar 1998:** Eröffnung der Tagesstätte Ottobrunn.

**August 1999:** Der Verein kann einen großen Erfolg verbuchen. Denn der Bezirk Oberbayern und die Stadt München finanzieren drei weitere gerontopsychiatrische Dienste in München. Der GpDi West wird in der Trägerschaft des Projektevereins geführt. Durch ein wegweisendes Konzept hatte der Verein 1990 die Grundlage für die ambulante Versorgung von psychisch kranken alten Menschen in München geschaffen.

**September 1999:** Im Sozialpsychiatrischen Dienst Planegg stellt der Verein die erste Gerontopsychiatrische Fachkraft ein. Der Bezirk Oberbayern will auf diese Weise die ambulante Versorgung psychisch kranker alter Menschen auch in den Landkreisen verbessern. Im März 2000 folgt der Sozialpsychiatrische Dienst Berchtesgadener Land und im Juli 2001 der SpDi Ottobrunn.

**Februar 2000:** Nach fünfjähriger Planung kann die lang erhoffte und gewünschte Tagesstätte in Pasing in ihrem vorläufigen Domizil Josef-Lang-Straße mit ihrer Arbeit beginnen. Aber es dauert noch einmal anderthalb Jahre bis das bereits 1995 vorgesehene Gebäude der Stadt München, in der Lützwowstraße 1

bezogen werden kann. Ein Wesensmerkmal des Projektvereins, seine Beharrlichkeit und Ausdauer, hatte sich wieder einmal bezahlt gemacht.

**Juli 2000:** Die Therapeutische Wohngemeinschaft Oskar-Maria-Graf-Ring wird eröffnet. Ehemalige BewohnerInnen des Wohnprojekts Gravelottestraße, in dem der Aufenthalt befristet ist, können sich hier weiter stabilisieren.

**Dezember 2000:** Der Verein erwirbt den Tiroler Hof II in Bad Reichenhall. Das Vorhaben wird wieder von der Aktion Mensch sowie dem Landkreis Berchtesgadener Land, der Stadt Reichenhall und der Volks- und Raiffeisenbank Berchtesgadener Land unterstützt. Der Bezirk Oberbayern sichert die Finanzierung eines Langzeitwohnprojekts, eines Zuverdienstprojekts und der Erweiterung der Tagesstätte um fünf Plätze zu. Das Gebäude muss vollständig saniert und umgebaut werden. Unser Architekt Karl Sorge schafft dies mit großem Erfolg. Im Oktober 2002 können die BewohnerInnen einziehen und das Zuverdienstprojekt beginnen.

**Januar 2002:** Der „Betreuungsverein für Münchner Bürgerinnen und Bürger“ geht in die Trägerschaft des Projektvereins über. Die MitarbeiterInnen übernehmen die rechtliche Betreuung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, einer seelisch oder geistigen Behinderung oder einer Alterserkrankung. Menschen also, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln. Die Gewinnung, Schulung und Begleitung von ehrenamtlichen BetreuerInnen gehört ebenfalls zum Aufgabengebiet der MitarbeiterInnen.

**Januar 2002:** Die beiden Integrationsfirmen des Projektvereins, die Werkstatt Pronova und PROJEKT PRINT, werden in einen eigenen Verein, Perspektive e. V., ausgegliedert.

**Juli 2002:** Das jüngste Projekt des Vereins, der Gemeindepsychiatrische Krisendienst München-Ost beginnt mit seiner Arbeit.

Dieses Datum markiert einen weiteren Meilenstein in der Geschichte des Vereins. Bereits 1992 hatte sich der Verein zusammen mit allen Wohlfahrtsverbänden in München für einen solchen Krisendienst engagiert. Zusammen mit den anderen Trägern der sozialpsychiatrischen Versorgung im Münchner Sektor Ost, der Universitätsklinik Rechts der Isar und dem Bezirkskrankenhaus Haar, Sektor Ost und der finanziellen Unterstützung des Bezirks Oberbayern und der Stadt München konnte unser Verein eine Lücke schließen, die von Angehörigen und Betroffenen immer wieder beklagt worden war. Der Krisendienst Ost ist neben dem Krisenzentrum Atriumhaus und dem Krisendienst Süd ein weiterer Baustein der Krisenversorgung für ganz München.

## Statistik 1978 - 2002

### Beratung

Betreute Klienten:	1978-2002	32.890
Aktivitäten:	1992-2002	10 Jahre
Beratungen im Dienst		88.263
Hausbesuche		34.880
Klinikbesuche		6.617
Ausführliche Kontakte mit und für KlientInnen		59.323
Kriseninterventionen		6.247
Gesamt		195.330

### Betreutes Wohnen

	Stand 2002	BewohnerInnen
Therapeutische Wohngemeinschaften		35
Betreutes Einzelwohnen		65
Langzeitwohngruppen		60
Wohnprojekt für Wohnungslose		57
Gesamt		217

## Arbeit

	MitarbeiterInnen
Werkstatt Pronova	37
Projekt Print	20
Zuverdienst	6

## Tagesstruktur

Tagesstätten:	80

## MitarbeiterInnen

	Stand 2002	144
Aufgebrachte Eigenmittel:		ca. 3.500.000,00 €

## **Geschäftsstelle**

Peschelanger 11  
81735 München  
Tel. (0 89) 67 10 01  
Fax (0 89) 6 25 48 93  
E-Mail: geschaeftsstelle@  
projekteverein.de

## **Beratung**

Sozialpsychiatrische Dienste  
Integrationsfachdienste,  
Betreutes Einzelwohnen:

### **München-Perlach**

Peschelanger 11  
81735 München  
Tel. (0 89) 67 10 51  
Fax (0 89) 6 78 98 45  
E-Mail: spdi.perlach@  
projekteverein.de  
E-Mail: ifd.perlach@  
projekteverein.de

### **München-West**

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

## **München-Giesing**

Pilgersheimer Straße 32  
81543 München  
Tel. (0 89) 65 20 21  
Fax (0 89) 65 01 93  
E-Mail: spdi.giesing@  
projekteverein.de  
E-Mail: ifd.giesing@  
projekteverein.de

## **Planegg**

Bahnhofstraße 7  
82152 Planegg  
Tel. (0 89) 89 97 90 80  
Fax (0 89) 85 90 20 73  
E-Mail: spdi.planegg@  
projekteverein.de  
E-Mail: ifd.planegg@  
projekteverein.de  
E-Mail: bew.planegg@  
projekteverein.de

## **München-Land-Süd**

Ludwig-Thoma-Straße 46  
85521 Ottobrunn  
Tel. (0 89) 60 50 54  
Fax (0 89) 60 50 12  
E-Mail: spdi.m-land-sued@  
projekteverein.de  
E-Mail: bew.m-land-sued@  
projekteverein.de

### **Berchtesgadener Land**

Anton-Winkler-Straße 3a  
83435 Bad Reichenhall  
Tel. (0 86 51) 6 56 33  
Fax (0 86 51) 98 43 03  
E-Mail: spdi.bgl@  
projekteverein.de  
E-Mail: ifd.bgl@  
projekteverein.de  
E-Mail: bew.bgl@  
projekteverein.de

### **Gemeindepsychiatrischer Krisendienst München-Ost**

Bereiteranger 7  
81541 München  
Tel. (0 89) 18 91 23 45  
Fax (089) 54 84 88 00  
E-Mail: krisendienst.ost@  
projekteverein.de

### **Gerontopsychiatrische Dienste**

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

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

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

### **Betreutes Wohnen**

#### **Therapeutische Wohngemeinschaften**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Wohnprojekt**  
**Gravelottestraße**  
Gravelottestraße 12  
81667 München  
Tel. (0 89) 4 58 32-2 21  
Fax (0 89) 4 58 32-2 05  
E-Mail: wp.gravelotte@  
projekteverein.de

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

## Tag es s t r u k t u r

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

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

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

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

**Betreuungsverein  
Münchner Bürgerinnen  
und Bürger**  
Gravelottestraße 8  
81667 München  
Tel. (0 89) 63 02 30-0  
Fax (0 89) 63 02 30-12

## Arbeit

### Café Harlekin

Anton-Winkler-Straße 3a  
83435 Bad Reichenhall  
Tel. (0 86 51) 81 38  
Fax (0 86 51) 98 43 03

### Zuverdienstprojekt Bad Reichenhall

Tiroler Straße 12  
83435 Bad Reichenhall  
Tel. (0 86 51) 7 16 98 56  
Fax (0 86 51) 7 16 98 55  
E-Mail: zuverdienst.bgl@  
projekteverein.de

(seit 01.01.2002: Perspektive e.V.)

### Schreinerei

#### Werkstatt Pronova

Ständlerstraße 43  
81549 München  
Tel. (0 89) 6 80 86 18-0  
Fax (0 89) 68 40 43  
eMail: info@  
werkstatt-pronova.de

### Druckerei

#### PROJEKT PRINT

St.-Wolfgangs-Platz 11  
81669 München  
Tel. (0 89) 1 29 60 46  
Fax (0 89) 1 23 71 89  
E-Mail: kontakt@  
projekt-print.de

## Impressum

### Vorstand:

Jürgen Salzhuber, Vorstandsvorsitzender  
Horst Reiter (bis 30.06.2002)  
Dr. Helmut Waldmann (ab 14.01.2003)  
Johannes Schardt  
Dr. Götz Zilker  
Isolde Zins

### Kontrollrat:

Kaspar Apfelböck  
Max Weber  
Paul Woldt

### Geschäftsführung:

Michael Mauerer-Mollerus (bis 30.06.2002)  
Horst Reiter (ab 01.07.2002)

### Vereinsregister:

Amtsgericht München Nr. 8185 von 30.10.1973

Gemeinnützig anerkannt bei:  
Finanzamt München Nr. 844-28900

### Mitgliedschaft:

Korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt  
Landesverband Bayern e. V.

**Bankkonten:**

Bank für Sozialwirtschaft Kto.-Nr. 6 852 500 BLZ 700 205 00  
Postbank München Kto. 165 069-805 - BLZ 700 100 80

**Adresse:**

Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e. V.  
Peschelanger 11, 81735 München  
Tel. (0 89) 67 10 01  
Fax (0 89) 6 25 48 93

**Verantwortlich im Sinne des Presserechts:**

Horst Reiter

**Redaktion:**

Renate Eder  
Büro Text  
Görresstraße 33, 80798 München, Telefon: (0 89) 52 30 47-0

**Fotos:**

Bärbel Mießner  
Regina Besch  
Karl Ziegler

**Gestaltung und Druck:**

PROJEKT PRINT Satz & Druck, München

---

\* Name geändert