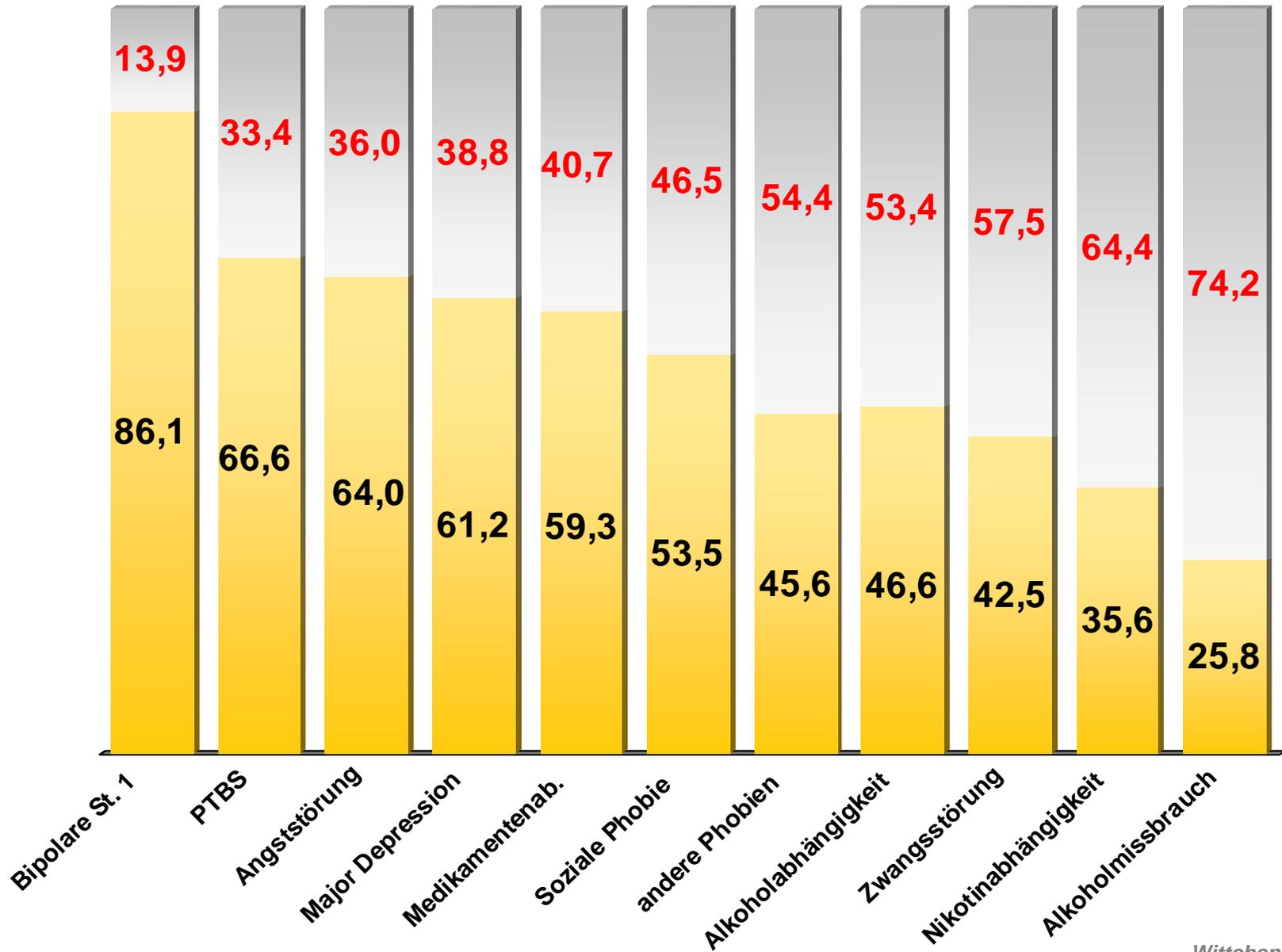


Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Risikopersonen in sozialen Notlagen und drohender Wohnungslosigkeit - das MOTIWOHN-Projekt in Mannheim

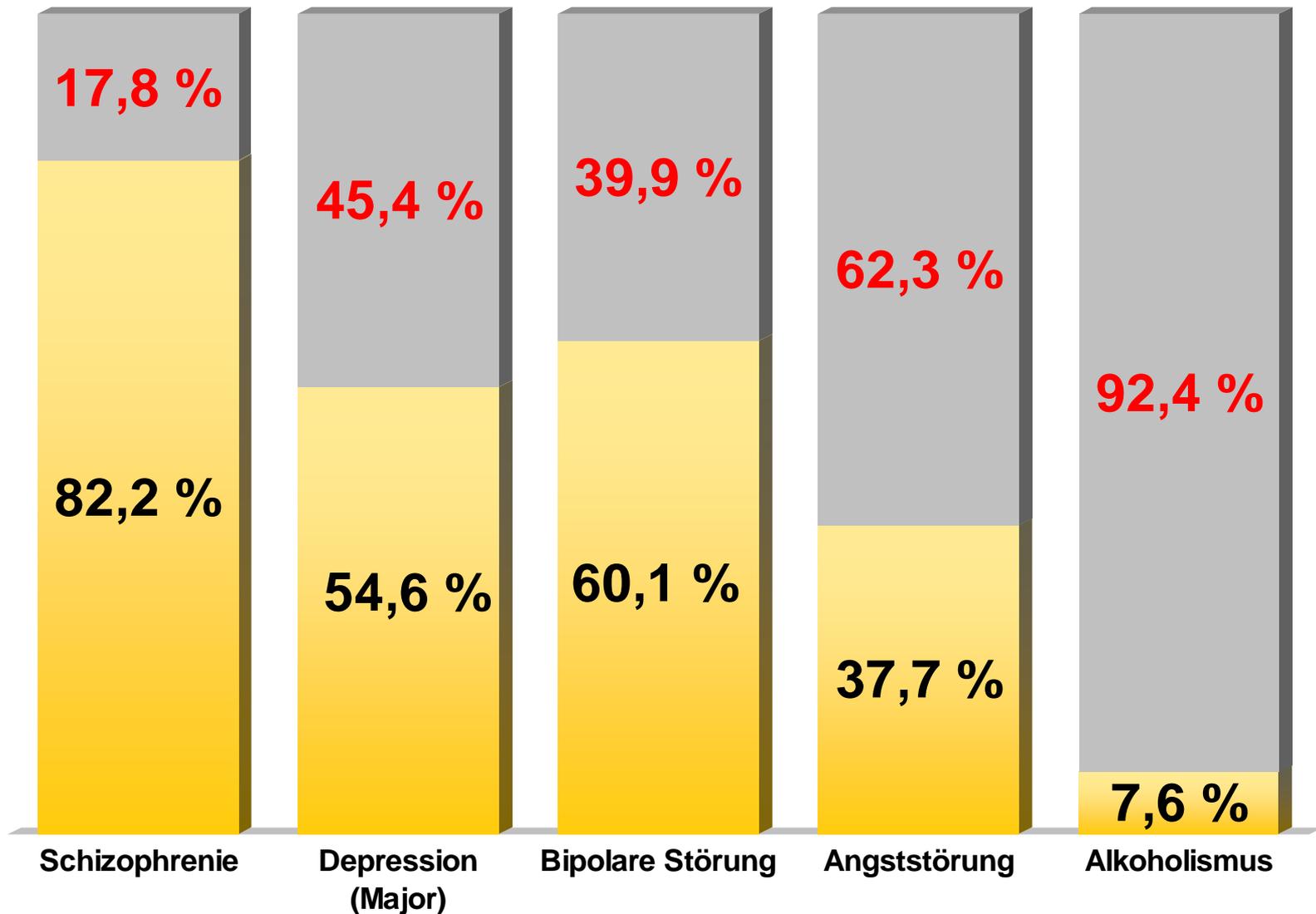
Hans Joachim Salize

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

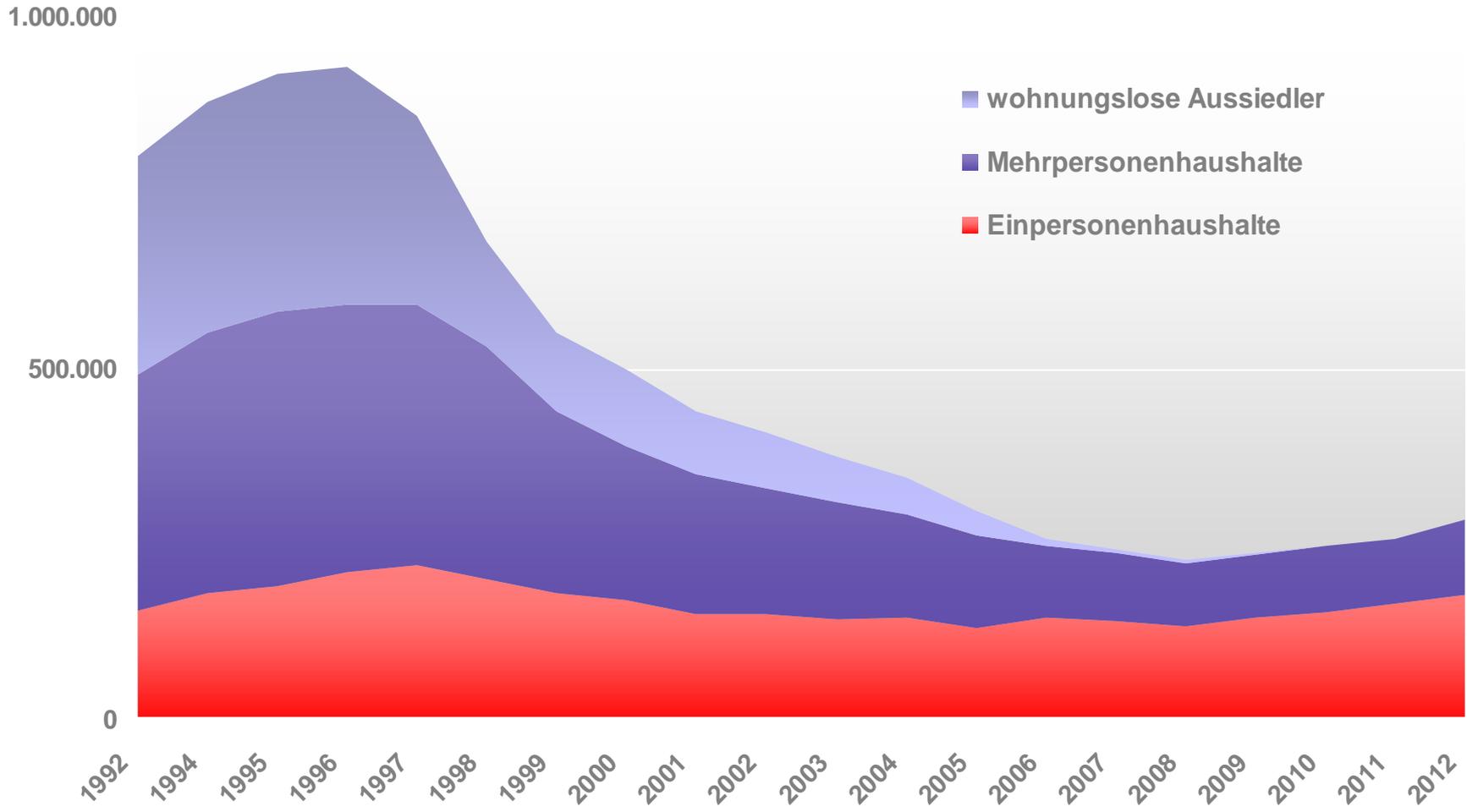
Unbehandelte psychische Störungen - Deutschland 2011



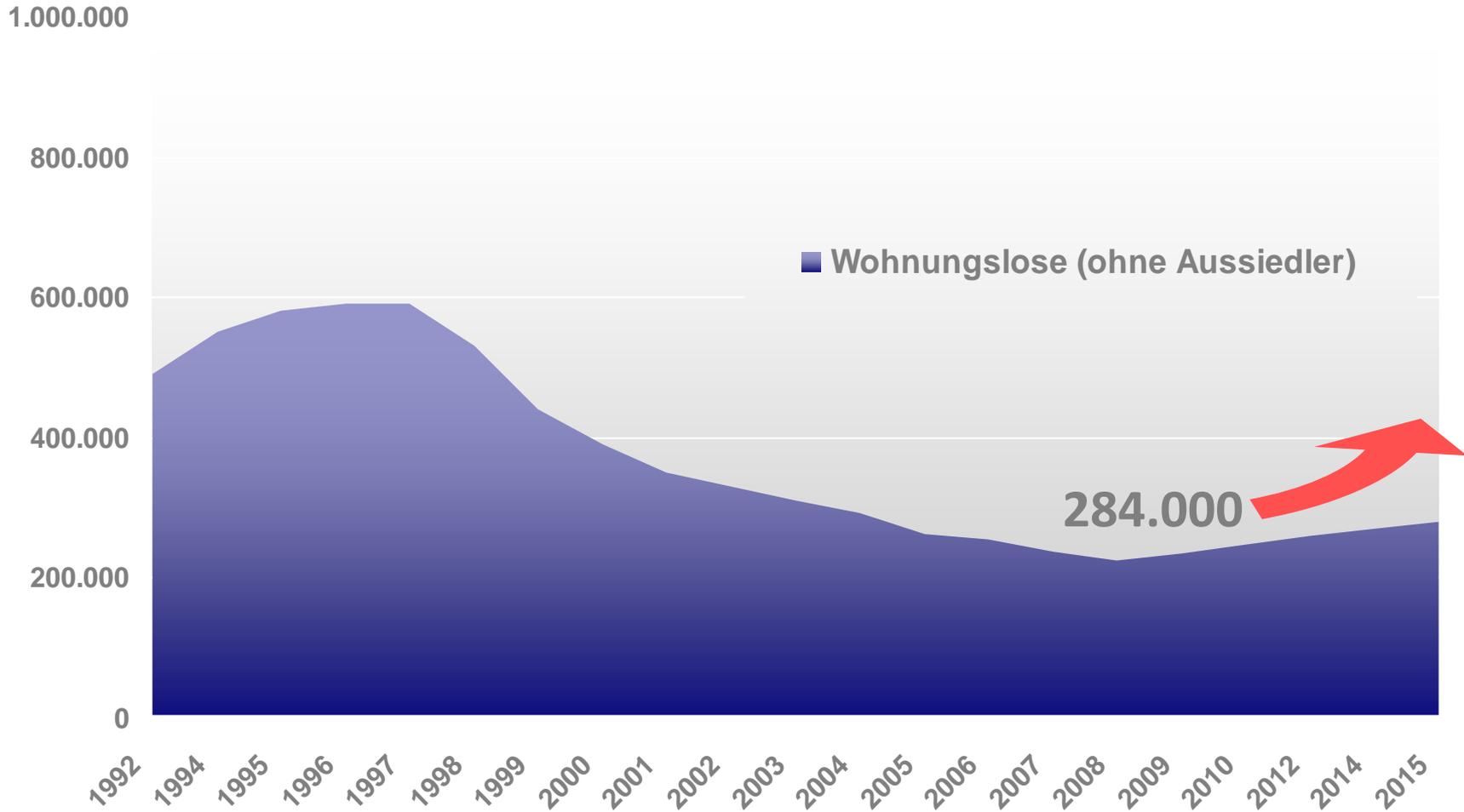
The Treatment Gap – unbehandelte Prävalenz psychischer Störungen in Europa



Wohnungslose in Deutschland



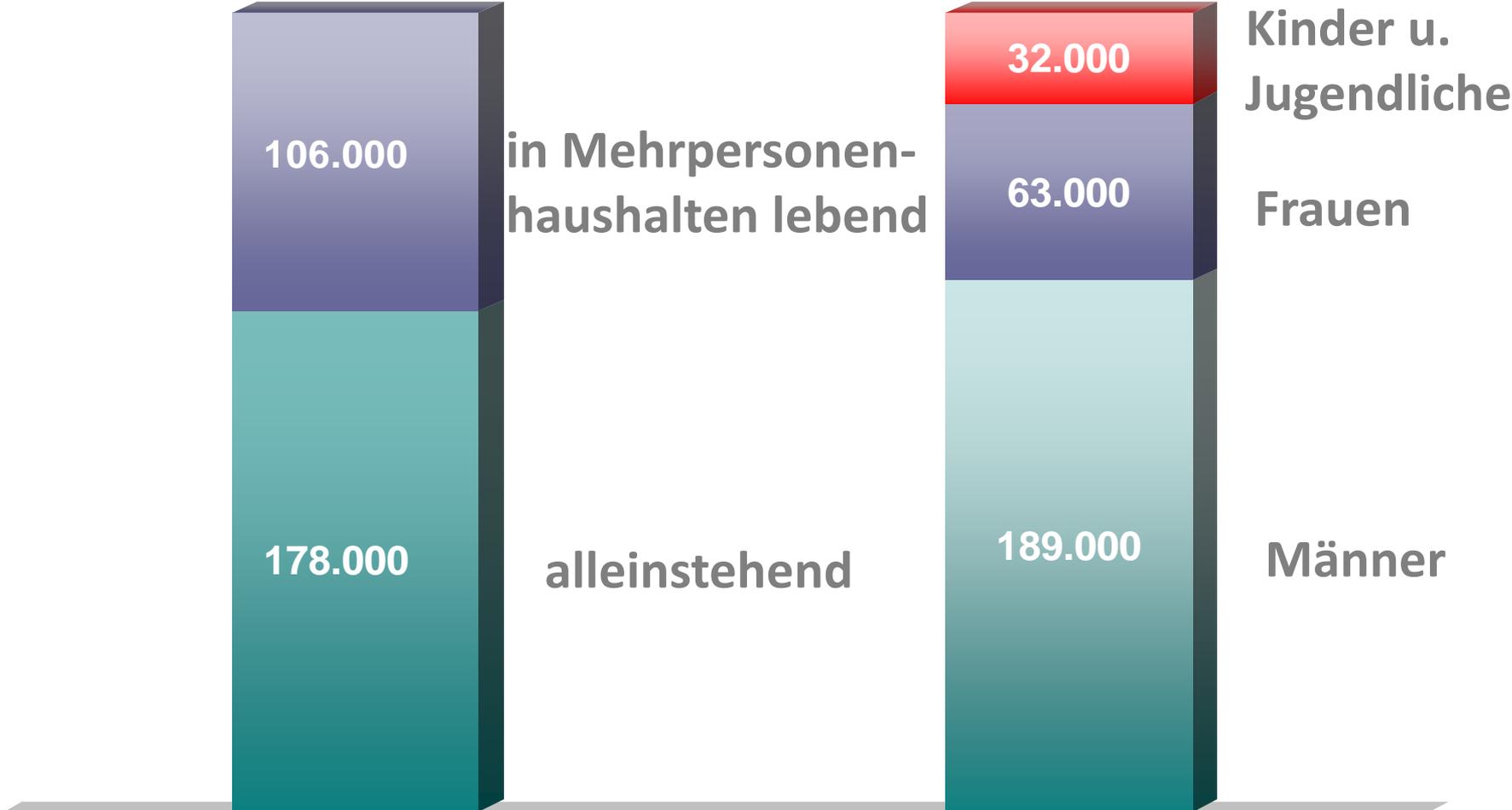
Prognose: Entwicklung der Zahl Wohnungsloser



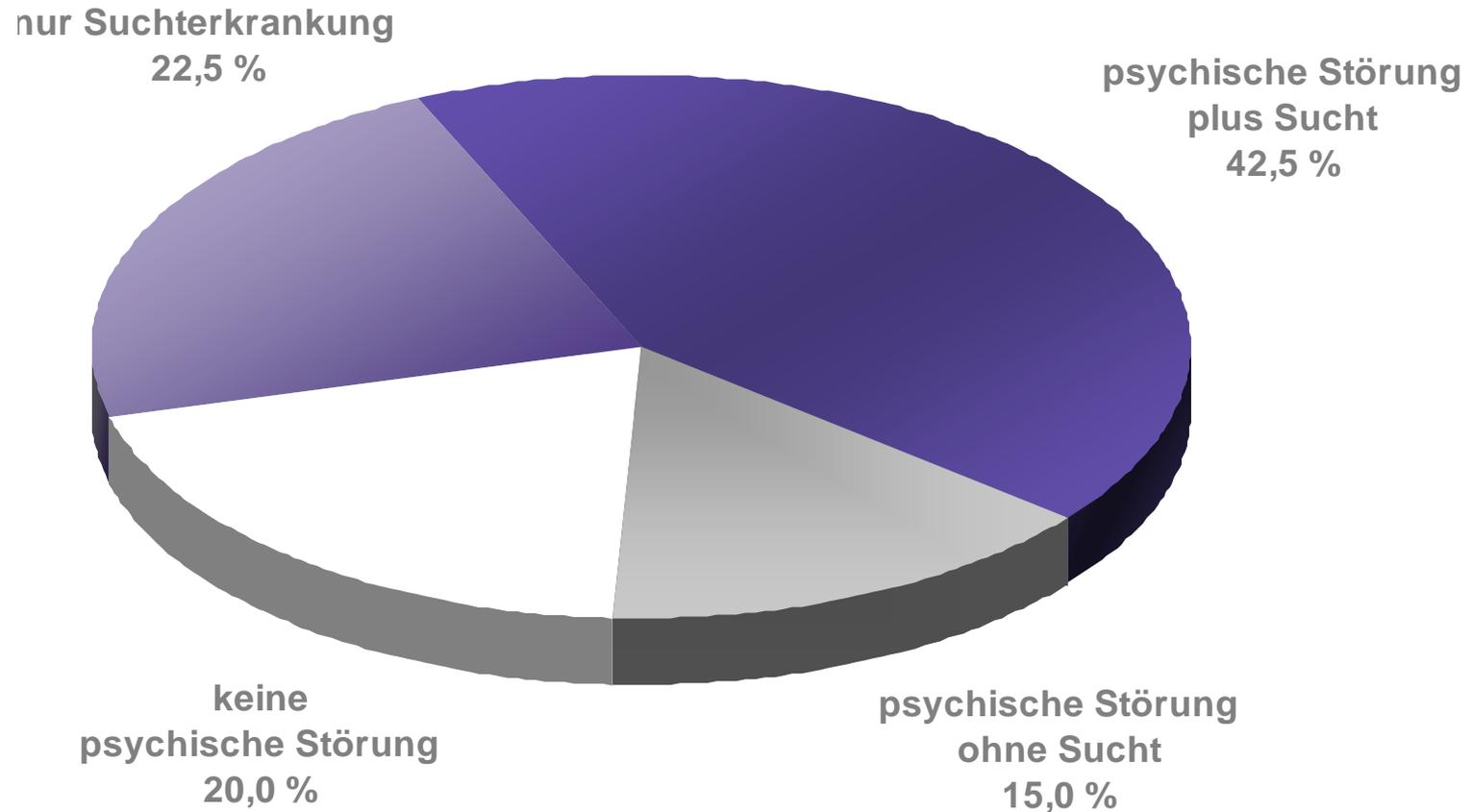
284.000 Wohnungslose in Deutschland 2012



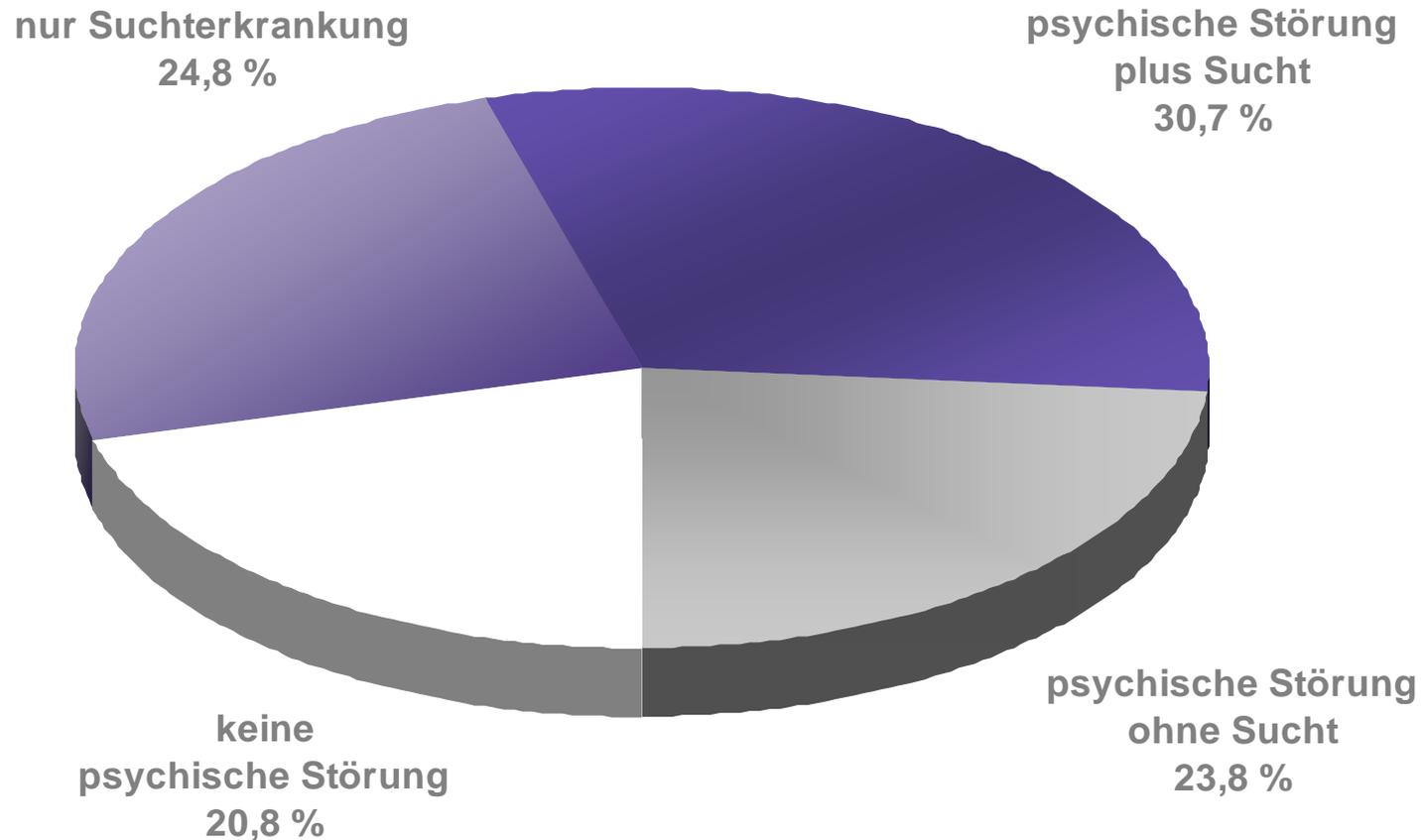
284.000 Wohnungslose in Deutschland 2012



Psychische Störungen 14 bis 23-jährige Wohnungslose Innsbruck (Punktprävalenz, n=40)

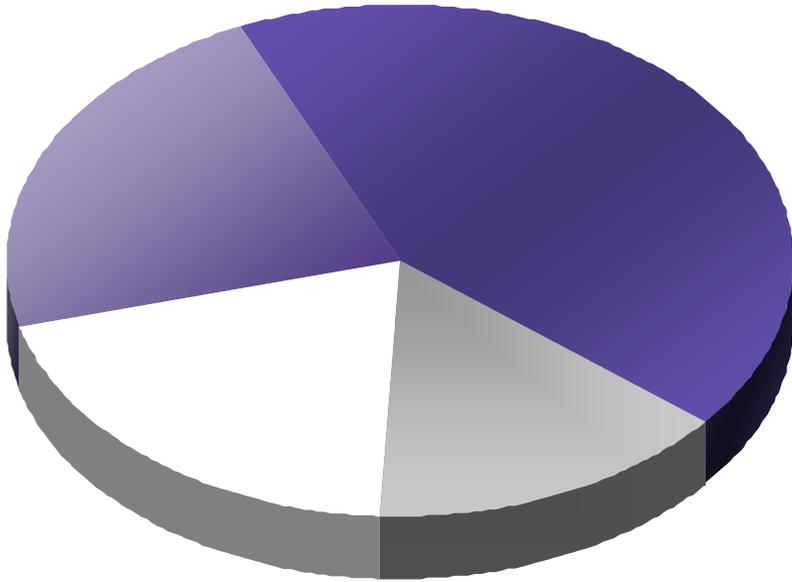


Psychische Störungen – erwachsene Wohnungslose Mannheim (Punktprävalenz, n=101)

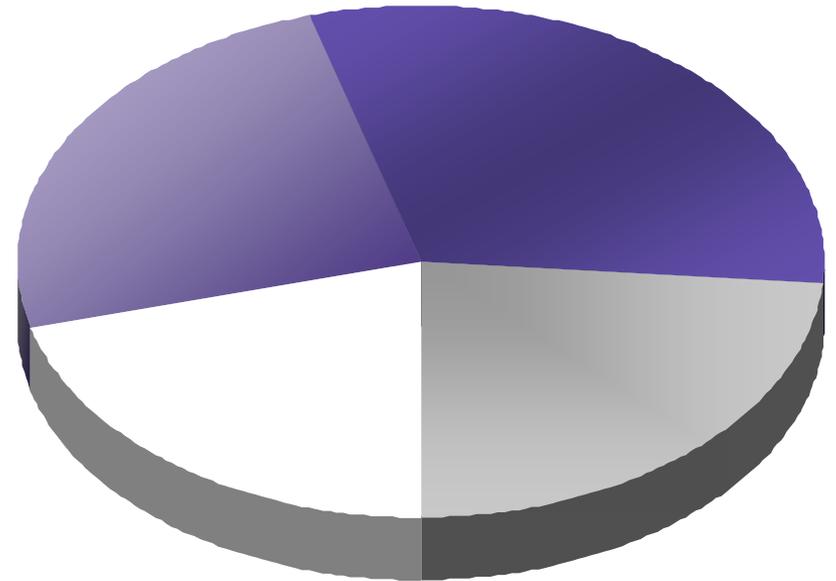


Psychische Störungen bei Wohnungslosen

Kinder u. Jugendliche
Innsbruck



Erwachsene
Mannheim

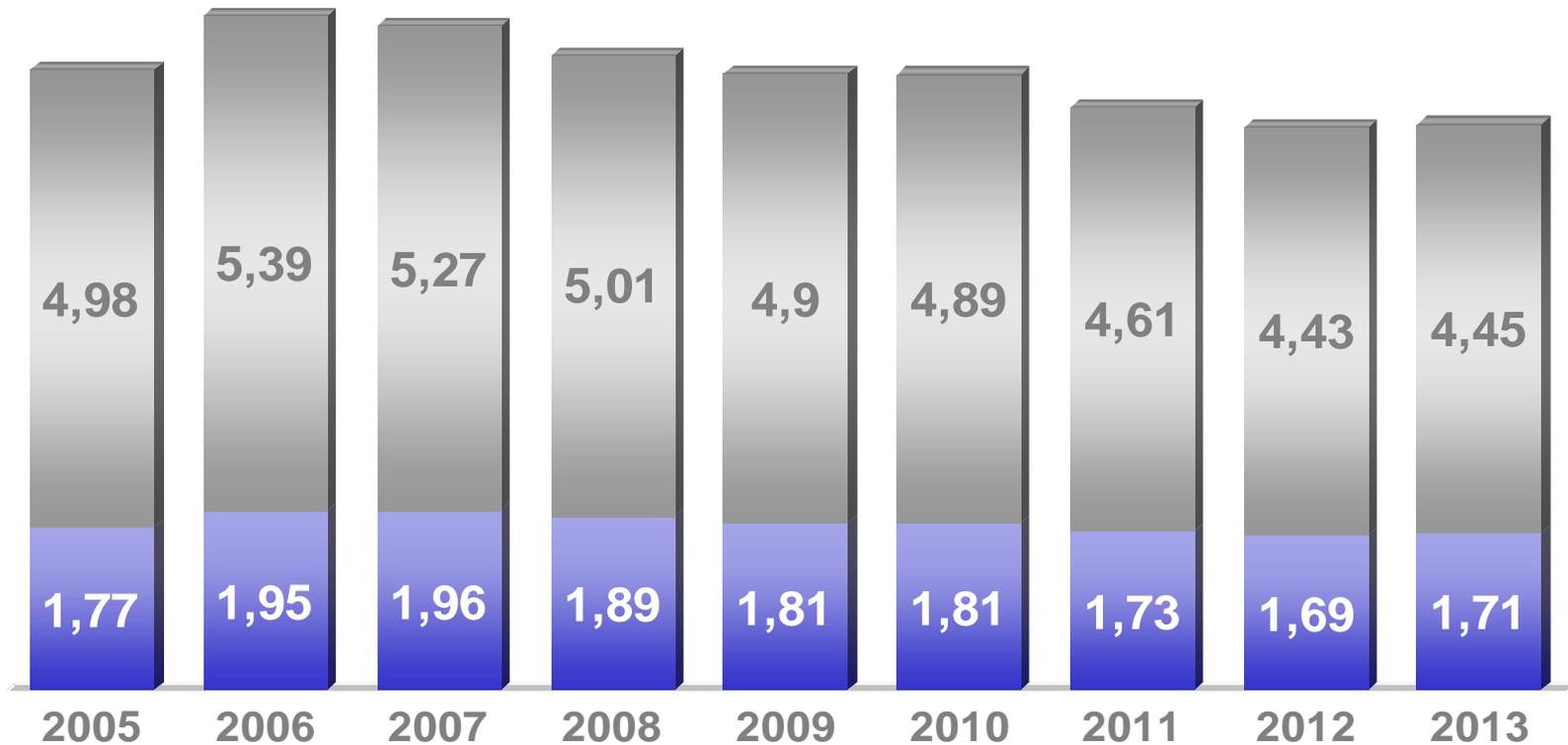


es geht früh los und dann tut sich nicht mehr viel...

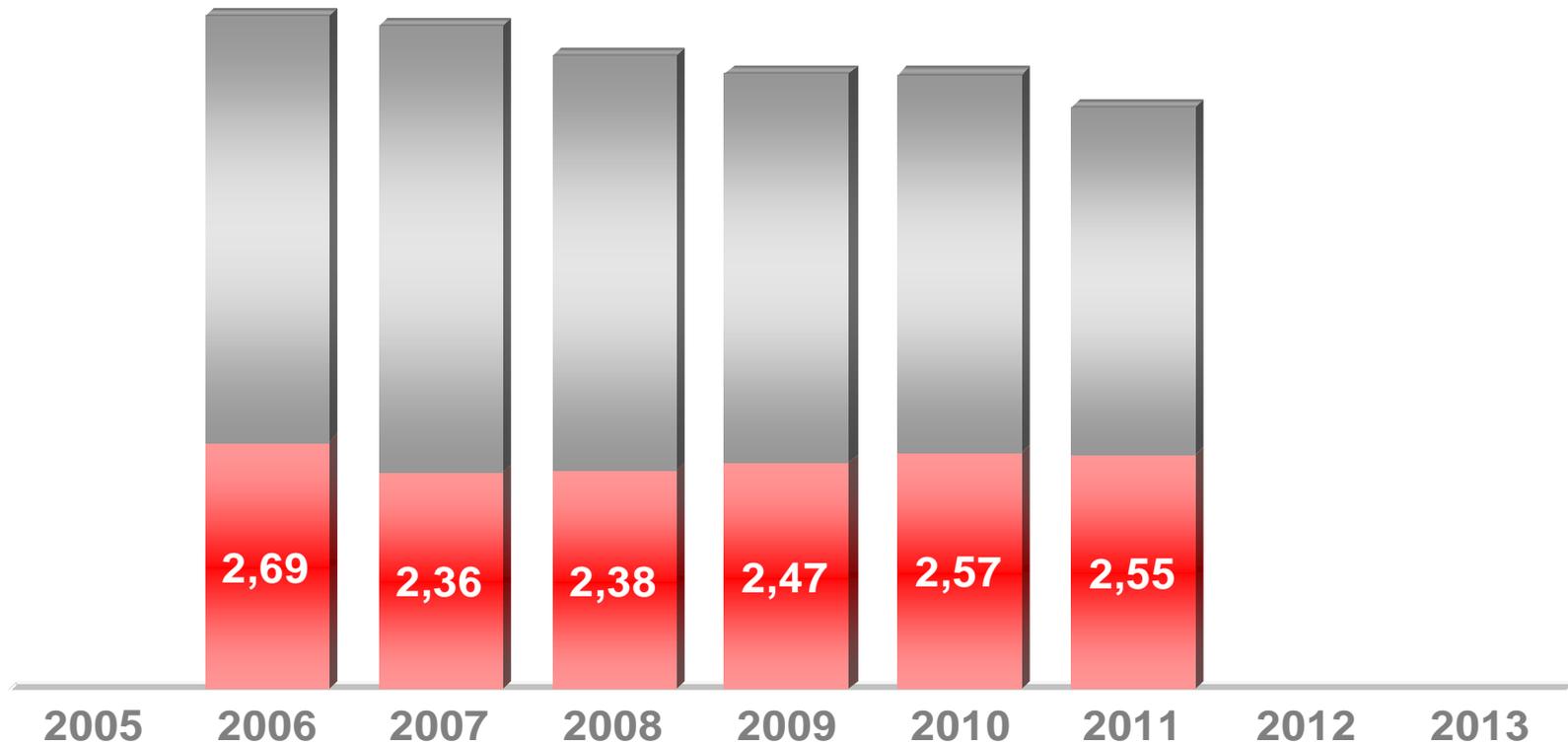
Wohnungslosenhilfe

- erreicht weniger als die Hälfte aller Wohnungslosen
- hat einen hohen Anteil Kinder und Jugendlicher als potentielle Klientel (11,3 % aller Wohnungslosen)
- ist kaum auf die Betreuung Kinder und Jugendlicher ausgerichtet
- rechnet mit steigenden Raten in den nächsten Jahren

Arbeitslosengeld II- und Sozialgeldempfänger (in Mio.)



Krankenversicherte Arbeitslosengeld II- und Sozialgeldempfänger mit psychiatrischer Diagnose (in Mio.)





WM 2014

Liveticker

Deutsches Team

Ergebnisse & Spielplan

Tabellen

Tippspiel

Liveblog



Home > Gesellschaft > Studie über Hartz-IV-Empfänger: Hunderttausende haben Suchtprobleme

Studie über Hartz-IV-Empfänger

Hunderttausende haben Suchtprobleme

Auch zu hohe Schulden belasten viele Langzeitarbeitslose. Hartz-IV-Empfänger werden mit ihren Problemen aber oft alleingelassen, beklagt der Deutsche Gewerkschaftsbund.



Suchtprobleme sind unter Langzeitarbeitslosen weit verbreitet

© DPA



Suchtprobleme sind unter Langzeitarbeitslosen weit verbreitet

Suchbegriff eingeben



Meinungen (3)

Merken

Drucken

Empfehlen (13)

Permalink

Mail

Empfehlen 29

Twittern 20

g+1

18.06.2014, 01:32 Uhr

Smalltalk >



Fußball-Weltmeisterschaft

Zwei Favoriten, ein Gewinner

Die Sängerin Rihanna durchlebte schmerzliche Stunden, als ihre Lieblinge Deutschland und Portugal gegeneinander spielten. Und Ai Weiwei sagt: Die Deutschen hatten es zu leicht! Der Smalltalk. [Mehr >](#) ★ 3

Anzeige



1,20% aufs Tagesgeld

Zinssatz für 12 Monate fest. Geld

Hunderttausende erwerbsfähige Hartz-IV-Empfänger haben nach einem Zeitungsbericht Schulden- und Suchtprobleme. Von den zuständigen Kommunen würden die Betroffenen damit jedoch in den allermeisten Fällen alleingelassen, berichtet die „Saarbrücker Zeitung“ in ihrer Mittwochsausgabe unter Berufung auf eine Untersuchung des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).

Insgesamt gehe der DGB für das Jahr 2012 von gut 1,1 Millionen erwerbsfähigen Hartz-IV-Empfängern mit Schuldenproblemen aus, von denen nach einer Statistik der Bundesagentur für Arbeit aber nur 32.500 durch die Kommunen entsprechend beraten wurden. Von den geschätzt 450.000 Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen erhielten laut Statistik lediglich 9.000 eine Beratung.

Mehr zum Thema

- Mittel gegen Dauerarbeitslosigkeit: Lügen und Langzeitarbeitslosigkeit >
- Ein Tag im Jobcenter: Es brennt lichterloh! >
- Hartz IV für Ausländer? >

Zudem haben 900.000 Langzeitarbeitslose laut DGB-Studie sogenannte psychosozialen Schwierigkeiten. Kommunale Hilfen für die Betroffenen wurden in 20.000 Fällen gemeldet. „Die

Defizite im Hartz-IV-System bestehen vor allem darin, dass das Fordern sehr groß geschrieben wird, aber das Fördern zum Teil viel zu kurz kommt“, sagte der DGB-Arbeitsmarktexperte Wilhelm Adamy der „Saarbrücker Zeitung“. Ohne soziale Stabilisierung könnten die Betroffenen nicht nachhaltig in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Quelle: FAZ.NET/dpa

Zur Homepage 

 Empfehlen

29

 Teilen

 Twittern

20

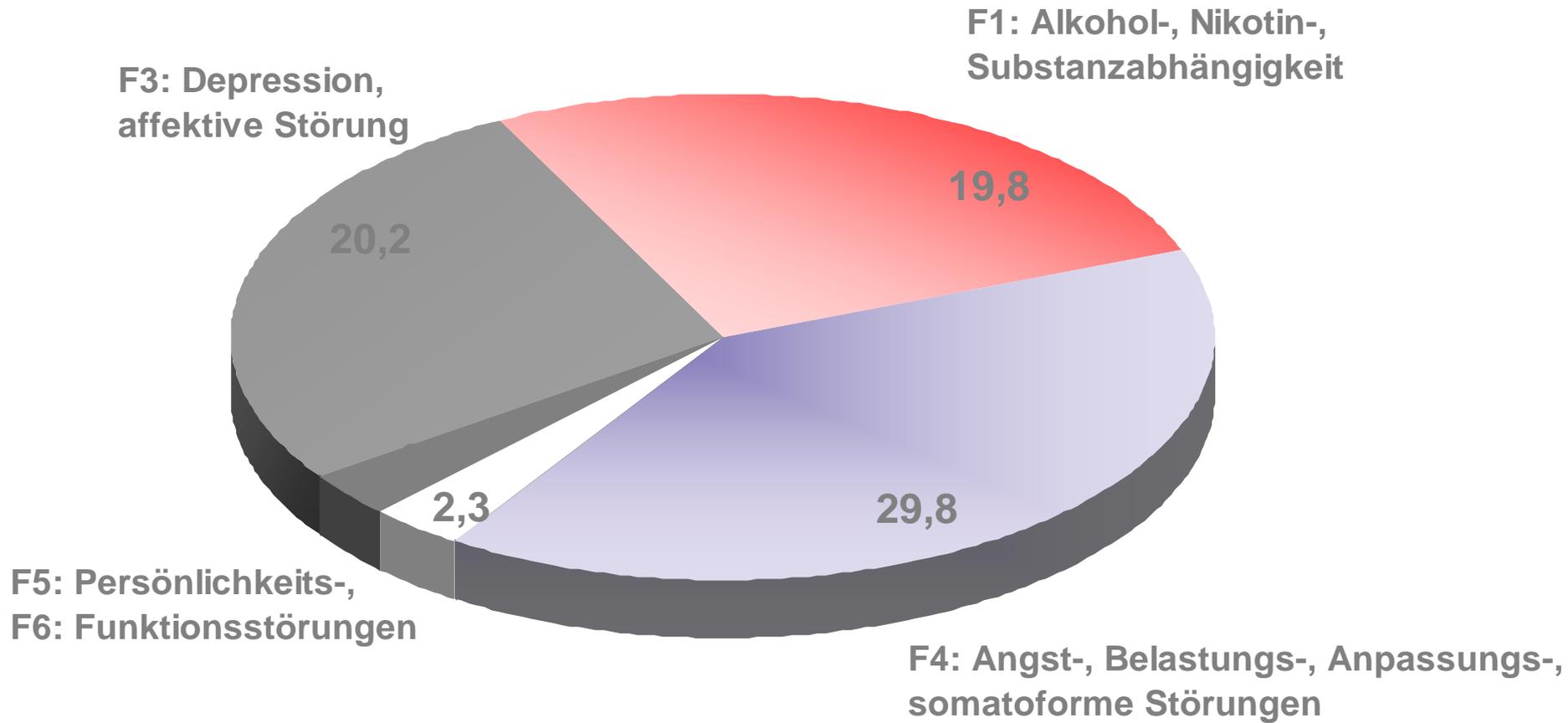
 +1

★ (13)



Welche psychischen Störungen ?

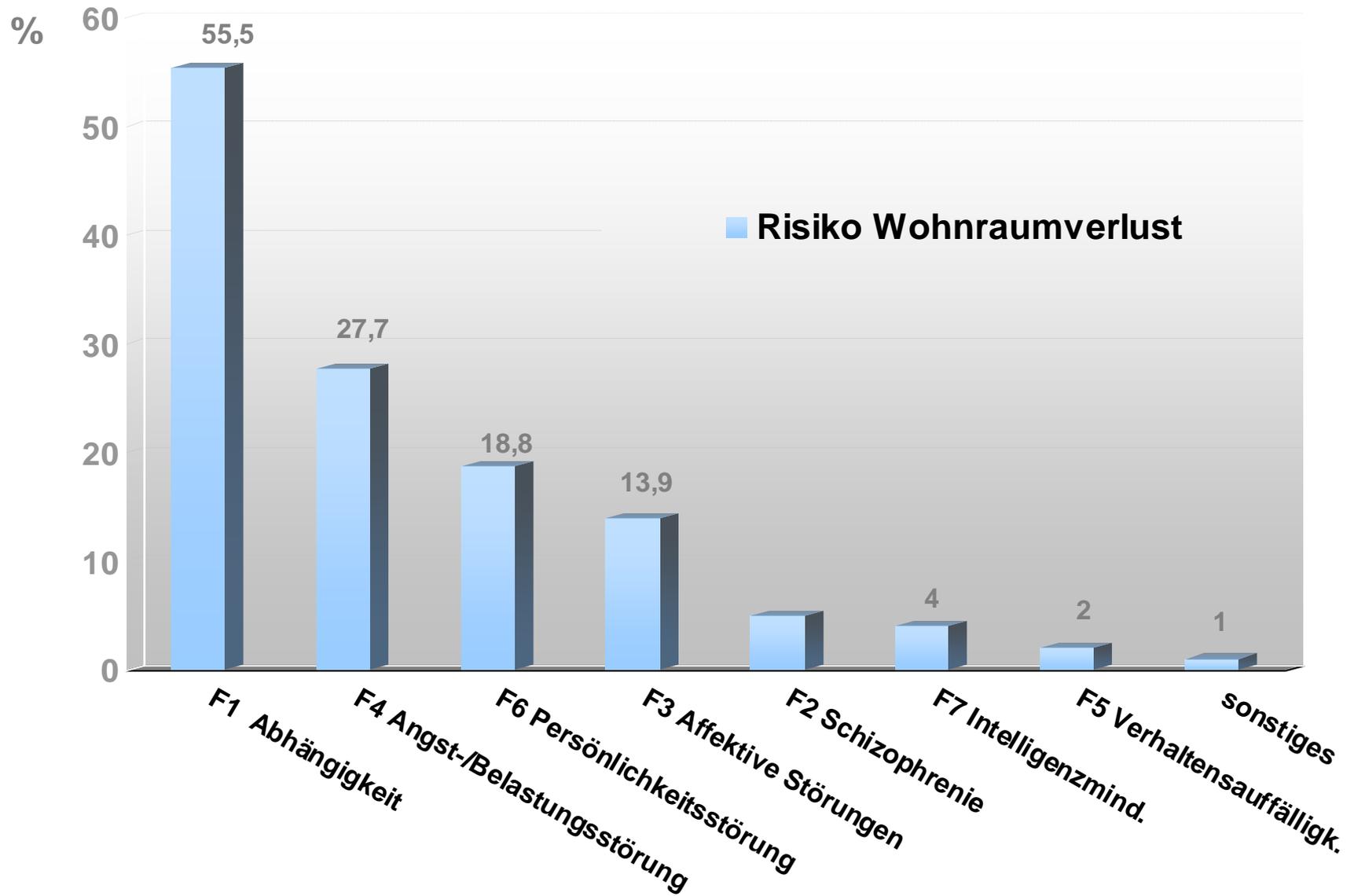
Anteile Diagnosen an allen bei der AOK versicherten ALG II-Beziehern 2011 (n=1,6 Mio.)



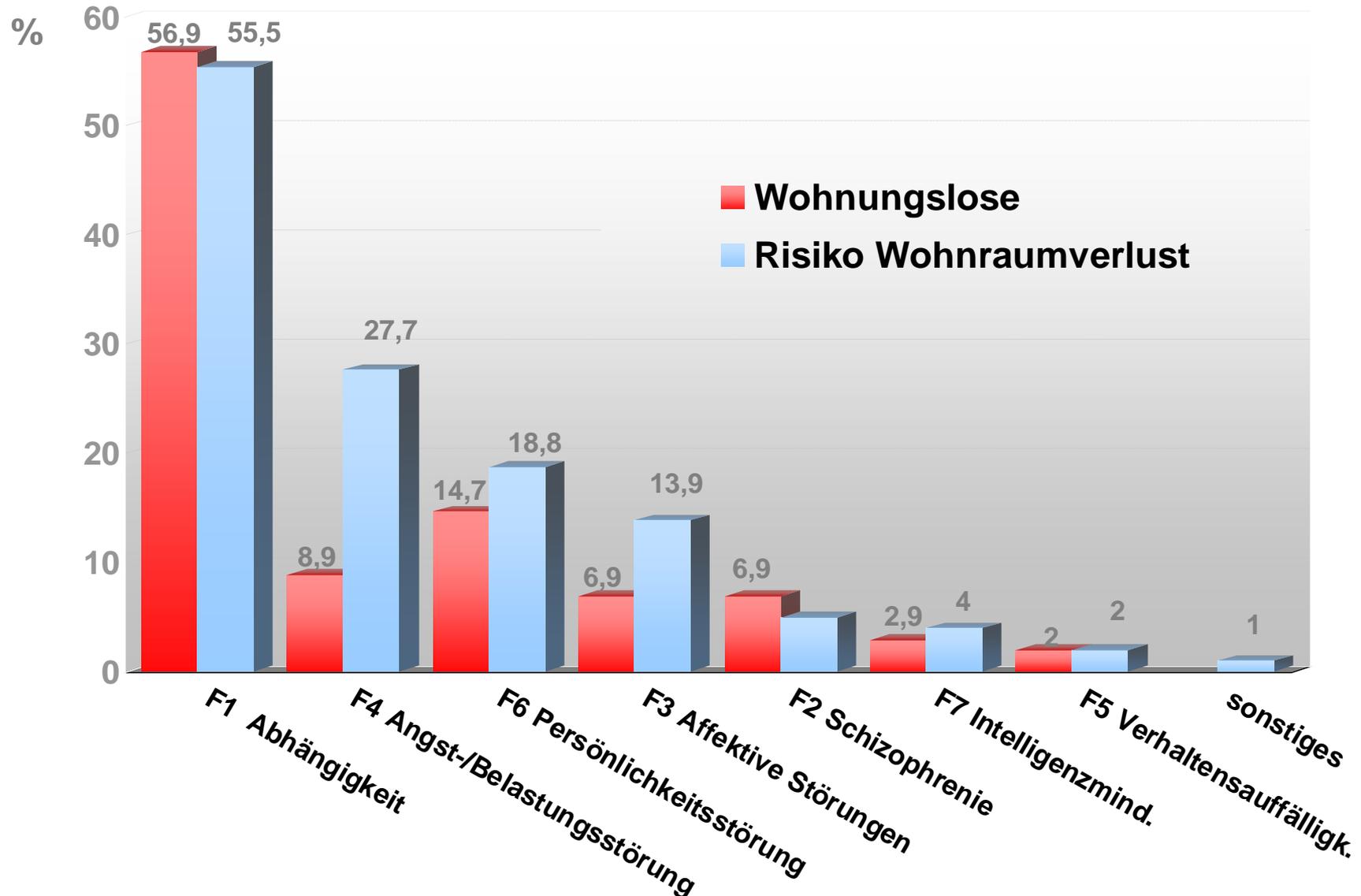
Arbeitsverwaltung

- betreut zwischen 6 und 7 Mio. Hartz IV- und Sozialgeldempfänger
- von denjenigen mit Krankenversicherung weist ca. ein Drittel psychiatrische Diagnosen auf
- Umfang, Art und Qualität der Behandlung ist unbekannt
- die Dunkelziffer der Nichtdiagnostizierten und Unbehandelten ist unbekannt
- über den familiären Status der Problemgruppe liegen keine Daten vor (Kinderzahl usw.)
- eine substantielle Zahl von Kindern und Jugendlichen unter hoher ökonomischer und psychischer Belastung ist wahrscheinlich

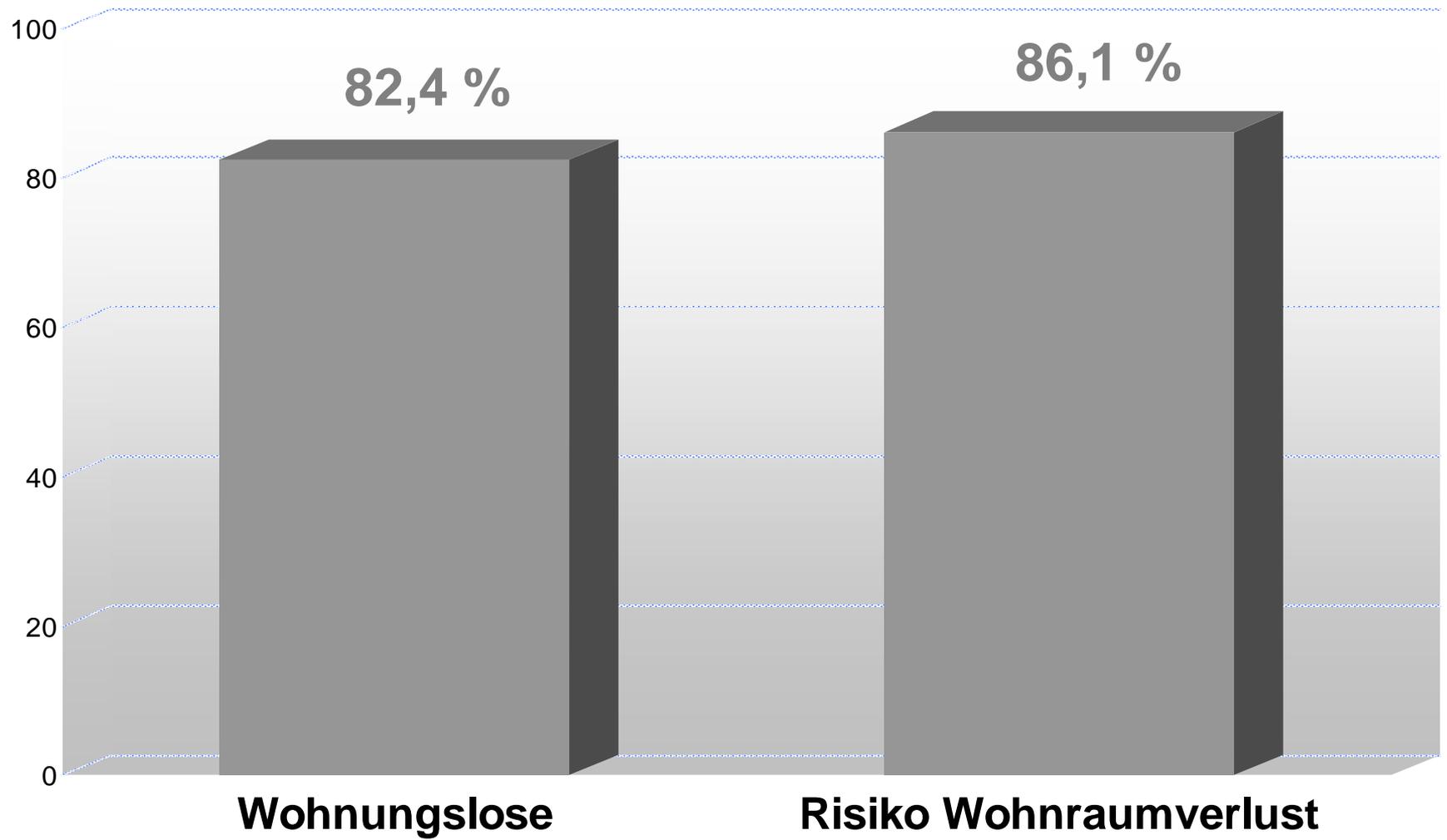
Psychiatrische Prävalenz - 2004



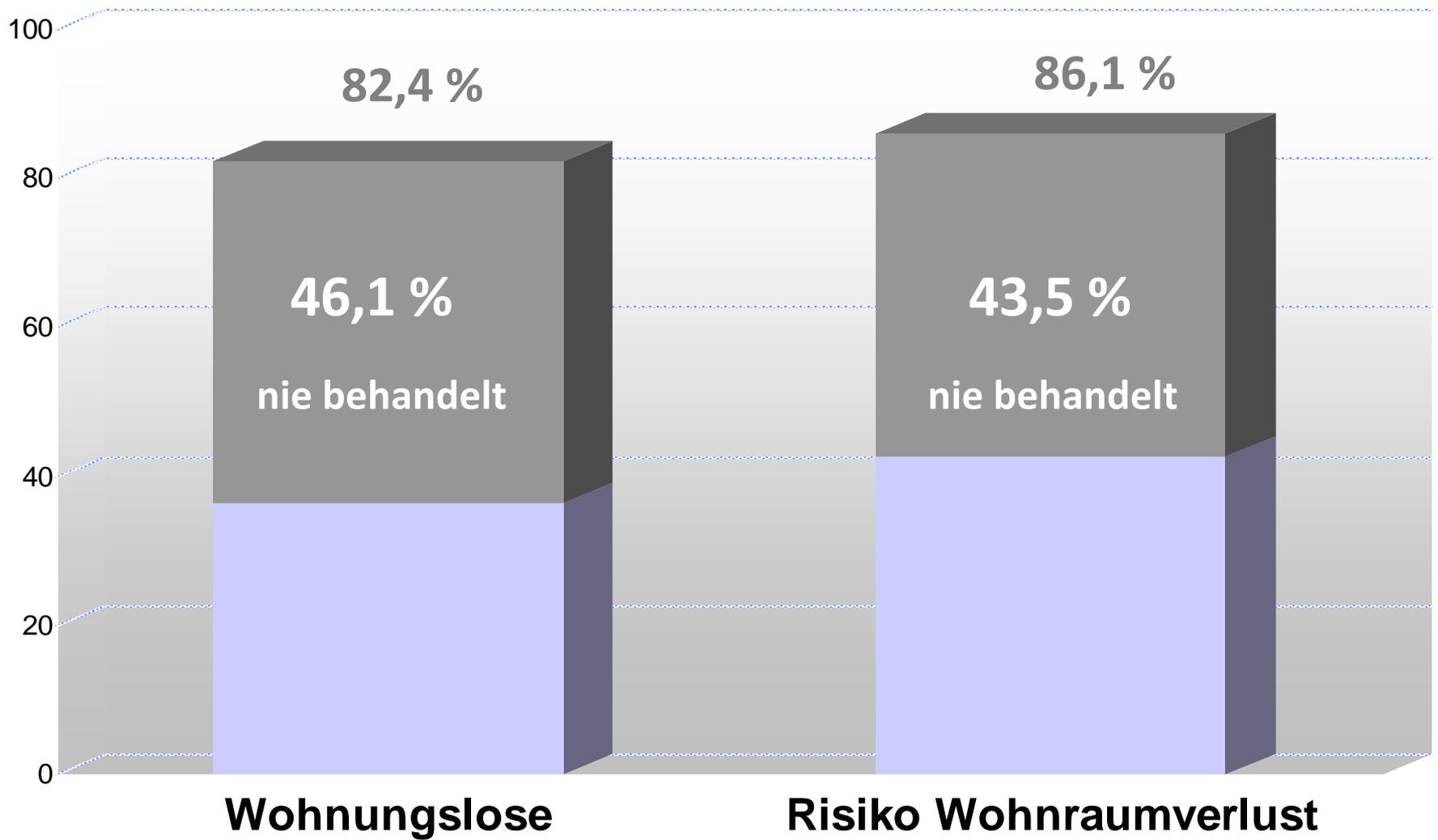
Psychiatrische Prävalenz - 2004



Psychiatrische Morbidität – Mannheim (lifetime)



Psychiatrische Morbidität – Mannheim (lifetime)



MOTIWOHN - Studie

Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Personen mit Risiko des Wohnraumverlustes

- prospektive Präventions- und Interventionsstudie
- Dauer: 2011-2013
- an zwei Standorten: Mannheim und Freiburg

Annahmen

- soziale Notlagen verschlimmern sich bei unbehandelten psychischen Störungen und umgekehrt
- bei vielen Risikopersonen in prekären sozialen Lagen sind psychische Probleme festzustellen
- die psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung dieser Risikopersonen ist defizitär
- es fehlt an geeigneten Hilfeangeboten
- die Behandlungsprävalenz – und damit die psychische und soziale Lage - der Betroffenen kann mittels spezifischer Maßnahmen verbessert werden

Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Personen mit Risiko des Wohnraumverlustes

MOTIWOHN

Vorgehen:

- Rekrutierung von Risikopersonen in Ämtern für Wohnraumversorgung, Jobcenter etc.
- Psychiatrische Diagnostik
- Motivierung zur Behandlungsaufnahme
- Kontaktherstellung
- Motivierende Begleitung
- Erfolgskontrolle (Monate 6 u. 12)
 - Behandlungsprävalenz
 - Besserung Symptomatik
 - Besserung Wohnsituation
 - Lebensqualität



Christian Roller Preis

gestiftet von



2006 Dr. Christiane Hornstein, PZN Wiesloch

Projekt: „Kompetenznetz zur Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Frauen mit peripartalen psychischen Störungen“

2008 Prof. Dr. Erich Frommberger, MediClin Klinik Lindenhöhe, Offenburg,
in Zusammenarbeit mit PZN Wiesloch und ZfP Weissenau

Projekt „Gewalt- und Deliktprävention bei aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit Schizophrenie“

2010 Prof. Dr. Hans Joachim Salize, ZI Mannheim

Projekt „Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Risikopersonen vor dem Abrutschen in die Wohnungslosigkeit

Illenau



Dr. Christian Roller (1802 – 1878)

Erster Direktor der Illenau
1842 - 1878

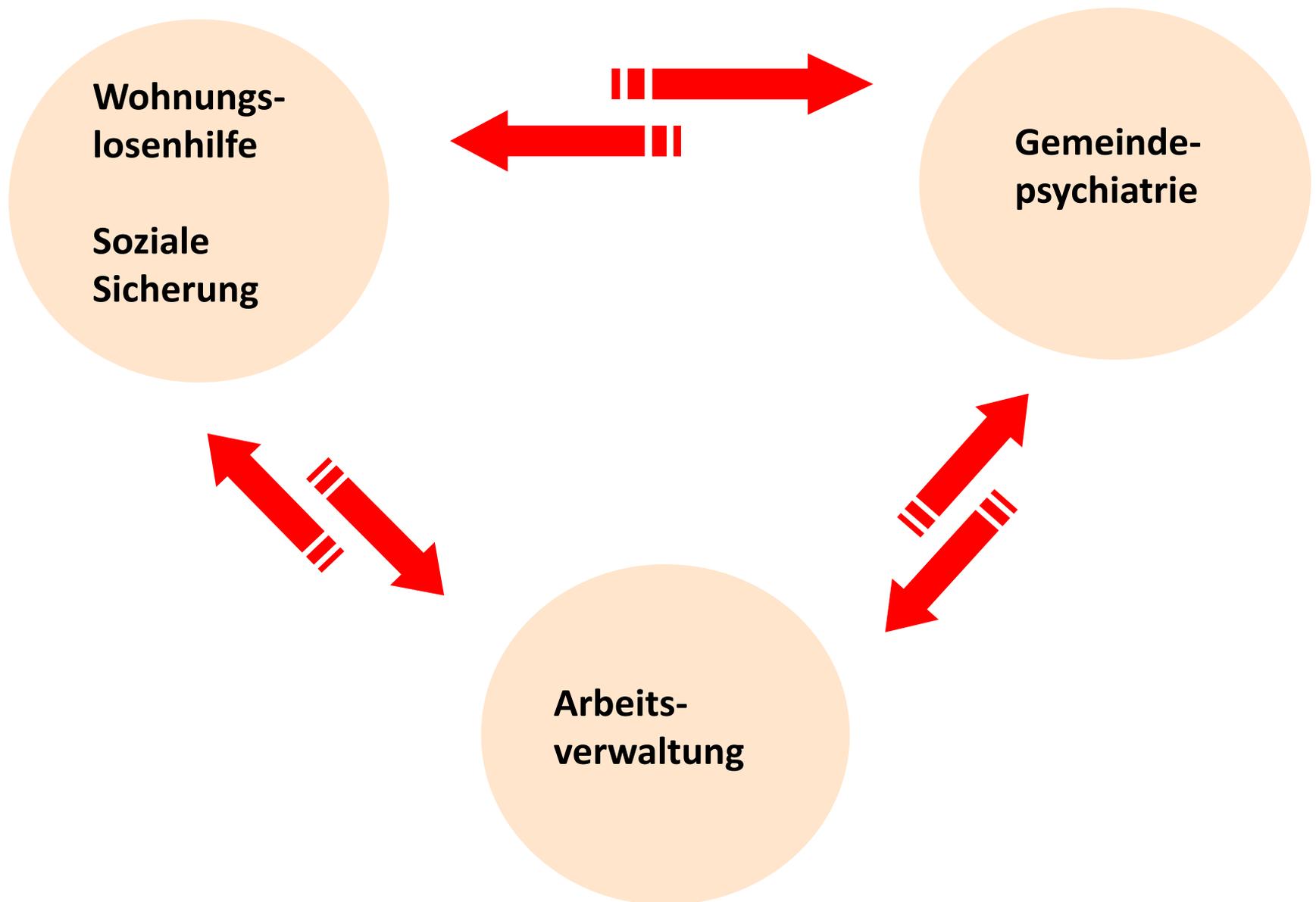


Kooperationspartner

Freiburg: Amt für Wohnraumversorgung / -sicherung
SPDi Freiburg
Wohnungslosenhilfe
Jobcenter Freiburg

Mannheim: Fachbereich Soziale Sicherung /
Sachgebiet Wohnungshilfen u. Flüchtlinge
Jobcenter Mannheim
Wohnungslosenhilfe
Gemeinnützige Wohnungsbaugesell. GBG

Kooperierendes Netzwerk ?



Unterstützung zum Erhalt Ihrer Wohnung

Das Projekt

„**MOTIWOHN**“



Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

AG Versorgungsforschung



Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Studienleiter: Prof. Dr. H.-J. Salize
Ansprechpartner: Dipl.-Psych. M. Arnold
D6,5 – 68159 Mannheim, Telefon: 0621 1703-6404



Kriterienkatalog Studieneinschluss

Wissenschaftliche Studie zur „Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Risikopersonen vor dem Abrutschen in die Wohnungslosigkeit - MOTIWOHN“

Räumungsklage ja nein

Psychiatrische Vorgeschichte

- bekannte Diagnose, nämlich _____
- bekannte psychiatrische Vorbehandlung

Gegenwärtige psychiatrische Behandlung

- Konsultation eines Psychiaters/Psychologen/Psychotherapeuten in den letzten 6 Monaten
- Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik in den letzten 6 Monaten

Psychische Probleme (subjektive Sicht des Befragten)

- ja, nämlich _____
- nein

Externe Beobachungskriterien

- Depressive Stimmung, Niedergeschlagenheit
- Antriebslosigkeit, leichte Ermüdbarkeit
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch
- Spielsucht, Kaufsucht oder sonstige Süchte
- Wahn (irrationale Überzeugungen, z.B. Verfolgungswahn)
- Halluzinationen (z.B. Stimmenhören)
- Formale Denkstörungen (Zerfahrenheit, Gedankensprünge, usw.)
- Schlafstörungen
- Suizidalität oder selbstschädigendes Verhalten
- Übersteigertes Selbstbewusstsein, übermäßige Aktivität
- Aggression, Gewalttätigkeit, evtl. Straffälligkeit
- Zwangsgedanken, Zwangshandlungen (z.B. Waschzwang)
- Übertriebene Ängste
- Traumatisierungen in der Vergangenheit (Missbrauch, häusliche Gewalt, usw.)
- Körperliche Syndrome (z.B. Schmerzen oder neurologische Störungen) ohne medizinische Ursachen oder Erklärungen
- Sonstiges: _____

Sprache/Verständigung

- Kommunikation gut möglich
- Kommunikation (z.B. aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse) schwierig

MOTIWOHN Studiendesign

Intervention (6-8 Wochen)

- motivational interviewing

Follow-up

- Behandlungsbeginn
- Behandlungssadhärenz
- Lebensqualität
- Empowerment
- Bedarfsdeckung
- soziale Unterstützung etc.



Überweisung zu psychiatrischer Einrichtung

kontinuierliche motivationale Betreuung

Verweisungen an die Studie

Überleitung in psychiatrische Fachdienste nach 6 Monaten

zugeleitet	Job Center	77	130	100 %	
	soziale Sicherung	23			
	gemeinnütziger Wohnungsbau	7			
	Wohnungslosenhilfe	7			
	gesetzliche Betreuer	9			
	andere	7			
kein Einschluss	(nicht erschienen, bereits in Behandlung, keine Einwilligung, mangelnde Sprachkenntnisse)		72	55,4 %	
Studieneinschluss			58	44,6 %	100 %
Dropouts			26		44,8 %
Completer			32		55,1 %
Outcome	stabilisiert ohne Behandlung	8		% Completer	% Einschluss
	Suchtambulanz/-tagesklinik	8		25,0 %	13,7 %
	Psychotherapeut/Psychologe	6		18,8 %	10,3 %
	Psychiater (ambulant)	5		15,6 %	8,6 %
	Sozialpsychiatrischer Dienst	2		6,3 %	3,4 %
	Psychiatrische Institutsambulanz	2		6,3 %	3,4 %
	Psychiatrische Klinik	1		3,1 %	1,7 %

Diagnosen bei Studieneinschluss (n=58)

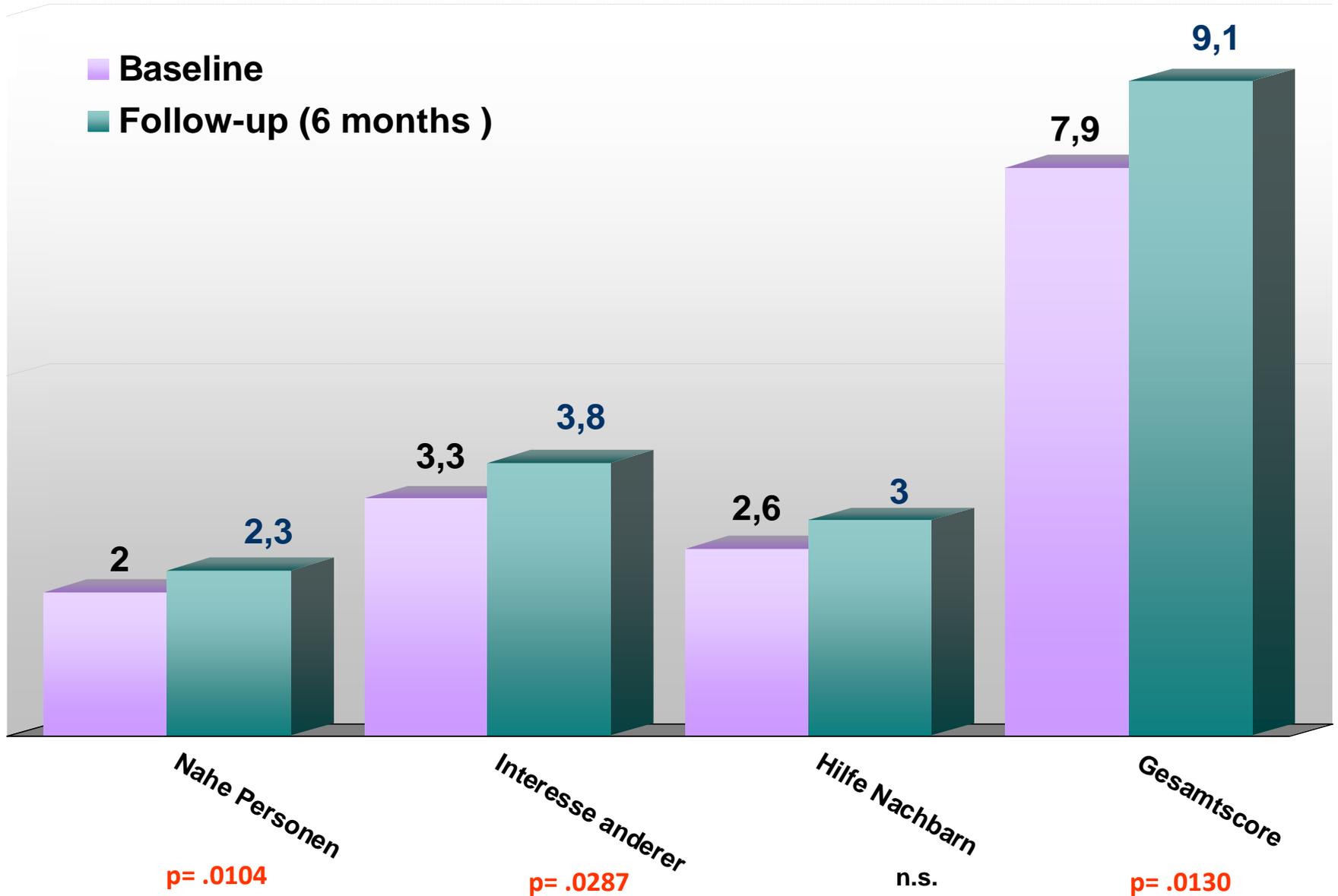
F10	Sucht	15,9 %
F20	Schizophrenie	1,7 %
F30	Affektive Störung, Depression	25,8 %
F40	Angststörung	24,1 %
F60	Persönlichkeitsstörung	17,2 %
nicht diagnostizierbar (mangelnde Compliance)		15,5 %

OSLO 3-Items Social Support Scale

- Wie viele Personen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich bei schweren persönlichen Problemen auf sie verlassen können ?
- Wie viel Interesse zeigen andere Menschen gewöhnlich für das, was Sie tun ?
- Wie leicht ist es für Sie, praktische Hilfe von Ihren Nachbarn zu erhalten, wenn Sie welche brauchen ?

Summenscore:	3 - 8	geringe Unterstützung
	9 - 11	moderate Unterstützung
	12 - 14	hohe Unterstützung

OSLO 3-Items Social Support Scale



Empowerment – Selbsterwartung (SWE)

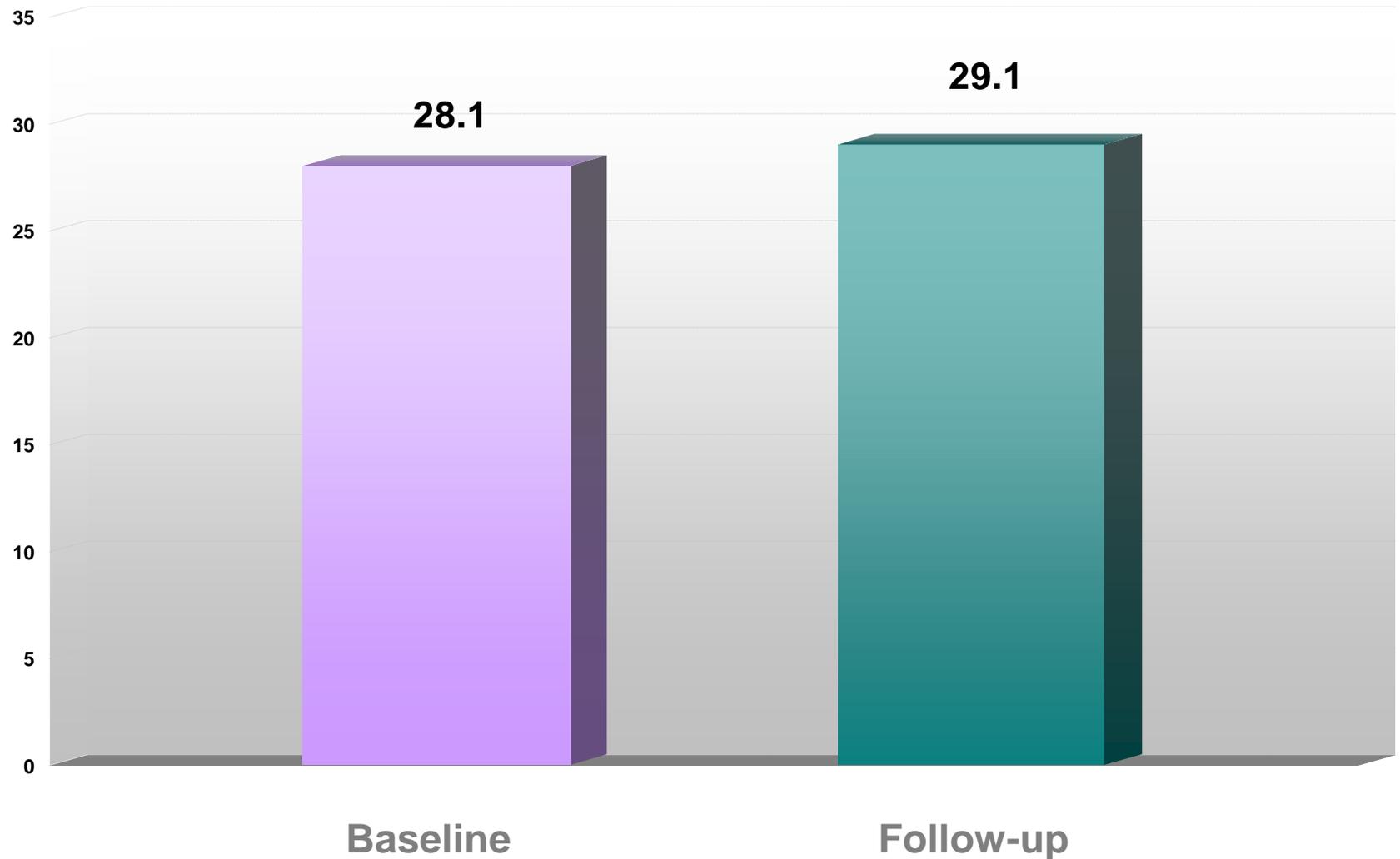
10 Items

- Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen
- Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe
- Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen
- In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll
- Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkomme
- Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann
- Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen
- Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden
- Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich wie ich damit umgehen kann
- Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern

stimme voll zu - zum Teil zu - zum Teil nicht zu - vollständig nicht zu

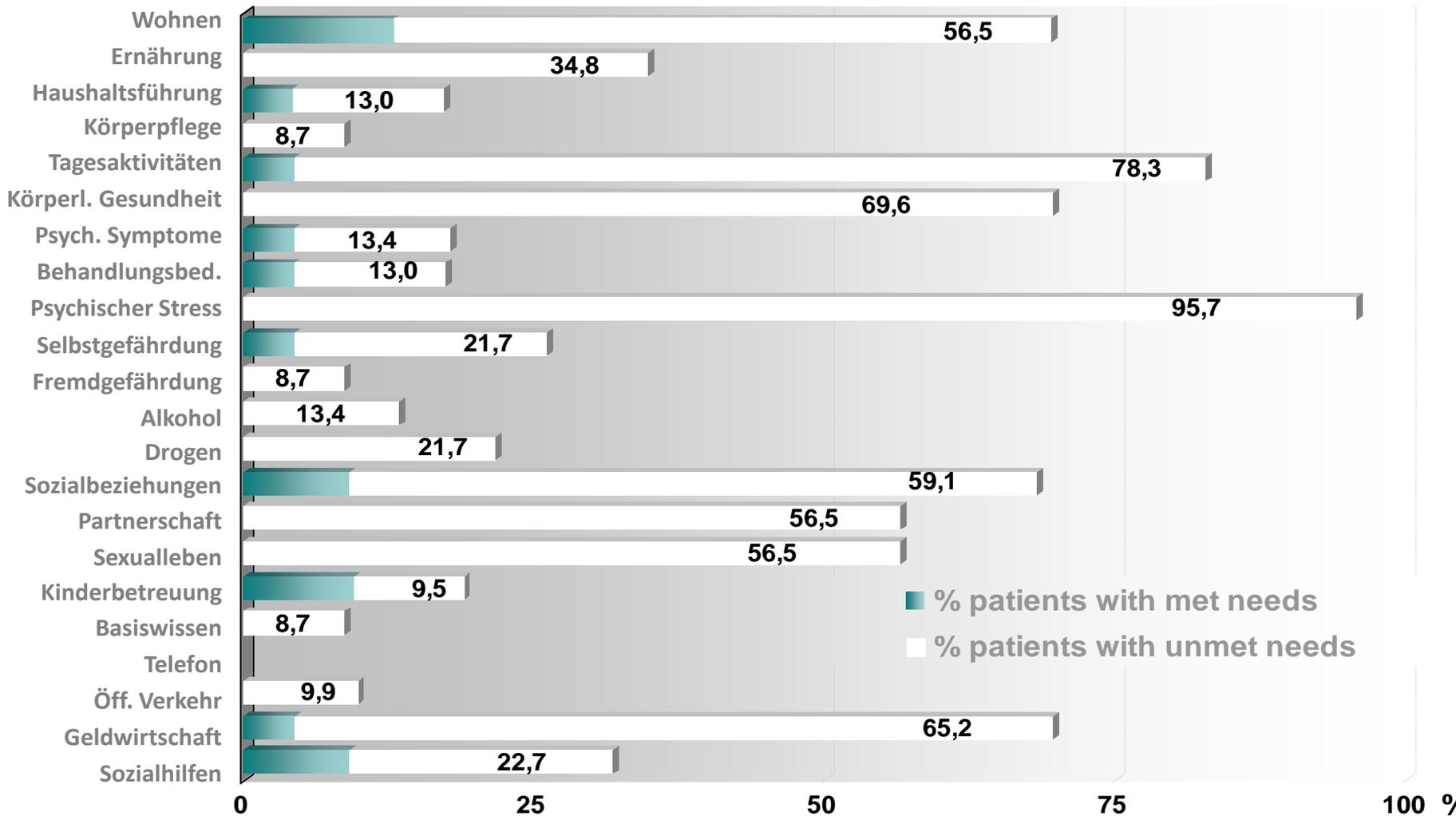
Summenscore: 10 – 40

Empowerment – Selbsterwartung (SWE)



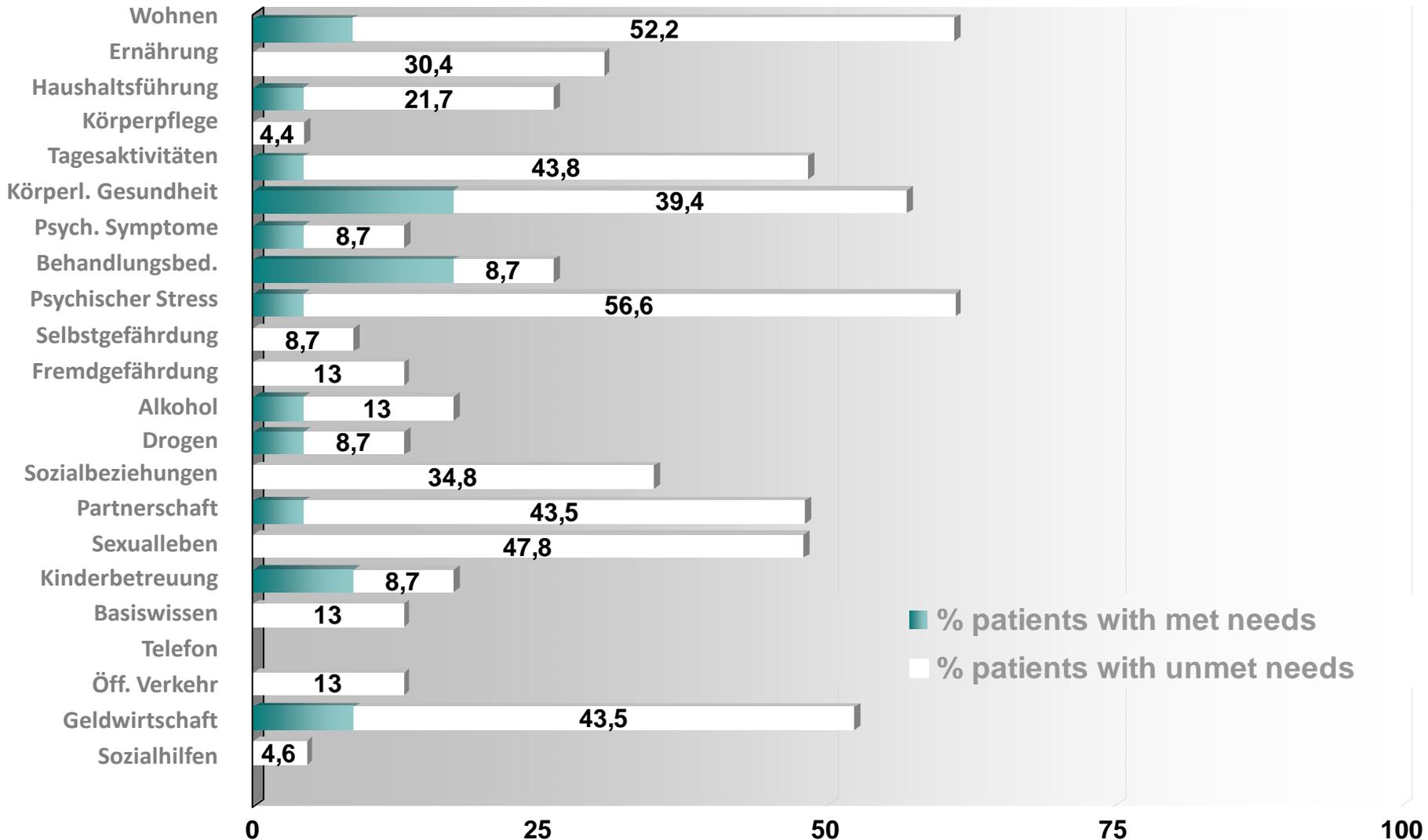
Psychosozialer Versorgungsbedarf (CANSAS)

Baseline (n=23)

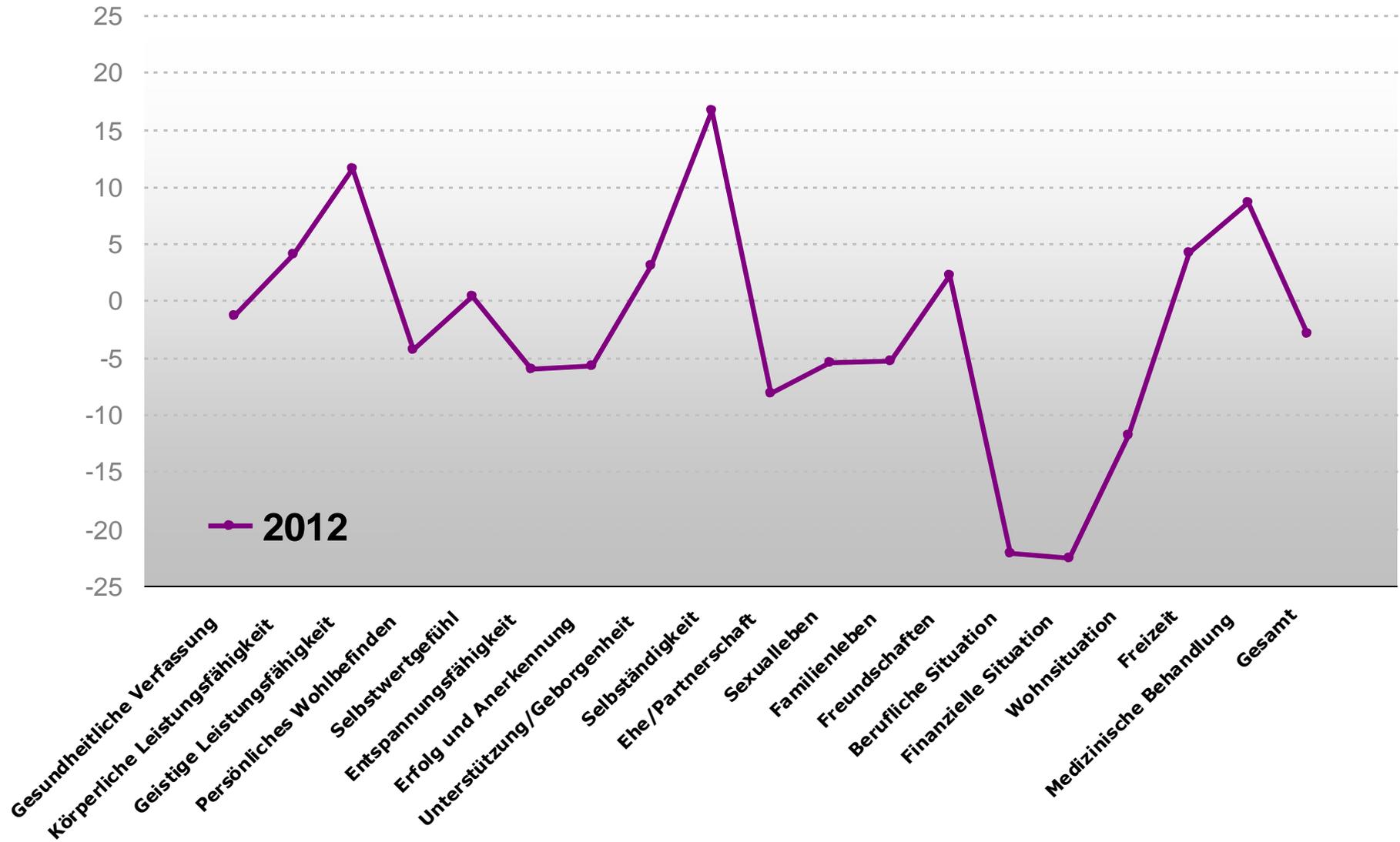


Psychosozialer Versorgungsbedarf (CANSAS)

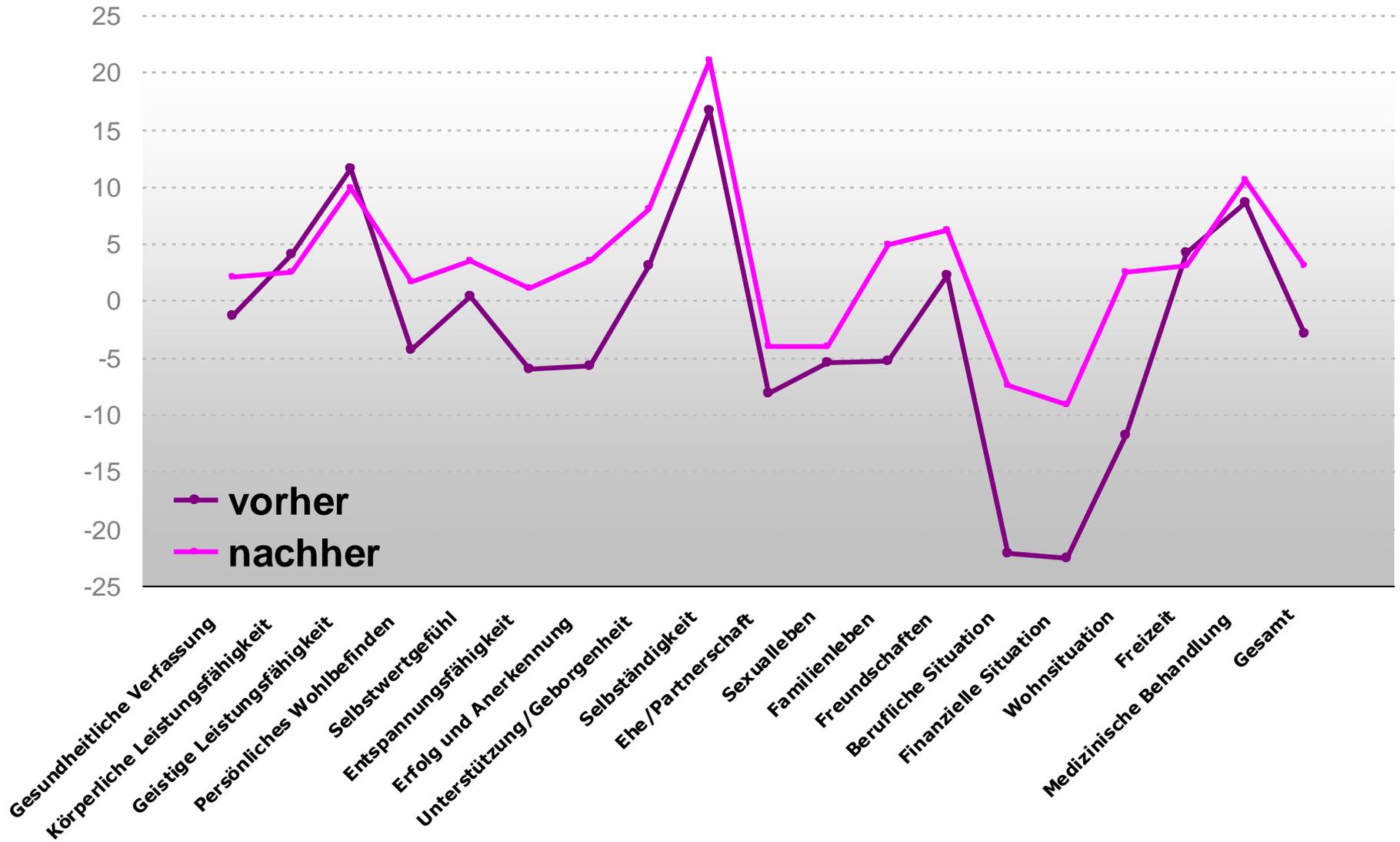
Follow-up (n=23)



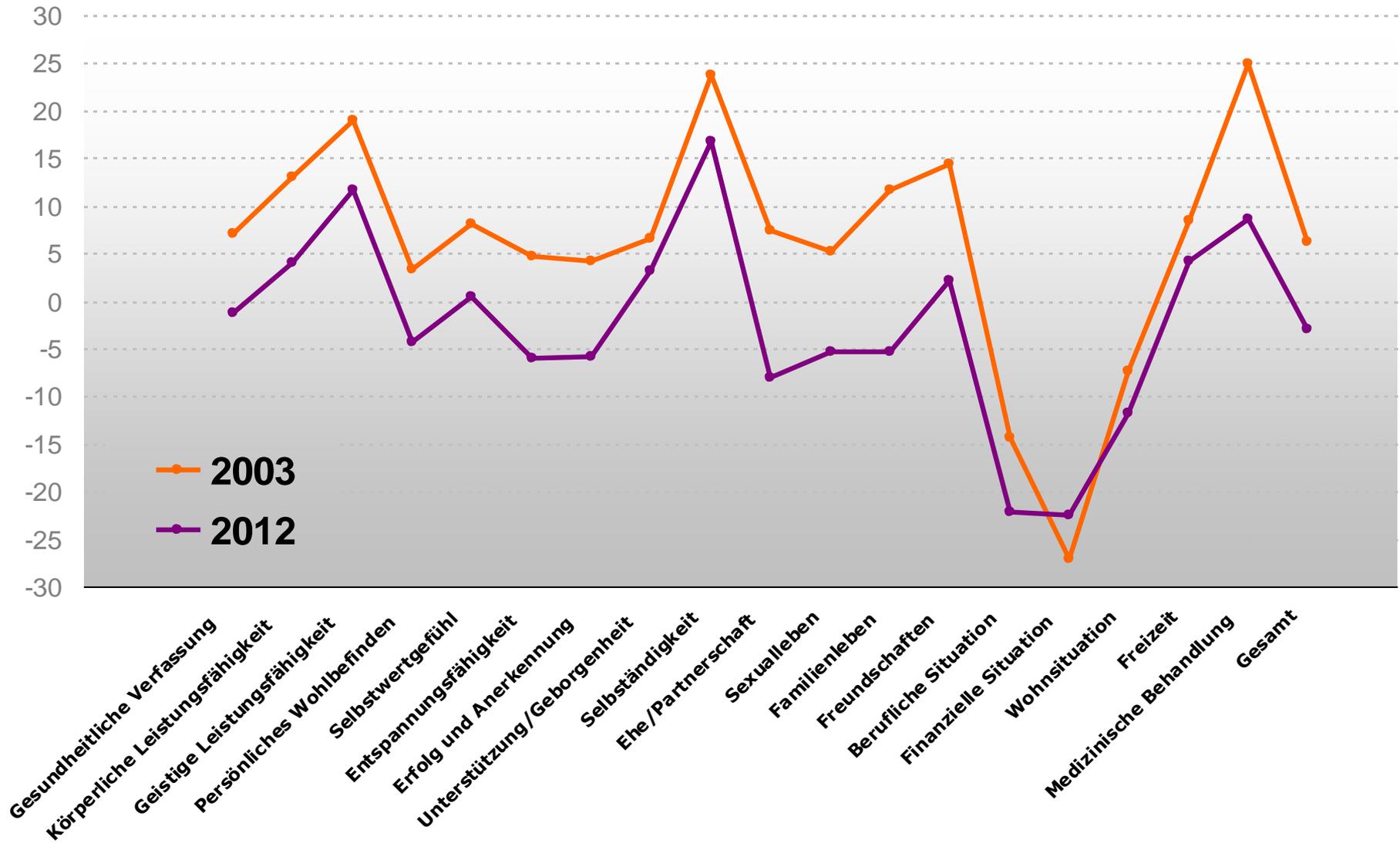
Lebensqualität MOTIWOHN



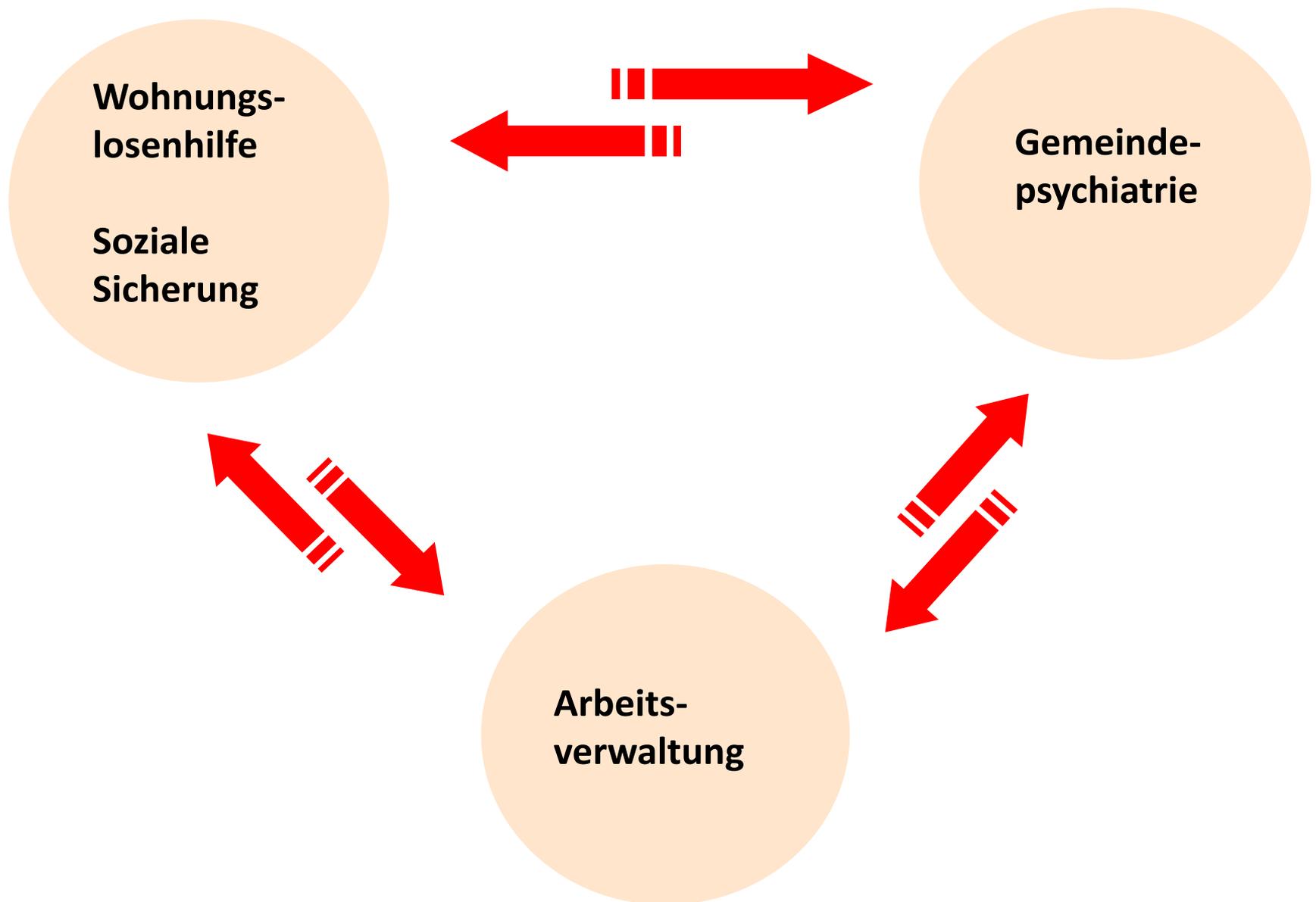
Lebensqualität MOTIWOHN



Lebensqualität MOTIWOHN

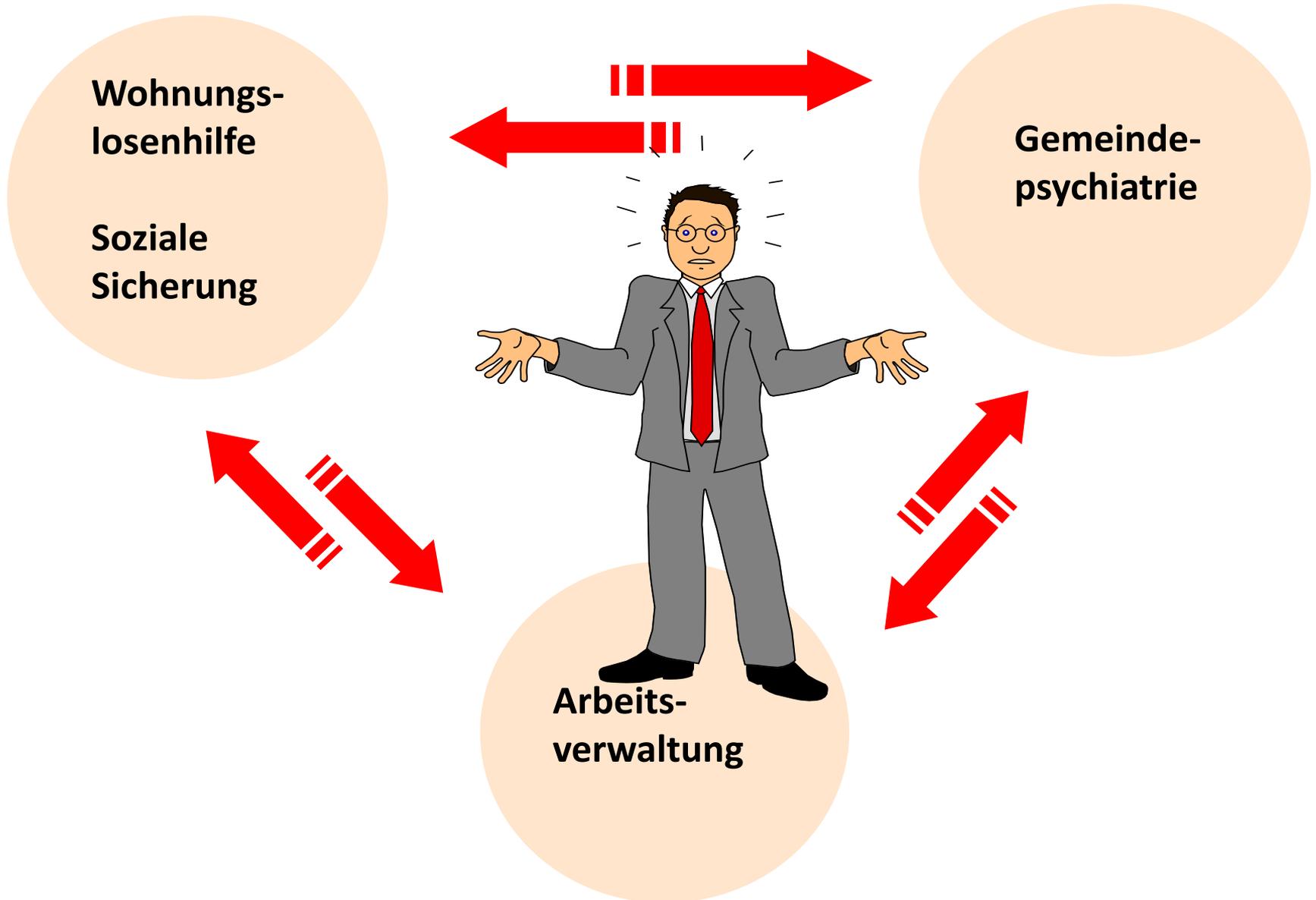


Kooperierendes Netzwerk ?



Kooperierendes Netzwerk ?

Bermuda Dreieck !!!!



Schlussfolgerungen

- Risikopersonen sind identifizierbar
- individuelles Leid, fachlicher Hilfebedarf und unbehandelte Prävalenz sind hoch
- Behandlungseinsicht ist vorhanden oder kann erzeugt werden
- Vermittlung in Fachbehandlung gelingt
- dauerhafte Behandlungsadhärenz ist noch unbekannt
- ebenso der Grad der Symptomreduzierung, sozialer Entlastung und Lebensqualitätssteigerung

Schlussfolgerungen

- Hilfen, Einrichtungen und Träger sind vorhanden
- Hilfen sind jedoch fragmentiert, hochselektiv u. nicht präventiv
- Angebote fokussieren auf Personen im System und nicht auf Risikopersonen im Vorfeld
- Vor- und Akutstadien des sozialen Abstiegs und anbahnende psychosoziale Krisen werden nicht wahrgenommen
- Präventions-, Synergie- und Einsparpotentiale werden vergeudet
- individuelles Leid wird verstärkt und verlängert oder sogar erst erzeugt

Primär- und sekundärpräventive Ansätze

- sind fachlich notwendig
- beugen sozialen und psychosozialen Notlagen vor
- sparen hohe Folgekosten
- sind innovativ, weil bisher kaum implementiert
- müssen dringend ausgebaut werden