

Fachveranstaltung der PSAG

**Thema: Menschen mit
Doppeldiagnosen, schwer
psychisch erkrankte Menschen**

15. Juni 2022, 08:30 – 15:00 Uhr
im AWO Kulturhaus Babelsberg

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Landeshauptstadt Potsdam

PSAG

% Chill out e.V.
Friedrich-Engels-Str. 22
14473 Potsdam

psag@chillout-pdm.de
0331 287 912 58,

Tagesordnung

- 08:30 Uhr Anmeldung und Ankommen
- 09:00 Uhr Begrüßung durch den Sprecher*innenrat
- 09:05 – 09:35 Uhr Fachvortrag zu Menschen mit Doppeldiagnosen – eine psychiatrische Perspektive und Einordnung (Personenkreis, Diagnosen, Verlauf, Daten, Fakten)
- 09:35 – 10:05 Uhr Fachvortrag zu einem Angebot – eine praktische Perspektive – Chancen, Möglichen und Herausforderungen
- 10:05 – 10:30 Uhr Einführung in die Workshops mit der Leitfrage:
„Was brauchen die Menschen in den verschiedenen Lebensbereichen, um diese nutzen zu können und teilhaben zu können?“
- 10:30 – 11:00 Uhr Kaffeepause
- 11:00 – 12:30 Uhr Workshops:
1) Wohnen
2) Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
3) Teilhabe am beruflichen Leben
4) Themenfeld Vernetzung und Kooperation
- 12:30 – 13:15 Uhr Mittagspause mit kleinen Snacks und Getränken
- 13:15 – 14:45 Uhr Vorstellung der Workshop-Ergebnisse (pro Workshop 10 min) und Fishbowl-Diskussion
- 14:45 – 15:00 Uhr Ausblick und Verabschiedung durch den Sprecher*innenrat



PSAG der Landeshauptstadt Potsdam - Sprecher*innenrat

Gudrun Braksch Christian Petatz Katharina Tietz Eiken-Carina Magnussen
Gudrun.Braksch@awo-potsdam.de christian.petatz@creas-online.de k.tietz@chillout-pdm.de PsychiatrischeKoordinatorin@redhaas-potsdam.de

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Landeshauptstadt Potsdam

PSAG

% Chill out e.V.
Friedrich-Engels-Str. 22
14473 Potsdam

psag@chillout-pdm.de
0331 287 912 58,

Details zu den Workshops (11:00 – 12:30 Uhr)

Grundsätzliches

- Dokumentation aus der Gruppe
- Grundlage der Dokumentation ist ein vorbereitetes Flipchart

Leitfrage:

„Was brauchen die Menschen in den verschiedenen Lebensbereichen, um diese nutzen zu können und teilhaben zu können?“

Zugang, Inhalt und Ausgestaltung, Hindernisse/
Herausforderungen

Unterfragen:

- Wie muss der Zugang optimal gestaltet sein?
- Welche Inhalte und Rahmenbedingungen sollten bestmöglich vorhanden und wie sollten diese gestaltet sein?
- Was sind mögliche Faktoren, was die Teilhabe für die Menschen erschwert bzw. fördert?

1) Wohnen

- Moderation: n.n.
- Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe

2) Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

- Moderation: n.n.
- TN Sprecher*innenrat: Fr. Braksch

3) Teilhabe am beruflichen Leben

- Moderation: n.n. (Fr. Honig wird angefragt, FF: Fr. Braksch)

4) Themenfeld Vernetzung und Kooperation

- Moderation: n.n.

PSAG der Landeshauptstadt Potsdam - Sprecher*innenrat

Gudrun Braksch Christian Petatz Katharina Tietz Eiken-Carina Magnussen
Gudrun.Braksch@awo-potsdam.de christian.petatz@creas-online.de k.tietz@chillout-pdm.de PsychiatrischeKoordinatorin@redhaas-potsdam.de

Begrüßungen



Frau Braksch (AWO und
PSAG Sprecher*innenrat)

Frau Magnussen
(Psychiatriekoordination und
PSAG Sprecher*innenrat)

Herr Schultz
(Moderation)

Begrüßung durch den Sprecher*innenrat – Frau Braksch (AWO Bezirksverband e.V.)

„Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

im Auftrag des Sprecherrates der PSAG begrüße ich Sie ganz herzlich zu unserer heutigen Fachveranstaltung, die das Thema „Menschen mit Doppeldiagnosen, schwer psychisch kranke Menschen“ hat.

Mit unserer heutigen Fachveranstaltung gehen wir in der PSAG Potsdam neue Wege. Nachdem die bisherige Arbeit, der Nutzen und die Wirkung der PSAG in Potsdam oft Fragen aufgeworfen hat, haben wir in einem partizipativen Prozess mit den Mitgliedern der PSAG Potsdam andere Formen der Zusammenarbeit verabredet. Dazu gehört die heutige Fachveranstaltung, die wir voraussichtlich jährlich zu einem aktuellen Fachthema, welches wir gemeinsam mit Ihnen festlegen werden, durchführen wollen. Die Auswertung des heutigen Tages wird zeigen, ob wir auf dem richtigen Weg sind. Aber auch andere Formen der Kommunikation, mehr in Richtung digitalen Austausch, wollen wir zukünftig ausprobieren.

Wir freuen uns heute sehr über die zahlreiche Teilnahme und das Interesse an unserem Thema. Zeigt es doch, wie wichtig es in Potsdam ist, Wege und Angebote zu finden, um Menschen mit Doppeldiagnosen und schwerst psychisch kranken Menschen, die in Potsdam leben, eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am beruflichen Leben sowie ein Wohnangebot, das den Bedürfnissen der Menschen entspricht, zu ermöglichen.

Mit unserer Veranstaltung, den Referaten, den Workshop`s und den Ergebnissen der Workshop`s leisten wir einen Beitrag zur Weiterentwicklung und zukünftigen Gestaltung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Potsdam.

Wir sind gespannt auf die heutigen Ergebnisse und wünschen Ihnen und uns eine erfolgreiche Veranstaltung.“

Nachfolge Sprecher*innenrat

- Frau Braksch legt ihre Funktion im Sprecher*innenrat aufgrund von Eintritt in den Ruhestand nieder
- Frau Honig stimmt einer offenen Wahl zu
- Frau Honig (AWO „Inklusionslots*innen“ und „Netzwerk Arbeit Inklusiv“) wird einstimmig (8 Ja Stimmen, 0 Nein-Stimmen und 0 Enthaltung) als Nachfolgerin in den PSAG-Sprecher*innenrat gewählt

Fachvortrag zu Menschen mit Doppeldiagnosen – eine psychiatrische Perspektive und Einordnung (Personenkreis, Diagnosen, Verlauf, Daten, Fakten)

Dr. med. Georg Freytag

(Oberarzt Ernst von Bergmann Klinikum,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie)



Doppeldiagnosen – schwer psychisch erkrankte Menschen

Eine psychiatrische Einordnung und Perspektive

Frau B.: schwer doppelt erkrankt

- EvB ab 2005: initial Diazepam-Entzug, bald Verlegung in die Allgemeinpsychiatrie (BPS im Vordergrund)
- Über Jahre ausschließlich unfreiwillige Behandlungen
- Schweres SVV, wiederholte Fixierungen, ausgeprägte Essstörung
- Entlassung mit Rasierklinge erpresst, Sicherheitsnadeln unter der Haut, Rasierklingen schlucken, Intoxikationen auf der Station
- Sehr hohe psychopathologische Belastung + schwere Suchterkrankung mit Delirien und Entzugsanfällen
- anhaltend hoher komplexer Hilfebedarf („Systemsprengerin“)

Gliederung

1. Doppeldiagnosen allgemein
2. Psychose + Sucht; Persönlichkeitsstörung + Sucht
3. Sequentielle vs. integrative Behandlung
4. Konsequenzen für unsere Versorgungsregion? („Systemsprenger“)

Doppeldiagnose

- Verwendung des Begriffs seit den 80ern in heutiger Bedeutung (bezeichnete zuvor Psychische Störung + Geistige Behinderung)
- Def: gemeinsames Auftreten von Suchterkrankung und psychischer Störung
- Keine Aussage über den Schweregrad
- Psychische Störungen:
 - affektive Störungen
 - Angststörungen
 - psychotische Störungen
 - Persönlichkeitsstörungen

Substanz-induzierte Störung vs. Doppeldiagnose

- Symptome klingen bei gesicherter Abstinenz innerhalb von 4 Wochen ab → Substanz-induzierte Psychose
- Symptome persistieren > 4 Wochen nach akuter Intoxikation oder Entzug (bei gesicherter Abstinenz) → Doppeldiagnose
- Verschlechterung einer vorbestehenden psychischen Störung durch Substanzkonsum → Doppeldiagnose

Psychische Störung und Sucht

Psychische Störung tritt als direkte Folge von Substanzkonsum auf und bildet sich spätestens nach mehrwöchiger Abstinenz zurück

Substanzintoxikation
Substanzentzug
Substanzinduzierte Störung

Psychische Störung bestand vor Substanzkonsum, bleibt trotz mehrwöchiger Abstinenz bestehen oder wird indirekt infolge psychosozialer Veränderungen gefördert oder ausgelöst

Doppeldiagnose

Epidemiologie

- Bei ca. einem Drittel der von einer psychischen Störung Betroffenen findet sich auch eine Substanzstörung (Prävalenz höher im stationären Setting)
- Lebenszeitprävalenz für
 - psychische Störungen ges.: 22,5% (darunter 29% Doppeldiagnosen)
 - psychische Störungen ohne Substanzstörung: 16,2%
 - Alkoholstörung 13,5% (davon 45% zus. Drogen und/oder psychische Störung)
 - Drogenstörung 6,1% (davon 72% zus. Alkohol und/oder psychische Störung)
 - Ein Drittel mit Alkohol- und die Hälfte mit Drogenstörungen leiden irgendwann im Leben auch unter einer psychischen Störung

Quelle: Epidemiologic catchment area study (ECA) des NIMH, 1990

Verlauf und Prognose

- Prognose wesentlich abhängig von der Schwere beider Störungen
- DDP weisen schlechtere Krankheitsverläufe auf
 - Hohe Rückfallraten
 - Häufige Hospitalisationen
 - Finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten
 - Neigung zur Gewalttätigkeit
 - Höheres Suizidrisiko
- Trotz höherer Inanspruchnahme des Versorgungssystems deutlich schlechteres Outcome
- Abwechselnde Behandlung für Substanz- und psychische Störung („Ping-Pong“) ohne anhaltende Verbesserung

Psychotische Störungen und Sucht: Epidemiologie

- klinischer Eindruck: Zunahme in den letzten 30 Jahren, aber: durch epidemiologische Studien nicht belegt (Sensibilisierung?)
- ECA Studie 1990: für Pat. mit Psychose Lebenszeitprävalenz von Suchterkrankungen bei 47%, wiederholt bestätigt
- Hohe Prävalenzraten für Suchtstörungen bereits bei psychotischer Erstmanifestationen (v.a. Alkohol und Cannabis, auch Stimulanzien)
- Risikofaktoren für Suchtentwicklung bei Psychose: männliches Geschlecht, junges Alter, niedriges Ausbildungsniveau, Impulsivität, sensation seeking (gilt nicht nur für DDP)

Psychose + Sucht: Störungsmodelle

Modelle der sekundären Suchtentwicklung

- Selbstmedikationshypothese (gezielte Verwendung von Substanzen gegen Symptome)
- Affektregulationsmodell (ungezielter Einsatz gegen diffuse negative Affektzustände)
- Social-drift (vermehrter Konsum als Folge eines sozioökonomischen Abstiegs)

Modelle der sekundären Psychoseentwicklung

- Psychose-Induktion durch Konsum (Halluzinogene, Stimulanzien; früher, intensiver Konsum von hochpotentem Cannabis)

Zwischenposition:

- Supersensitivitätsmodell (primäre Vulnerabilität; Komplikationen bereits bei geringer Konsummenge)

Psychose + Sucht: klinische Charakteristika

- Durchschnittlich ungünstigerer Verlauf in Vielzahl von Studien bestätigt
 - Mehr Rückfälle, häufigere Notfallaufnahmen im Krankenhaus
 - Geringere Adhärenz, mehr Schwankungen in der Medikation, intermittierend hohe Antipsychotika-Dosierungen
 - Mehr extrapyramidale Nebenwirkungen einschl. Spätdyskinesien
 - Mehr finanzielle und familiäre Probleme, schlechtere Wohnverhältnisse, Obdachlosigkeit
 - Häufiger aggressiv-gewalttätiges Verhalten, Inhaftierungen, forensische Unterbringungen
 - Mehr Suizidversuche und Suizide

Persönlichkeitsstörungen (PKS)

- Modell: sekundäre Abhängigkeitsentwicklung bei primärer PKS
- Cluster B: krisenhafte Zustände mit unerträglichen Emotionen (Angst, Wut, Hilflosigkeit, Ohnmacht) → Konsum von Substanzen zur Stressdämpfung und Regulierung negativer und schmerzhafter Emotionen
- Borderline-Störung: Prävalenz 10% in ambulanter und 15-25% (?) in stationärer Versorgung, häufigste PKS in klinischen Populationen
- Borderline-Störung: komorbid Alkohol 49%, Drogen 38%

Störungsmodell bei Borderline-Störung



Persönlichkeitsstörungen

- Sucht + PKS:
 - früher entstehende Suchtproblematik, jüngeres Alter bei Eintritt in suchtspezifische Behandlung
 - häufigerer Konsum illegaler Substanzen
 - mehr soziale Probleme
 - geringere psychosoziale Funktionsfähigkeit
- hohe Komorbidität zwischen Suchterkrankung und PKS (insbes. Borderline und APS), häufig mit schwerer Suchtproblematik und ungünstigerem Verlauf verbunden

Behandlung

Sequentielle vs. integrative Behandlung von DDP

Traditionelle Hilfeangebote

- sequentieller Ansatz („erst die Sucht, dann die psychische Erkrankung“) wenig erfolgreich
- Barrieren: konfrontativ-fordernder Kommunikationsstil, Motivationsnachweis als Aufnahmebedingung, starre Regeln → Betroffene fallen durch die Maschen
- unterschiedliche/ konträre Strategien von Allgemeinpsychiatrie (schützend, fürsorglich) und Suchtkrankenhilfe (Betonung von Eigenverantwortung; konfrontativ)
- Überforderung: Mangel an Therapieangeboten und Fachwissen für beide Störungen
- Ergebnis: Ping-Pong oder gar keine Behandlung

Suchttherapie

- Konfrontierend
- Fordernd
- Realitätsnähe
- Gruppenorientiert
- Keine Medikation
- Strikte Abstinenzforderung
- Systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums

Psychosebehandlung

- Gewährnd und beschützend
- Fürsorglich
- Schutz vor Überforderung
- Individuumszentriert
- Langfristige medikamentöse Prophylaxe
- Substanzkonsum ist Nebenthema oder toleriert
- Sporadische Überwachung oder Tolerierung des Suchtmittelkonsums

Integrative Behandlung bei DDP

- möglichst gleichzeitige Therapie beider Störungen
- multiprofessionelles Therapeutenteam
- Setting: ambulant, teilstationär, stationär
- niedrigschwelliger Zugang
- realistische Zielsetzungen: in vielen Fällen keine dauerhafte Abstinenz
- Planung individuell und flexibel, abhängig vom aktuellen Befinden und Ausmaß der psychischen Symptomatik
- oft langfristige Behandlung erforderlich
- wenig(er) konfrontativ

integratives Behandlungssetting

langfristige und zeitgleiche Therapie komorbider Störungen

Beziehungsaufbau und Motivation

- ◆ respektvolle, nicht wertende und emphatische Haltung
- ◆ Vermittlung von Sicherheit und Beziehungskonstanz
- ◆ Anwendung geeigneter Instrumente zur Motivationsförderung¹

Diagnostik und Zielvereinbarung

psychotherapeutische Interventionen

- ◆ zielorientiert
- ◆ stadiengerecht
- ◆ störungsspezifisch, an die Situation des Patienten angepasst

- ◆ flexible und individuelle Behandlungsgestaltung

¹ wie motivierende Gesprächsführung und Kontingenzmanagement

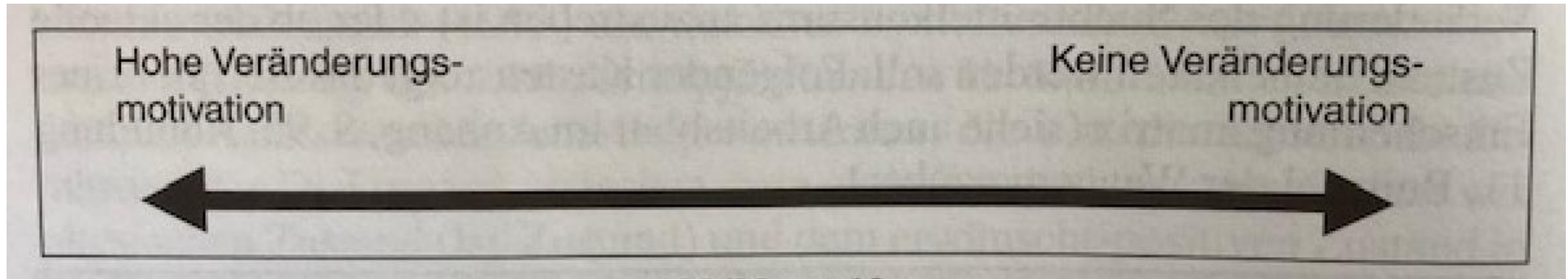
Psychose + Sucht: Therapie

- Traditionelles, sequentielles Modell: erst Stabilisierung der Psychose, dann Suchtrehabilitation
- *Integrierte* Behandlung gemäß aktueller Studienlage erste Wahl: niedrigschwellige, längerfristige Maßnahmen (schwerpunktmäßig ambulant, multiprofessionelle, z.T. aufsuchend)
- Erstes Ziel: in der Therapie halten im Sinne der *harm reduction*
- Zweites Ziel: Stärkung von Abstinenzmotivation und -zuversicht;
- Integrierte Behandlung empfohlen in NICE und S3-LL Schizophrenie

Psychose + Sucht: Therapie

- Basis: Pharmakotherapie, Psychoedukation, Motivationsbehandlung
- Stadiengerechte Interventionen: bei noch geringer Motivation zunächst motivationale und psychoedukative Elemente
- Erst in fortgeschrittenen Behandlungsstadien Training abstinenbezogener Skills (Erkennen und Vermeiden von Risiko), sozialer Fertigkeiten, Problemlösefertigkeiten.
- Familieninterventionen (Psychoedukation, Kommunikationstraining); ggf. Selbsthilfegruppen

Veränderungsmotivation kein stabiler Zustand bzw. kein Persönlichkeitsmerkmal, sie muss kontinuierlich überprüft und ggf. wieder aufgebaut werden.



Effektivität integrierter Therapie Psychose + Sucht

- Intensive stationäre Krankenhausprogramme mit Abstinenzgebot, mehreren Therapiestunden pro Tag und einer Dauer von Wochen bis zu einem halben Jahr: hohe Drop-out-Raten, nach Therapie-Beendigung sehr hohe Rückfallraten innerhalb weniger Monate
- Vorteil für niedrigschwellige, motivationsbasierte ambulante Programme: insbes. niedrige Drop-out-Raten; 50% der DDP mit allmählicher Abnahme der Konsummenge und Psychose-Stabilisierung, weniger Notfallvorstellungen und stationäre Aufnahmen
- Unverändert schwierig zu behandelnde Patientengruppe. Ein Viertel profitiert praktisch nicht. In vielen Fällen *harm reduction*.

Frau B.: aktuelle Situation

- elektive Aufnahmen statt richterlicher Unterbringungen
 - nur noch sehr selten lebensbedrohliche Krisen
 - Entwicklung neuer Ziele (zeitweilige Abstinenz, insbes. aus Sorge um die körperliche Gesundheit)
 - Keine Entwöhnungsbehandlung in Sicht → Intervallbehandlung und längere Verweildauer
- Wirkfaktoren?
- Beziehung: „Frau B. hat über die Jahre Vertrauen gefasst. Auch das Team ist gelassener geworden. Wir sind mit einander erwachsen geworden wie ein altes Ehepaar.“
 - realistische Behandlungsziele (Schadensbegrenzung; Überlebenssicherung)
 - Arbeit mit Behandlungsvereinbarungen (Individualisierung),
 - vergleichsweise enge und verlässliche Zusammenarbeit zwischen Wohneinrichtung und Klinik (stationär + PIA) über mehrere Jahre;
 - stabile Wohnsituation: Frau B. darf trotz Alkoholkonsums in ihrer Wohneinrichtung leben

Anhang

Borderline-Störung + Sucht: Frau B.

- Erstkontakt im EvB um 2005 zum Diazepam-Entzug, rasche Verlegung in die Allgemeinpsychiatrie aufgrund im Vordergrund stehender BPS
- Über Jahre ausschließlich unfreiwillige und komplikationsreiche Behandlungen: schweres selbstverletzendes Verhalten (tiefe Schnittverletzungen, klaffender Oberschenkel, Kopf gegen die Wand schlagen), Fixierungen mit Schultergurt, ausgeprägte Essstörung mit Gewichtsschwankungen
- 2009 Umzug der Station, danach „alte“ Mitarbeiter akzeptiert, die jungen herausgefordert (mit Rasierklinge vor der Tür gestanden und die E gefordert); noch immer Sicherheitsnadeln unter der Haut, Rasierklängen schlucken, Intoxikationen auf der Station;
- Zusammengefasst: sehr hohe psychopathologische Belastung einerseits, schwere Suchterkrankung mit Delirien und Entzugsanfällen andererseits
- Frau B. als „Systemsprengerin“, anders formuliert: anhaltend hoher individueller/ komplexer Hilfebedarf
- Aktuelle Situation: Frau B. hat über die Jahre Vertrauen gefasst. Auch das Team ist gelassener geworden; „mit einander erwachsen geworden wie ein altes Ehepaar“; elektive Aufnahmen statt richterlicher Unterbringungen, nur noch sehr selten lebensbedrohliche Krisen; die Pat. entwickelt neue Ziele (zeitweilige Abstinenz, insbes. aus Sorge um die körperliche Gesundheit); eine Entwöhnungsbehandlung traut sich Frau B. unverändert nicht zu (kennt die Mitarbeiter ja nicht) → individuell angepasstes Behandlungsangebot mit Intervallbehandlung und längerer stationärer Verweildauer

Was war wichtig?

- realistische Behandlungsziele (Schadensbegrenzung; Überlebenssicherung)
- die Arbeit mit Behandlungsvereinbarungen (Individualisierung),
- vergleichsweise enge und verlässliche Zusammenarbeit zwischen Wohneinrichtung und Klinik (stationär; integrierte PIA) über mehrere Jahre;
- stabile Wohnsituation: Frau B. darf trotz Konsums in ihrer Wohneinrichtung leben

Diagnosen

Affektive Störungen

- Ausgeprägte und über Tage bis mehrere Wochen anhaltende Veränderung der Stimmungslage, begleitet von einem (hypo-) manischen oder depressiven Syndrom
- Hohe Prävalenz der Komorbidität Substanzkonsum/ Affektive Störung
- Substanzinduzierte Depression häufiger als primäre Depression (?)

Angststörungen

- Angstsymptome und Vermeidungsverhalten
- Panikstörung + GAS: Angst als dominantes Symptom
- Phobien: Vermeidungsverhalten
- Neben Depressionen gehen Angststörungen am häufigsten mit Substanzstörungen einher (bes. Alkohol/ Sedativa), oft Entwicklung eines Teufelskreises

Persönlichkeitsstörungen

- tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen
- deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Fühlen, Denken und in Beziehungen zu anderen
- Verhaltensmuster meist stabil, gehen häufig mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher
- Borderline-Störung: Prävalenz 10% in ambulanter und 25% in stationärer Versorgung (?), damit häufigste PKS in klinischen Populationen
- Borderline-Störung: komorbid Alkohol 49%, Drogen 38%
- Fazit: hohe Komorbidität zwischen Suchterkrankung und PKS (insbes. Borderline und dissozial), häufig mit schwerer Suchtproblematik verbunden

Psychotherapie-Wirkprinzipien nach K. Grawe:

- Problemaktualisierung (Probleme werden in der Therapie erlebbar)
- Motivationale Klärung (Hintergründe und emotionale Bedeutung von Erleben und Verhalten werden herausgearbeitet)
- Problembewältigung (Suchtmittelkonsum oft die einzig verfügbare, generalisierte Belastungsbewältigungsstrategie; adäquatere Strategien werden erarbeitet und eingeübt)
- Ressourcenaktivierung (Fähigkeiten, Motivationen, positive Eigenschaften werden hervorgehoben, Fokus auf gesunde Anteile und nicht auf Defizite)

Gestufte Behandlungsphasen

1. Aufbau einer Behandlungsallianz

- Nur unregelmäßige Kontakte mit Arzt, Psychologe oder anderem Mitarbeiter des Versorgungssystems
- Ziel: stabile Arbeitsbeziehung, Förderung von Problembewusstsein

2. Überzeugung

- Regelmäßige Kontakte, aber Ambivalenz hinsichtlich Konsumreduktion und Therapie
- Ziel: Förderung von Veränderungsmotivation und Entscheidung zur Verhaltensänderung

3. Aktive Behandlung

- Der Pat. unternimmt aktive Schritte zur Reduktion/ Abstinenz sowie zur Behandlung der psychischen Störung
- Ziel: Unterstützung bei Reduktion/ Entzug sowie Therapie psychischer und Substanzstörung

4. Rückfallprävention

- Seit Monaten Abstinenz, psychische Störung gebessert, aktiv in Psychotherapie
- Ziel: Sensibilisierung für Rückfälle und Ausweitung der Genesung (z.B. soziale Beziehungen, Arbeit)

Gestufte Behandlungsphasen

- Das Durchlaufen der vier Phasen kann individuell sehr unterschiedlich aussehen und mitunter lange Zeit beanspruchen.
- Pat. können in frühere Phasen zurückfallen und müssen wieder entsprechend behandelt werden.
- Voreilige Bemühungen, den Patienten zur Reduktion des Suchtmittelkonsums oder zur Abstinenz zu bewegen oder auch die psychische Störung sofort aktiv therapeutisch anzugehen, bergen die Gefahr des Abbruchs einer beginnenden Arbeitsbeziehung
- **Verzichtbar?** In der Psychotherapiepraxis: Der Therapeut soll vermitteln, wie ernst ihm die richtige Diagnosestellung der psychischen Störung ist und dass dies nur möglich ist, wenn der Patient für mehrere Wochen abstinent lebt... An dieser Stelle wird der Widerstand gegen die Behandlung oder Therapie oft zum ersten Mal deutlich

Strategien in der Phase Überzeugung/ Veränderungsmotivation

- Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick
- Erarbeiten von Vor- und Nachteilen der Veränderung oder Beibehaltung (Waagemetapher)
- Ambivalenz in Bezug auf Veränderung reduzieren und Entscheid zur Behandlung fördern
- Ziel-Wert-Klärung in Bezug auf Lebensziele
- Aufklärung von Betroffenen und Angehörigen
- Möglichst konkrete Planung der Therapie
- Selbsthilfegruppen, tagesstrukturierende Maßnahmen
- Ggf. Pharmakotherapie

Aktive Behandlung und Verhaltensänderung

- Schließt sich an den Klärungsprozess (Phase 1&2?) an
- Erarbeiten von Einstellungen und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung von Abstinenz; meist nur möglich, wenn gleichzeitig mit der Therapie der psychischen Störung begonnen wird
- Rückfälle: Lernchancen (VA), die Wechselwirkung zwischen beiden Störungen zu verstehen
- Bei häufigen und länger dauernden Rückfällen sollte erneut die Behandlungsphase der Überzeugung/ Veränderungsmotivation aufgegriffen werden

Zusammenfassung

- Menschen mit DD im Suchthilfesystem lange Zeit unzureichend betreut und behandelt
- traditioneller, sequentieller Ansatz („erst die Sucht, dann die psychische Erkrankung“) oft nicht zielführend
- Sucht bei DDP oft gescheiterter Bewältigungsversuch einer leidvollen und einschränkenden psychiatrischen Beeinträchtigung.
- Das Suchtmittel bietet anfangs Schutz vor Ängsten, inneren Spannungen und Konflikten. Langfristig oft chronische Verläufe mit gravierenden körperlichen Schädigungen.
- Heterogener Personenkreis, vielgestaltige Symptomatik, schlechtere Adhärenz, häufigere Rückfällen, Obdachlosigkeit, hoch problematische soziale Situation (z.B. Isolation, Finanzen, Haftverfahren).
- Höheres Risiko für aggressives Verhalten und Suizidalität.

Quelle: Positionspapier Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Berlin 2019

Positionspapier Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Berlin 2019

Einrichtungen, die mit Menschen mit Doppeldiagnose arbeiten wollen, sollten spezifische Merkmale aufweisen, um DDP gerecht zu werden

- Integratives Betreuungskonzept
- Konzeptionell beschriebene, vulnerable Einstiegsphase
- Individualisierung der Angebote innerhalb der Einrichtung
- Interprofessionalität
- Fachärztliche Behandlung und Medikation
- Vernetzung in einem regionalen Einrichtungsverbund
- Enge Kooperation mit der Akutklinik, Rettungsdiensten und Polizei

Positionspapier Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Berlin 2019

Integratives Betreuungskonzept

- Sucht und psychische Erkrankung(en) beeinflussen sich wechselseitig. Es ist erforderlich, das gesamte Symptombild in allen Angeboten der Einrichtung zu berücksichtigen.
- Intensive Schulung des Teams der Einrichtung in den verschiedenen Krankheitsbildern und adäquaten Methoden, Entwicklung einer gemeinsamen Haltung zu Konzept und Personenkreis. Ein Teil des Teams sollte über längere Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnose verfügen.

Konzeptionell beschriebene, vulnerable Einstiegsphase

- erhebliche Instabilität und Ambivalenz von DDP erfordern eine längere niederschwellige Einstiegsphase, mit angepassten Interventionen (aktuelle motivationale Lage; physische Beeinträchtigungen)
- Abschied vom Substanzkonsum, Trauerarbeit, Aufbau von Akzeptanz der Erkrankungsschwere, Förderung von Hoffnung, Entwicklung einer realistisch-positiven Lebensplanung, präventive Maßnahmen in Bezug auf eine wahrscheinliche Substanzrückfälligkeit
- Die reflektierte stabile Beziehung, sowohl zu Mitarbeitenden als auch zu anderen Betroffenen, ist der wesentliche Wirkfaktor.
- Setting: Rückfälle bzw. Symptomverschlechterungen können offen und ohne moralische Wertung zur Sprache gebracht werden; Klima der Unterstützung trotz wiederkehrender Rückschritte

Positionspapier Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Berlin 2019

Individualisierung der Angebote innerhalb der Einrichtung

- Heterogene Gruppe der DDP, standardisierte Angebote unzureichend
- Alle Angebote (Einzel- und Gruppengespräche, Beschäftigung, Angebote zur Tagesstruktur, Sport und Freizeit) bedürfen der individuellen Anpassung (Dauer, Frequenz, Inhalt, Kommunikations- und Interaktionsstil der Fachkräfte) --> hoher Aufwand

Interprofessionalität

- DDP mit Vielzahl gesundheitlicher, sozialer und beruflicher Problemlagen --> Kompetenz unterschiedlicher Berufsgruppen erforderlich
- Team: arbeitet eng zusammen, ergänzt sich fachlich, reagiert flexibel auf die täglich wechselnden Anforderungen, Entscheidungen werden gemeinsam getroffen, Aufgaben gemeinsam erbracht.
- Voraussetzung: Unterstützung durch den Träger und die Leitung; stetige Schulung der gemeinsamen Haltung, Inter- und Supervision.

Positionspapier Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Berlin 2019

Fachärztliche Behandlung und Medikation

- Stabilisierung und Fähigkeit zur Teilnahme am Angebot bei DDP sehr häufig nur mit medikamentöser Unterstützung zu erreichen.
- Idealerweise schriftlich fixierte Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzt*innen, Sprechstunden vor Ort in der Einrichtung sowie Teambesprechung

Vernetzung in einem regionalen Einrichtungsverbund

- Klassische „Therapiekette“ (lineare Stabilisierung von der Entzugsbehandlung bis hin zu einem einzelbetreuten ambulanten Wohnen) bei DDP unrealistisch. Rückfälle und wechselnder Betreuungsaufwand sind die Regel.
- Stattdessen: enge Vernetzung der Einrichtung mit geeigneten regionalen Angeboten (Abstimmung von Aufnahmemodalitäten und Konzepten). Sicherstellung von Behandlungskontinuität durch einrichtungsübergreifende Hilfeplanungen und federführendes Casemanagement.

Enge Kooperation mit der Akutklinik, Rettungsdiensten und Polizei

- Häufige Rückfälle, evtl. Suizidalität und Gewalthandlungen → Schulung des Teams für Krisensituationen
- vorab verhandelte Kooperation mit Rettungsdiensten, der Polizei und Klinik. Regelmäßige Kooperationstreffen

Giertz/Gervink: „Systemsprenger oder Patient*innen mit individuellem und komplexem Hilfebedarf?

Mein Take: hat ja eigentlich erstmal nur am Rande mit DDP zu tun. Es fällt allerdings auf: es gibt Überschneidungen und Parallelen. Unter den sog. „Systemsprengern“ finden sich, je nach Untersuchung, zw. 24-48% mit Suchterkrankung. Die Betroffenen finden ihrem Platz im Hilfesystem nicht und sind bedroht von Obdachlosigkeit, geschlossener Unterbringung und Forensik. Zudem Parallelen bei den Empfehlungen zur Versorgung und Integration in die Gemeinde.

- Zusammenfassung: bisherige Forschung legt nahe, dass die Problematik auf einen Mangel an flexiblen und personenzentrierten Hilfen in einem bestimmten Versorgungssektor zurückgeführt werden kann.
- Studien zu Systemsprenger-Problematik: 1. Enthospitalisierung Gütersloh (Doppeldiagnosen, dissoziales oder störendes Verhalten, Delinquenz, geringe Anpassungsfähigkeit, häufige Beziehungsabbrüche, SVV, Verwahrlosung) 2. „Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe“: keine Spezialisierung der Heime auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung; meist Zuweisung durch Klinik; keine fachliche oder politische Steuerung; Ursachen des Scheiterns der Hilfeangebote: fehlende Auslegung der Versorgung (konzeptionell-organisatorisch-strukturell), zu wenig aufsuchende Hilfen, mangelnde Kooperation zw. den Sektoren, fehlende Vernetzung, mangelnde Flexibilität, Einschränkung der Finanzierung 3. Freyberger 2004 „ob die als Systemsprenger bezeichneten Personen tatsächlich ein Versorgungssystem sprengen oder ob nicht das System selbst durch seine Konfiguration und seine partielle Unfähigkeit, den Hilfe- und Strukturierungsbedarf individuell anzupassen, den sog. Systemsprenger produziert (Anmerkung: gefragt wurde nach der Klinikperspektive. Und hier ist anzumerken, dass die DDPs und Systemsprenger nicht nur in die Obdachlosigkeit, sondern auch in die Klinik abgeschoben werden). Freyberger et al. 2008: die Identifizierung von „Systemsprengern“ lässt sich weniger auf personenbezogene, sondern auf kontextabhängige und einrichtungsbezogene Faktoren zurückführen. 4. Giertz 2016 diagnostische Merkmale 67% schizophrener Formenkreis, Suchterkrankungen 48%. Kritische Verhaltensweisen in der Stichprobe: Impulsivität, Non-Compliance sowie Störungen im gruppenbezogenen Verhalten.... „Hier lässt sich eine stationäre Kompensation gemeindepsychiatrischer Versorgungsprobleme vermuten“

Giertz/Gervink: „Systemsprenger oder Patient*innen mit individuellem und komplexem Hilfebedarf?

- Systemsprenger sind heterogene Personengruppe
- Es lassen sich keine personenbezogenen Faktoren identifizieren, welche die Versorgungsproblematik angemessen erklären. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass „Systemsprenger“ aufgrund eines individuellen und komplexen Hilfebedarfs nicht (...) von den bestehenden Versorgungssystemen profitieren und dadurch bedroht sind, geschlossen untergebracht zu werden oder anderweitig aus dem Versorgungssystem herauszufallen.
- Daher wird der Blick in der Forschung weg von den personenbezogenen auf die kontextuellen und strukturellen Faktoren verschoben

Giertz/Gervink: „Systemsprenger oder Patient*innen mit individuellem und komplexem Hilfebedarf?

Strukturelle Ebene:

- Anfängliche Annahme Freyberger 2004: weniger Systemsprenger, wenn sich das Spektrum von ambulanten, komplementären und stationären Hilfen in einem bestimmten Versorgungssektor erhöht
- Neuere Untersuchungen: auch in urbanen Regionen mit gut ausgebautem Versorgungssystem tritt die Problematik auf.... Für viele Betroffene wird der Zugang zu passgenauen Hilfen durch Zersplitterung in Teilsysteme (ambulant, stationär, psychiatrisch, psychotherapeutisch, pflegerisch...) mit unterschiedlichen Konzepten, Finanzierungsregelungen und Partikularinteressen erschwert.
- Geschlossene Unterbringung laut Vock et al. (2007) Ausdruck von Schnittstellenproblemen zwischen dem außerklinischen und stationären Bereich sowie von fehlender Flexibilität und Kooperation der einzelnen Leistungsanbieter
- Alle neuen theoretischen Modelle sind darauf ausgelegt, die Fragmentierung des Versorgungssystems durch eine personenzentrierte Ausrichtung und Koordination der Hilfen zu überwinden, Zugänge zu Hilfen zu ermöglichen, es gilt: ambulant vor stationär, im Bedarfsfall: komplexe Behandlung im häuslichen Umfeld
- Stichworte: sektorübergreifend, personenzentriert, Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsanbietern, interdisziplinäre Zusammenarbeit für einen passgenauen Hilfemix
- Rosemann und Konrad (2017): geschlossene Unterbringungen sind häufig „Resultate von Überforderung einzelner Einrichtungen oder Dienste“ → Akteure müssen gemeinsam Verantwortung übernehmen und nicht die Zuständigkeiten, sondern den individuellen Unterstützungsbedarf der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen

Giertz/Gervink: „Systemsprenger oder Patient*innen mit individuellem und komplexem Hilfebedarf?

Institutionelle Ebene:

- Betroffene haben Schwierigkeiten, sich an ein Setting mit hohen interpersonellen Anforderungen und Gruppenprozessen anzupassen.
- Häufigkeit von Systemsprengern in therapeutischen Wohngemeinschaften am höchsten
- Vermutung: eng angelegte räumliche Umgebung, fehlende Rückzugsmöglichkeiten oder hohe Kontaktraten zwischen Mitarbeitern und Betroffenen tragen dazu bei, dass bestimmte Personen als störend wahrgenommen werden
- Typische Verhaltensweisen: Impulsivität, Unfähigkeit zur Selbststeuerung, unzuverlässige Medikamenteneinnahme, Ablehnung der Medikamente, geringe Krankheitseinsicht, unkooperatives oder manipulatives Verhalten
- Flexible und angebotsübergreifende Gestaltung des Betreuungssettings: „schwierige“ Patient*innen werden zeitweise von einem anderen Team übernommen, der Personalschlüssel wird flexibel an die aktuelle Klientel angepasst, regelmäßige Deeskalationsschulungen, Einsatz von Genesungsbegleiter*innen

Giertz/Gervink: „Systemsprenger oder Patient*innen mit individuellem und komplexem Hilfebedarf?

Interpersonelle Ebene

- Vermutung, dass ein Großteil der Betroffenen eine lange Krankenkariere mit negativen Hilfesystemerfahrungen und Beziehungsabbrüchen hinter sich und Traumatisierungen durch Zwangsmaßnahmen erlitten hat.
- Wichtige Rolle der therapeutischen Beziehung (Gahleitner 2016): fachlich reflektierte Beziehungsgestaltung, geprägt von Empathie, Authentizität und Wertschätzung, mit dem Ziel der Förderung emotional korrigierender Erfahrungsprozesse
- Die therapeutische Beziehung gehört mit zu den wichtigsten Interventionsmöglichkeiten!
- Es braucht neben Stresstoleranz und guter Psychohygiene die Bereitschaft des Personals zur kontinuierlichen Selbstreflexion, welche mit regelmäßiger Supervision, Praxiscoaching und gezielten Weiterbildungen gefördert werden kann

Fachvortrag zu einem Angebot – eine praktische Perspektive – Chancen, Möglichen und Herausforderungen

Dr. Kathrin Bruch

(Ärztliche Leiterin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
vom **T**herapiezentrum **P**sychose & **S**ucht TPS Hamburg)

Medizinische Rehabilitation für Doppeldiagnosen

Chancen, Möglichkeiten und Herausforderungen

AWO Kulturhaus Babelsberg

15.06.2022

PSAG Potsdam

Dr. Kathrin Bruch

Ärztliche Leitung vom TPS Hamburg

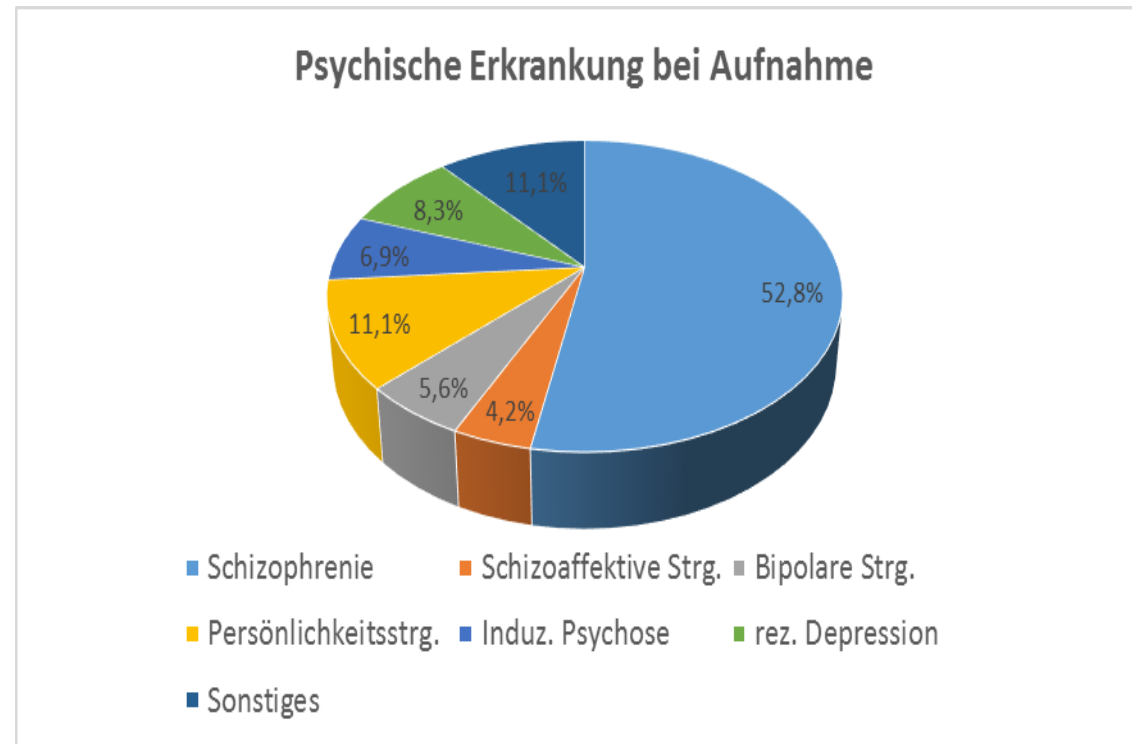
Therapiezentrum Psychose und Sucht



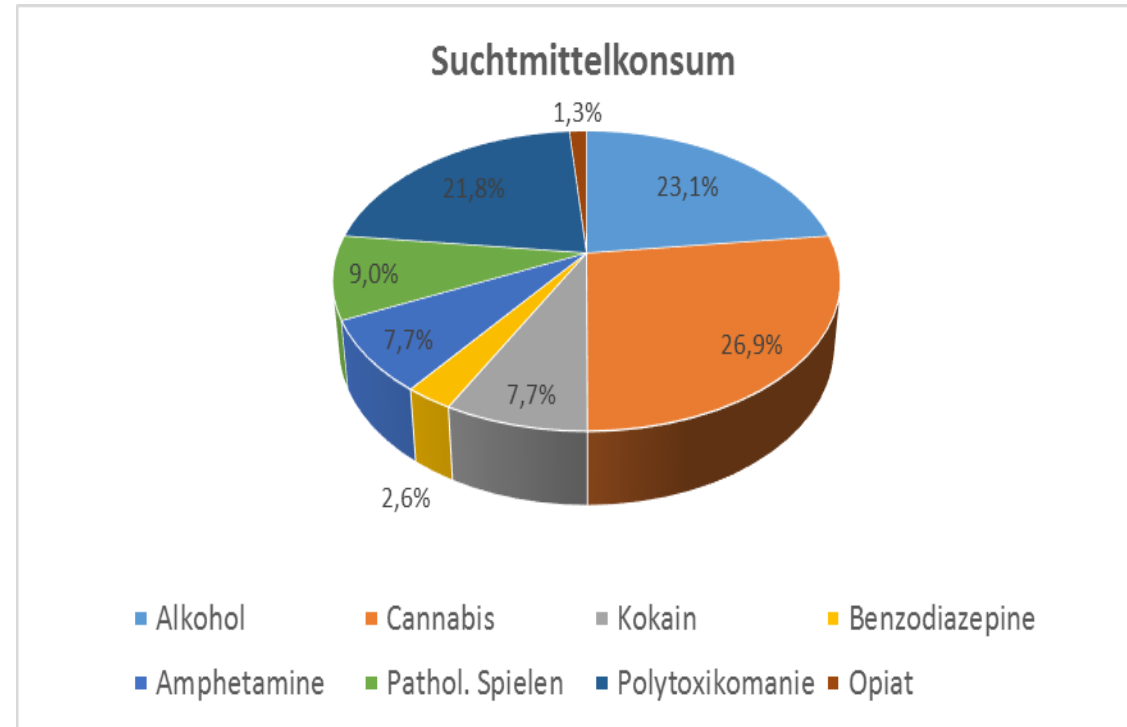
Behandlung von 2021 in Zahlen

- 53 Entlassungen im 2021
- 15% Weiblich, 85% Männlich
- Kostenträger: 50,9% DRV; 47,2% Krankenkassen

Verteilung der allgemeinpsychiatrischen Aufnahme Diagnosen



Suchtmittelkonsum der Rehabilitand*innen bei Aufnahme



Aufnahmeprozess

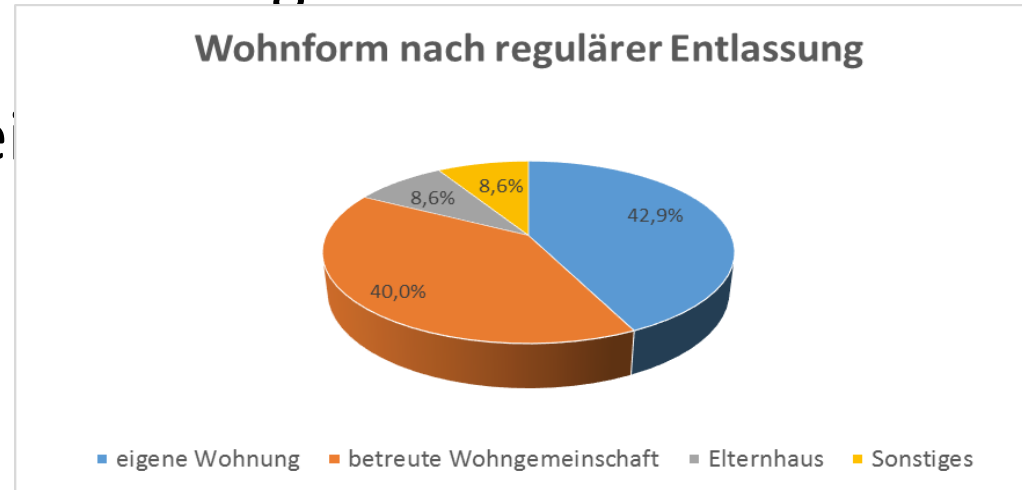
- Persönliches Vorstellungsgespräch
- Antrag zur Kostenübernahme bei der DRV, eventuelle Weiterleitung an die Krankenkasse
- Regelmäßiger Kontakt bis zur Aufnahme
- Aufnahmeplanung nach Erhalt der Kostenzusage

Behandlungsablauf

- Aufnahme in eine TG und Betreuung durch das TG-Team (Suchttherapeut*in + Sozialdienst)
- Gruppentherapieangebote in der TG und übergreifend
- Eventuelle Überleitung zu einer Psychotherapeutin bei entsprechendem Krankheitsbild
- Ergotherapeutische Diagnostikphase und weiterführende Therapieangebote zur Steigerung der Arbeitsressourcen
- Nach der sechsmonatigen Stammtherapie Verselbstständigung und Stärkung der Arbeitsfähigkeit in der viermonatigen Adaption

Zukunftsperspektive

- 2021 wurde bei 47% der entlassenen Rehabilitand*innen eine berufliche Rehabilitationsbehandlung beantragt.
- 27% konnten arbeitsfähig entlassen werden.
- Planung der weiteren Wohnform ist wichtig:



Herausforderungen in der Behandlung

- Fortgeschrittene Chronifizierung der Erkrankungen
- Besonderheiten der Suchttherapie vs. Besonderheiten der Psychosenbehandlung
- „Re-Habilitierung“ der sehr jungen Rehabilitand*innen, die vor Ausbruch der Erkrankung noch keine Selbstständigkeit erlangen konnte

Möglichkeiten in der Behandlungen

- Steigerung der Mentalisierungsfähigkeit und Stärkung der Affektdifferenzierung und –regulation
- Individuelle Betrachtung der Ressourcen und Schwierigkeiten
- Gruppentherapie als Chance der Stärkung von sozialen Fähigkeiten
- Gruppentherapie als Chance der Stärkung des Gemeinschaftsgefühls

Spezialisierte Wohneinrichtungen in Norddeutschland

- Wohnhaus Rabenstrasse
- DIE BRÜCKE gGmbH - Sozialpsychiatrische Wohn- und Betreuungseinrichtung Lübeck
- GPZE Hochallee - Hochallee 1, 20149 Hamburg
- To hus bad oldesloe
- Anker e.V., Wohnhaus Lüttau
- ATP Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft – Norderstedt
- SEN Soziale Einrichtungen Nordfriesland gGmbH
- Haus Neuland - AWOIntegra gGmbH
- almamia- am Leben teilnehmen
- Grillchaussee 77-79 25348 Engelbrechtsche Wildnis/ Glückstadt
- Die Fähre Wohnhaus Elbfähre und Appartementhaus Flex-Appart, Hamburg
- Psychosozialer Trägerverein Eppendorf Eimsbüttel e.V., Hamburg
- VSM Langzeiteinrichtung, Stade
- Bad Segeberg, Sozialtherapeutische WG für Menschen mit Mehrfachdiagnosen (Sucht + psychiatrische Erkrankung) , Landesverein für Menschen mit Menschen, Ricklingen
- Oldenburg i.H., WG für Menschen mit Mehrfachdiagnosen (Sucht +psychiatrische Erkrankung), Landesverein für Menschen mit Menschen, Ricklingen
- Haus am Seelberg, Hannover

-
- Wohnhaus Rabenstrasse gehört zur Brücke Lübeck, ist eine stationäre Einrichtung, arbeiten geht immer erst nach einer „ankommen Zeit“, streng was Sucht angeht, keine „Dauerrückfälle“ möglich, gut für Menschen die noch Restsymptomatik Psychose haben, Altersdurchschnitt Mitte 20 bis Mitte 30, schwierig wenn es Gewaltdelikte in der Akte gibt (Forensik/Haft)
- DIE BRÜCKE gGmbH - Sozialpsychiatrische Wohn- und Betreuungseinrichtung Lübeck haben auch ambulante WG's
- GPZE Hochallee - Hochallee 1, 20149 Hamburg oft lange Wartezeiten, stationäre Einrichtung, arbeiten geht immer erst nach einer „ankommen Zeit“, streng was Sucht angeht, keine „Dauerrückfälle“ möglich, gut für Menschen die noch Restsymptomatik Psychose haben, Altersdurchschnitt Mitte 20 bis Mitte 30
- To hus bad oldesloe WG's (man braucht so viel ich erinnere eigene Möbel, sehr unterschiedliches Alter, WG's in Bagteheide und Bad Oldensloh, kleine Wg's (mancham nur 2-3 Leute)
- Anker e.V., Wohnhaus Lüttau stationäre Einrichtung, auf dem Dorf, Klientel oft „Hartdrogenabhängige“, Arbeitsmöglichkeit, nehmen auch „wackelige“ Leute
- ATP Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft – Norderstedt
- SEN Soziale Einrichtungen Nordfriesland gGmbH haben stationären und ambulanten Bereich, sehr ländlich, sehr familiär, Probewohnen möglich, auch für Wackelkandidaten, Beheimatung
- Haus Neuland - AWOIntegra gGmbH nettes Wohnhaus in der Stadt, Beschäftigung möglich, Altersstruktur ehr über 35 +,
- almamia- am Leben teilnehmen stationärer und ambulanter Bereich, gut für sehr beeinträchtigte Menschen, Beheimatung, ländlich mit guter Anbindung an Hamburg
- Grillchausee 77-79 25348 Engelbrechtsche Wildnis/ Glückstadt
- Die Fähre Wohnhaus Elbfähre und Appartementhaus Flex-Appart, Hamburg legen viel Wert auf eine stabile Abstinenz sonst bekommt man keinen Platz, lange Warteliste,
- Psychosozialer Trägerverein Eppendorf Eimsbüttel e.V., Hamburg haben unterschiedliche WG's zu Unterschiedlichen Themen (Doppeldiagnose, Forensik,), Altersdurchschnitt Mitte 20 bis 40
- VSM Langzeiteinrichtung, Stade stationäre Einrichtung, ländlich, stark beeinträchtigte Menschen, Beheimatung, aber auch möglich in ambulanten Bereich zu wechseln
- Bad Segeberg, Sozialtherapeutische WG für Menschen mit Mehrfachdiagnosen (Sucht + psychiatrische Erkrankung) , Landesverein für Menschen mit Menschen, Ricklingen
- Oldenburg i.H., WG für Menschen mit Mehrfachdiagnosen (Sucht +psychiatrische Erkrankung), Landesverein für Menschen mit Menschen, Ricklingen
- Haus am Seelberg, Hannover, Wohnhaus (stationär) und Wg's

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Workshops

- Begrüßung und Vorstellung (5 min)
- 11:05: Murmelrunde in 2er Gruppen (5 min): Welche Hindernisse erschweren aktuell Menschen mit Doppeldiagnosen die Teilhabe im Bereich des Wohnens/der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft/der Teilhabe am beruflichen Leben? Welche Hindernisse im Bereich Vernetzung und Kooperation bestehen für die Dialoggruppen der Menschen mit Doppeldiagnosen?
- 11:10: Zusammentragen der Ergebnisse bzgl. der Hindernisse (10 min)
- 11:20: Wie muss der Zugang zu Angeboten für Menschen mit Doppeldiagnosen im Bereich Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gestaltet sein? Wie muss Vernetzung und Kooperation gestaltet sein, um Menschen mit Doppeldiagnosen eine bestmögliche Versorgung zu bieten? Wie wird die Partizipation der Dialoggruppen sichergestellt? (15 min)
- 11:35: Was braucht es bei den bereits bestehenden Angeboten, um Menschen mit Doppeldiagnosen ein passendes Angebot zu offerieren? Wie muss die bestehende Vernetzung und Kooperation hinsichtlich der Menschen mit Doppeldiagnosen in der LHP verbessert werden? (20 min)
- 11:55: Welche Angebote braucht es im Bereich Wohnen/Leben in der Gesellschaft/beruflichen Leben/Vernetzung und Kooperation, um Menschen eine größtmögliche Teilhabe zu gewährleisten? (25 min)

Workshop 1

Wohnen

Moderation: Herr Podubin (AWO „Junge Wilde“)

1) Hindernisse

klientenbezogene
und
strukturbedingte + kon-
struktive Ursachen

Abstinenz als
Voraussetzung

Abstinenz

+

Einrichtung

fehlende Selbst-
motivation

- Schulden, Stigma
- Enttäuschung, Vorfälle

Umgang mit
Drogenkonsum
in Einrichtung

bezahlbar oder
überhaupt Wohnraum

langer Weg
der Suche

Kommunikation
mit
Helfernetz

Komplexes System
(hochschwellig)

Alter

Beendigung von
Wohnformen
=> Aufnahme Psychiatrie

Zielgruppe nicht
interessant
„wirtschaftlich“

Gruppenfähigkeit

Motivation
als
Voraussetzung

Unkenntnis über
Wohnungsnotfallhilfe-Netzwerk
& entsprechende Abläufe

Mietschulden

„störendes“
Verhalten

Hochschwelligkeit der
Angebote
- Abläufe
- Finanzierung

Kriminalität /
Mitleid

Gewalt

Nachfrage

=
höher als d. Angebot
Wohnplätze

Platz- & Personalmangel
für angemessene Versorgung
- Bereichsübergreifend -

Wartezeiten (z.B.
HPG)

Was braucht es?

neuen Leiter
Soziale Wohnraumbefragung
einbeziehen
(Workshop)

Steuerung
(fallbezogen)

Niedrigschwelliges,
Freiwilliges, tagestruk-
turierendes Angebot

Überblick
über Angebote und
Abläufe

Niedrigschwellige Zugänge
zum Sozialpsychiatrischen
Hilfesystem - Aufsuchende Arb.
DIA / SPDI

persönlicher
Austausch
- Fallkonferenzen für
Versorgung und Wohnraum

Housing First

vorrübergehendes
Wohnen ermög-
lichen

Krisenwohnung
(evtl. m. Stb.)

übergreifende Ange-
bote (Sozialpsychiatrisch)
- Flexibilität -

Mischfinanzierung

niedrigschwellige An-
gebote des EG/H
→ Prävention
→ Wohnen u. p.

niedrigschwellige
Angebote des FH

Kontinuierliches
Versorgungsangebot
ermöglichen

Zugang zu
Angeboten

Einzelapparatments

Steuerung

Überblick
~~fall~~ schaffen

gute regionale +
personelle soziale
Anpassung in Einrichtungen

Trägerwohnungen

Workshop 2

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Moderation: Frau Bresgott (EvB Sozial gGmbH „Tagesstätte Mittendrin“)

TEILHABE

= MÖGLICHKEIT ZUR
NUTZUNG UND MITGE-
STALTUNG GESELLSCHAFT-
LICHER UND SOZIALER
PROZESSE

TEILMABE

FUNKTIONSSYSTEME

RECHTSSTATUS

KOMMUNIKATION/ ADRESSIER- BARKEIT

MEDIEN

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

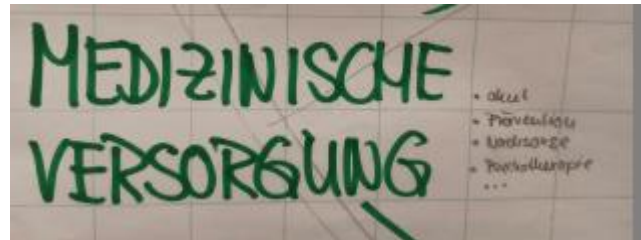
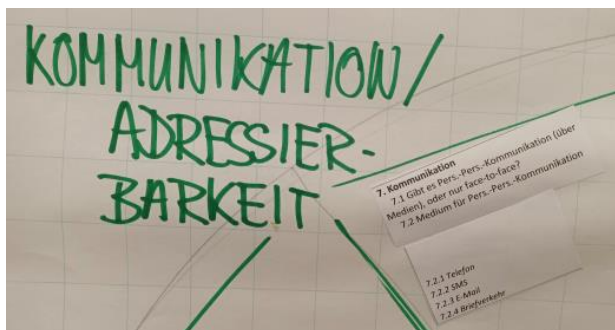
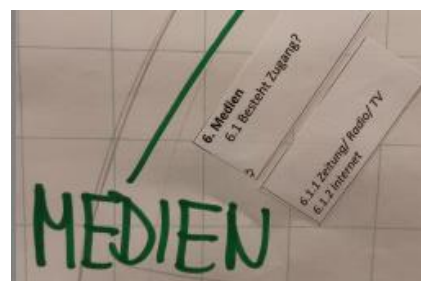
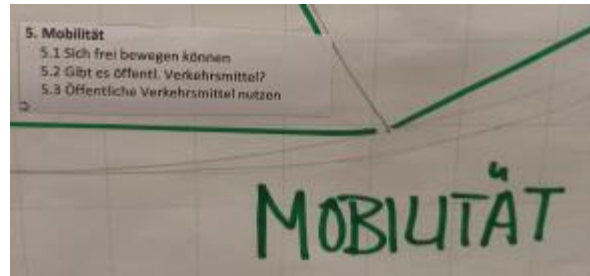
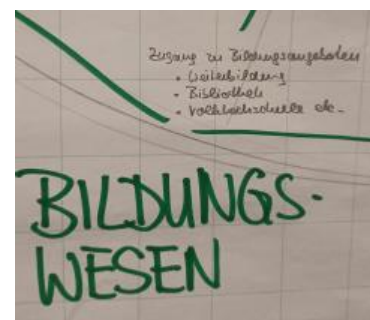
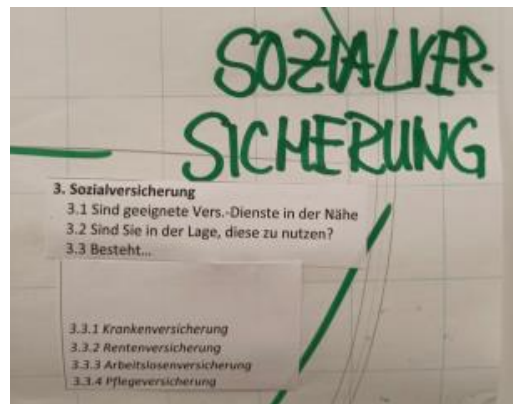
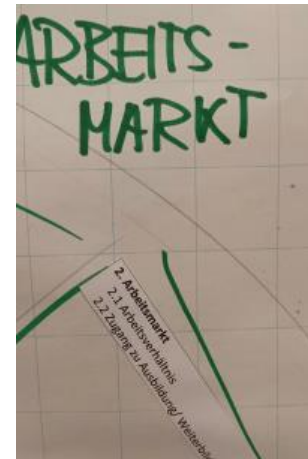
BILDUNGS- WESEN

MOBILITÄT

ARBEITS- MARKT

SOZIALVER- SICHERUNG

GELDVER- KEHR



TEILHABE

EXISTENZSICHERUNG
&
FUNKTIONSFÄHIGKEIT

WOHNEN

1. Wohnen
1.1 Vorhanden

GÜTER DES ALLTAGS

2. Materielle Versorgung

2.1 Lebensmittel
2.2 Hygieneartikel
2.3 Kleidung
2.4 Medikamente
2.5 Kunst/ Musik

SICHERHEIT

3. Sicherheit

3.1 Gibt es körperliche oder psychische Gefährdungspotenziale?

3.2 Gibt es einen persönlichen, sicheren Ort (sichere Aufbewahrung von Privatem)?

SORGE-PFLICHT

7. Sorgepflichten

7.1 Vorhanden

7.1.1 Kinder

7.1.2 andere Angehörige

7.1.3 Haustiere

KOMPETENZEN / RESSOURCEN

6. Ressourcen

6.1 Identifizierung von Kompetenzen / Ressourcen
6.2 Identifizierung von Ressourcen / Kompetenzen
6.3 Identifizierung von Ressourcen / Kompetenzen

GESUNDHEIT

5. Gesundheitszustand

5.1 Körperliche o. psychische Probleme, die die Alltagsbewältigung behindern?

4. Lebensweltlicher Support

4.1 Gibt es ein soziales Netzwerk?

4.1.1 Fehlt es?

4.1.2 Ist es überfürsorglich?

LEBENSWELTLICHER SUPPORT

WOHNEN

1. Wohnen
1.1 Vorhanden

SICHERHEIT

3. Sicherheit

3.1 Gibt es körperliche oder psychische Gefährdungspotenziale?

3.2 Gibt es einen persönlichen, sicheren Ort (sichere Aufbewahrung von Privatem)?

4. Lebensweltlicher Support

4.1 Gibt es ein soziales Netzwerk?

LEBENSWELTLICHER SUPPORT

4.1.1 Fehlt es?

4.1.2 Ist es überfürsorglich?

GESUNDHEIT

Selbsteinschätzung:
Fremdeinschätzung:
(ggf.: durch wen?)

5. Gesundheitszustand

5.1 Körperliche o. psychische Probleme, die die Alltagsbewältigung behindern?

SORGE-PFLICHT

7. Sorgepflichten
7.1 Vorhanden

7.1.1 Kinder
7.1.2 andere Angehörige
7.1.3 Haustiere

Hindernisse:

- physische Barrierefreiheit öffentlicher Raum
 - kulturelle Einrichtungen
 - Läden
 - Verkehrsmittel
 - Arztpraxen
 - Schulen etc.

Hindernisse:

- strukturelle Gewalt
 - ↳ zunehmende Bürokratie
 - ↳ komplexe Sprache
 - ↳ Hotlines / back office
 - ↳ lange Bescheiderklärungen
 - ↳ Voraussetzung: technische Geräte

Ausätze:

1. Wissensmanagement
2. niedrigschwellige Angebote
3. Lobbyarbeit
4. Qualitätssicherung (langfristige Sicherheit für Träger + Angebote, Stabilität in Beziehungen und Netzwerken)

1. a) Wissensmanagement

Stand: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe Klienten + Fachpersonal
Ziel des Angebots mehrschrittweise Übersicht Angebote „Landkarte für Angebote“ (Papier)
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen
Kooperation und Vernetzung
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)
Mögliche Hindernisse
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes ergänzend zu digitaler Weg- weiser

1 b) Wissensmanagement

Stand: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe Info zu Angeboten kommt zu den Beratern (wissen nicht selber)
Ziel des Angebots dauerhafte Kampagnen Öffentlichkeits- arbeit
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen öffentlicher Raum, z.B. Verkehrs- mittel, Wartezeiten
Kooperation und Vernetzung Stadt + kommunale Betriebe
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)
Mögliche Hindernisse
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes - Wo ist das Verweisungswissen? welche Telefonnummern werden veröffentlicht? - zentrale Telefonnummern, sonst zu komplex - Koordination + Verweisungswissen ⇒ Stadt

2. niedrigschwelliges Angebot

Stand: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe
Ziel des Angebots niedrigschwelliges Angebot: Treffen kontakt, kaffee, Spiel
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen grundlegend gesichertes Angebot
Kooperation und Vernetzung
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.) konstantes Personal, langfristig
Mögliche Hindernisse
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes - z.B. mobiles Angebot Bus oder feste Orte - Marktplatz (Bassarpplatz) - Wirtshaus - Nachbarschaftshäuser - abgedeckt durch Streetwork? - in Stockwerken keine Aussenstellen

3. Lobbyarbeit

Stand: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe
Ziel des Angebots Lobbyarbeit Barriereabbau strukturelle Gewalt
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen
Kooperation und Vernetzung
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)
Mögliche Hindernisse
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes Anmerkung: z.B. - Jobcenter: Bedacht Menschen als Ansprechpartner - kommunale Betriebe: Gewerkschaft 20 € Info Energieverbrauch (digital kostenlos) - Deute gegen strukturelle Gewalt, Einkaufsentscheidung der Gesellschaft (Positionspapier PSAG?) - Akzeptanz der Zielgruppe

4. Qualitätssicherung

Stand: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe
Ziel des Angebots grundrätzel. Kritik an Beschreibung Fokussieren der langfristigen Faktoren Pauschalforderungen
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen
Kooperation und Vernetzung
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)
Mögliche Hindernisse
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes - nur bei schweren Fehlern - kontinuierl. zeitl. soziale Landschaft + Kooperation - Langfristigkeit fördert Qualität + Kooperation - Wettbewerb gehört in die Industrie - soziale Arbeit nicht passiv keine Produkte, sondern Beziehungen

Workshop 3

Teilhabe am beruflichen Leben

Moderation: Frau Honig (AWO „Inklusionslots*innen“ und „Netzwerk Arbeit Inklusiv“)

Hindernisse

Institutionell
- mangelnde Akzeptanz
bei potentiellen Klienten

Zugang zu Selbsthilfegruppen
nicht niedrigschwellig
genug
- Zeit, Info
- soziale Angst

Geldschatz / Arbeitsmarkt
defizitär orientiert

zu hoher
Leistungsdruck

"Schulden denken"
marktwirtschaftlichen
Wettbewerb
↳ zu hochschwellig

- Druck Jobcenter,
Ange
- Mangel der Zug Jobcenter
& Hilfenleistungen

Klientel
→ Mangelnde Verbindlichkeit
zu Hilfenleistungen
→ gebrochene Biographie

Unzuverlässigkeit der
Klienten
- psychische Erkrankungen
auf langfristige Hilfen

"Angst vor dem
Ehepartner"
↳ kann Selbstwert verlieren

Verbindlichkeit
schwierig

→ Verhältnis persönliche
Defizite zu Ressourcen
ist leider oft negativ

"aus der Schulden
nicht mehr
raus kommen
können"

Zugang

niedrigschwellig
z.B. über Wohnprojekte,
Aufgaben in der Gemeinde

- über Suchtberatung
- über Adhäsions-
hilfen

geschultes Personal
in Jobcenter

Akzeptanz für
Finanzierung der
Fehlzeiten

Institutionen der
Teilleistungs im Arbeits-
leben (in Rahmen von
Hilfenleistungen)

Über die Steuerungsfunktion
des Sozialpsychiatrischen
Dienstes (z.B. Beratung, Hilfen)
→ Betonung über die EGH

Hilfenleistungen
Institutionen

Angebot, das nicht
vor dem allgemeinen
Arbeitsmarkt liegt
"geschützter Raum" & Hilfen

individuelle
Hilfsangebotsweise

Systemgrenze
→ Zeit haben
→ Druck raus zu bekommen
→ individueller Behandlung

Angebote
(Beratung)

Angebot von
Organen, Vorgesetzten
→ Angebot für Suchtkranke
→ Angebot für Suchtkranke?

Psychisch-soziale Beratung
für Suchtkranke
geplant von therapeutischen
Angeboten, Langfristigkeit

Selbsthilfegruppe
für
weiteren Vernetzung
zu den Hilfenleistungen

Synonym
Lageplan vom
Angebot für Hilfen
leistungen

Institutionen der Teilleistungs
an Arbeitsleben
→ zeitlich aufpassen, dass
langfristige Hilfen

Elternschaftsagentur
zum Anpassen von
Tätigkeit

→ Besondere Schulung /
Vorbereitung auf
Bewerbungen
Informationen über Hilfenleistungen

Beruf vom
Angebot

Adaptionsleistungen =
a) Hilfenleistungen
b) berufliche Integration
(mit der Hilfenleistung)

bedeutet
Hilfenleistungen für
den Zeitraum
Einkaufs

Arbeitsleistung
geschützter Raum
Anpassung von Hilfenleistungen

Handwritten form with multiple sections and checkboxes, likely a checklist or assessment tool related to the social work or counseling context.

Handwritten form with multiple sections and checkboxes, likely a checklist or assessment tool related to the social work or counseling context.

Handwritten form with multiple sections and checkboxes, likely a checklist or assessment tool related to the social work or counseling context.

Hinweise

Institutionell

- mangelnde Akzeptanz
bei potentiellen Klienten

Zugang zu Arbeitsplätzen
nicht niedrigschwellig
genug - St. Zeit,
- soziale Angst

Gesellschaft / Arbeitswelt
defizientorientiert

zu hoher
Leistungsdruck

"Schulden denken"

marktwirtschaftlicher
Wettbewerb
→ zu hochschwellig

- Druck Jobcenter,
Ange
- mangelnder Zug Jobcenter
zu Hilfesuchenden

Klientel

→ mangelnde Verbindlichkeit
an Arbeitsstelle
→ gebrochene Biographie

Unzuverlässigkeit der
Klienten
- psychische Erkrankungen
mit lang. Krankheitsdauer

"Angst vor dem
Scheitern"
→ kein Selbstwert verloren

Verbindlichkeit
schwierig

→ Verhältnis persönliche
Defizite zu Ressourcen
ist leider oft negativ

"aus der Schulden
nicht mehr
rauskommen
können"

Zugang

niedrigschwellig
z.B. über Wohnprojekt,
Aufgaben in Lebensplanung
Lebenshilfe

- über Suchtberatung
- über Adaptionsein-
richtungen

geschultes Personal
im Jobcenter

Akzeptanz für
Finanzierung der
Fehlzeiten

Institutionen der
Teilhabe im Arbeits-
leben (in Balance von
Hilfen und Eigenleistung)

Über die Steuerungsfunktion
des Sozialpsychiatrischen
Dienstes (z.B. Berlin, Köln)
→ Betreuung über die ESH

Hilfeleistung vermittelter
Institutionen

Angebot, das noch
vor dem allgemeinen
Arbeitsmarkt liegt
"Gedanklicher Raum" + Arbeitsstelle

individuelle
Hilfsangebotsweise

Systeme sprengen
→ Zeit haben
→ Druck rausnehmen
→ individuell schauen

Angebote (Berufshilfe)

Angebot von
Organ. Village
zusammen mit den Jährern
→ Angebot für Suchttherapie?

Psychisch-soziale Beratung
für Suchtkranke
geringer im therapeutischen
Anbindung, Langfristige

Selbsthilfegruppe
~~weiter~~ ^{weiter} Vernetzung
in den Suchtschutzbereich

Elternbeauftragter
zum Anpacken von
Tätigkeit

Symptom
↳ erkennen von
Angebot für Doppelt-
diagnosen

Institutionen des Zeit-
raums am totalen Leben
→ zeitlich entfristete
langfristige Zeiträume

→ Besondere Schulung/
Vorbereitung auf
Bewerbungen
Informationen über die
Möglichkeiten der
Berufshilfe

Bedarf neuer Angebote

Adaptionseinrichtungen (wohnnah) =

- a) Wohnen
- b) berufliche Integration

(nach der Reha)

Stand: 01.06.2022

Adaptionseinrichtung

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe	Menschen mit Doppeldiagnosen
Ziel des Angebots	berufliche Integration mit Wohnangebot verbunden - wohnortnah
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen	über Ergotherapie, Reha
Kooperation und Vernetzung	Voraussetzung!
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)	
Mögliche Hindernisse	Passende therapeutische Unterstützung ist oft nicht lasser finanziert, von Therapieplätzen
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes	- Fokus auf Beschäftigung, nicht nur auf Tagesstruktur - Kombination verschiedener Aspekte (social struktur, Beschäftigung), damit die Menschen darin ihre Orientierung finden - Einzelzimmer und Zweizimmer, Wohngemeinschaft, teilstationär, als Übergang zum Einzelwohnen

- individuelle Unterstützung und angepasste
Zielvorgaben -> lange Zeiträume
- Psychose vor Ort, Therapiemögl. & Leit vor Ort

Bedarf neuer Angebote

Betreutes Einzelwohnen für längeren
Zeitraum als Einrichtung

Arbeitsangebot ohne
Wohnen

Stand: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe

Menschen mit Doppeldiagnose

Ziel des Angebots

Arbeitsangebot unabhängig
von Wohnen

Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen

über Therapie / Rehabilitation
benutzte Einrichtungen

Kooperation und Vernetzung

Voraussetzung

Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)

Mögliche Hindernisse

EGH → Förderung sowohl von
Wohnen als auch von Arbeit

stichpunktartige Beschreibung des Angebotes

- Niedrigschwellige Arbeitsplätze
- geschützter Raum
- wieder arbeiten lernen
- Psychologe vor Ort oder
zumindest verfügbar
- Anwesenheit für
Menschen mit Suchterfahrung
- Teamsupervision für unterschiedliche

Bedarf neuer Angebote

Arbeitseinrichtung (geschützter Raum)
unabhängig vom Wohnen

Betreutes Einzelwohnen für
längeren Zeitraum
als Einrichtung

Stand: 01.06.2022

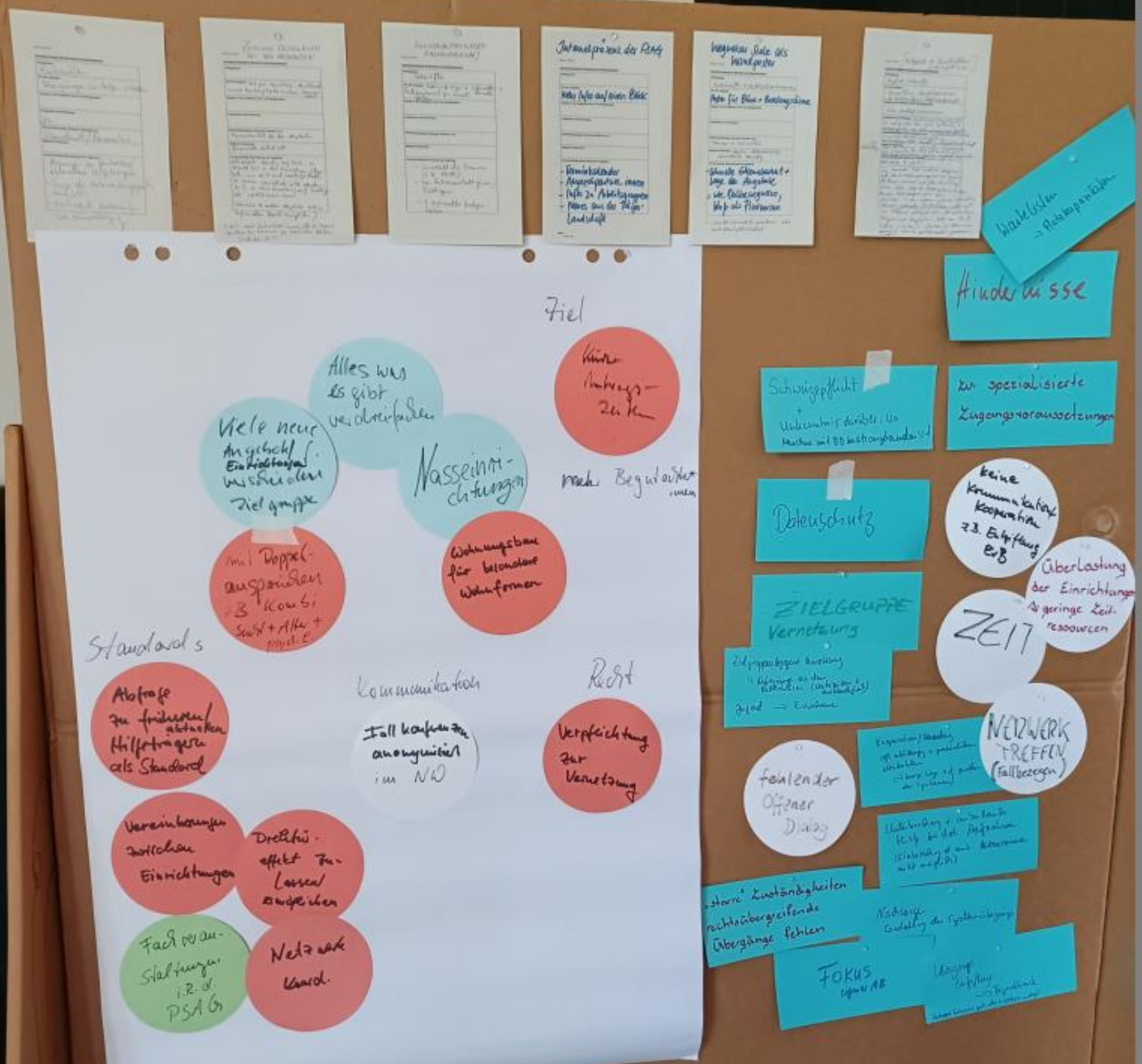
Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe	Menschen mit Doppeldiagnosen	
Ziel des Angebots	berufliche Integration mit Einzelwohnen verbinden	
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen	über Therapie + Beratung	
Kooperation und Vernetzung	} → → wie dort →	
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)		
Mögliche Hindernisse		
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes		
- Betreutes Einzelwohnen über längeren Zeitraum finanziert - Psychologie vor Ort, Therapie- möglichkeit vor Ort		

Workshop 4

Themenfeld Vernetzung und Kooperation

Moderation: Frau Hayn (Landeshauptstadt Potsdam, Koordinatorin für Suchtprävention im Fachbereich Öffentlicher Gesundheitsdienst)



Datum: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe	FaSchWiK
Ziel des Angebots	Übergänge zw. Hilfen verbessern
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen	
Kooperation und Vernetzung	ja
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)	Standard / Formulare
Mögliche Hindernisse	
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes	- Abfrage zu früheren / aktuellen Hilfesuchern - Frage ob Netzwerkgespräch möglich - Netzwerk einbeziehen bei Einwilligung

ZEITLICHE RESSOURCEN BEI DEN ANGEBOTEN

Datum: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe	
Ziel des Angebots	Zeit für Vernetzung, Austausch ↳ auch Beratung haben können, Grenzen selbst
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen	
Kooperation und Vernetzung	
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)	Personalmittel bei den Angeboten
Mögliche Hindernisse	finanzielle Mittel LTP
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes	alle arbeiten ständig auf Karte - es braucht Zeit in den Einzelungen / Angeboten, um auch mal Beratung haben zu können (das ist aber nicht abschätzbar!), so dass Vernetzung auf Freitagen etc. stattfinden kann (Kontakt zu anderen Angeboten auch im informellen Bereich ermöglichen) + Zeit, um Intervention innerhalb d. Teams machen zu können zu konkreter Fällen ↳ Anfang 59!!!

FACHVERANSTALTUNGEN (FACHAUSTAUSCH)

Datum: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen

Dialoggruppe	FachWiK
Ziel des Angebots	Fachkompetenzen & informelles + Fachaustausch zu konkreten Fällen
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen	
Kooperation und Vernetzung	
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)	
Mögliche Hindernisse	
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes	- innerhalb der Grenzen (z.B. PS 46) - bei Fachveranstaltungen / Falltagen - + informelle Treffen - bieten

Internetpräsenz der ASAG

Datum: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppel Diagnosen

Dialoggruppe
Ziel des Angebots Mehr Infos auf einen Blick
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen
Kooperation und Vernetzung
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.)
Mögliche Hindernisse
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes

- Terminkalender
- Auspredipartnersinnen
- Infos zu Arbeitsgruppen
- Neues aus der Träger-Landschaft

Wegweiser Seele als Wandposter

Datum: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppel Diagnosen

Dialoggruppe
Ziel des Angebots Poster für Büros + Beratungsräume
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen
Kooperation und Vernetzung
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.) Honorar - & Sachmittel
Mögliche Hindernisse regelmäßige Aktualisierung überblicksfähige Gestaltung
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes

- schnelle Erkennbarkeit + Lage der Angebote
- = wie Onlinewegweiser, bloß als Printversion

- sowohl räumlich orientiert, als auch Arbeitsfeld orientiert

Datum: 01.06.2022

Steckbrief Angebote für Menschen mit Doppel Diagnosen

Dialoggruppe
Ziel des Angebots Vermittlung, Auspredipersonen & Erüberlegung v. Fallkonferenzen
Zugang zu den Angeboten durch die Dialoggruppen über Multiplikatorinnen
Kooperation und Vernetzung Richtweisenspezifisch, in und zwischen den versch. Systemen + angrenzende wie Wohngruppen, Doping Nachbarschaftshilfe
Rahmenbedingungen (Personal, Räumlich, etc.) sinnvolle Strukturkonzepte an verschiedenen Stellen (Verwaltung + Angebotsebene)
Mögliche Hindernisse starke von Personen abhängige Netzwerke, wenn vorhanden kann auf Zeit nur einen für den Bedarf einplanen, müssen ebenfalls bereit sein stichpunktartige Beschreibung des Angebotes (also nicht nur im befreundeten Angebot)
stichpunktartige Beschreibung des Angebotes

Datenstiftung

im konkreten Fall orientierte Netzwerke und Schnittstellenmanagerinnen sind in der Praxis präsent und geben Vermittlung + Wissen weiter über die Restsysteme hinaus, berufen Fallkonferenzen ein. müssen in den großen Systemen (Verwaltung, Mikros, Jobcenter, Protoprotokoll, aber auch im Netzwerk platziert sein (der verschiedenen Trägern und Angeboten, die an Schnittstellen arbeiten) - müssen in beiden präsent sein & miteinander zusammenarbeiten.

Festlegung der Priorisierung

**Niederschwelliges Wohnangebot für Menschen mit
Doppeldiagnosen**

**(Mischfinanzierung § 67 SGB XII und § 99 SGB IX i. V.
m. § 76 SGB IX)**

Eine weitere Auswertung der Ergebnisse des Fachtages erfolgt zunächst im Sprecher*innenrat der PSAG und wird dann wieder im Rahmen der PSAG thematisiert.

Weiterführende Informationen

- Wohnprojekt „Rotwein“:

<https://www.wichern-diakonie.de/soziale-und-pflegerische-angebote/angebote-fuer-menschen-mit-psychischen-erkrankungen-und-suchterkrankungen>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme
und Beteiligung, vielen Dank an
die Vortragenden und die
Moderator*innen.

PSAG der Landeshauptstadt Potsdam - Sprecher*innenrat

Gudrun Braksch

Christian Petatz

Katharina Tietz

Eiken-Carina Magnussen

Gudrun.Braksch@awo-potsdam.de christian.petatz@creso-online.de k.tietz@chillout-pdm.de

Psychiatriekoordination@rathaus.potsdam.de