

SITUATION DER BERUFLICHEN INTEGRATION
JUNGER MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG
IN WIEN

BERICHT DER KOORDINATIONSSTELLE AMS BSB FSW
STAND DEZEMBER 2007

SUSANNE GABRLE
INGRID HOFER

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	3
1. ZIELGRUPPE	4
1.1. DIAGNOSEN UND KRANKHEITSBILDER PSYCHISCHER ERKRANKUNG	4
1.2. HÄUFIGKEIT UND AUSWIRKUNGEN ALLGEMEIN	7
1.3. HÄUFIGKEIT UND AUSWIRKUNGEN BEI JUGENDLICHEN IN WIEN	9
1.4. RAHMENBEDINGUNGEN UND UNTERSCHIEDE ZU ANDEREN ZIELGRUPPEN	11
1.5. DOKUMENTIERTE AUSWIRKUNGEN AUF DIE ARBEITSFÄHIGKEIT	13
1.6. ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN	14
2. ANALYSE DES BESTEHENDEN ANGEBOTS	16
2.1. ÜBERSICHT ÜBER DAS SPEZIELLE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOT IN WIEN	16
2.2. BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (BT)	17
2.3. ARBEITSASSISTENZ (IBI)	18
2.4. SPEZIELLE KURSMABNAHMEN (BIKU, CAFE MAX, LAUBE)	19
2.5. ALLGEMEINE KURSMABNAHMEN (DIVERSE AMS UND BSB MABNAHMEN)	20
2.6. BEGLEITENDE HILFEN	20
2.7. ZUSAMMENFASSUNG	21
3. ENTWICKLUNGSBEDARF	23
3.1. GRUNDLEGENDE RAHMENBEDINGUNGEN DER BERUFLICHEN INTEGRATION	23
3.2. FEHLENDE ANGEBOTE IN WIEN	24
4. QUELLENVERZEICHNIS	27
5. ANHANG	28

0. Vorwort

Die Aufgabe der Koordinationsstelle AMS BSB FSW ist das Schnittstellenmanagement zwischen Arbeitsmarktservice (AMS), Bundessozialamt (BSB) und Fonds Soziales Wien (FSW) mit dem Schwerpunkt der beruflichen Integration behinderter und benachteiligter Jugendlicher in Wien.

Das Begleitgremium der Koordinationsstelle setzt sich aus je einer Vertreterin bzw. einem Vertreter von AMS, BSB und FSW zusammen und entscheidet über die Inhalte und Aufträge der Koordinationsstelle.

Die Koordinationsstelle hatte für den Herbst 2007 den Auftrag die Situation der beruflichen Integration psychisch erkrankter Jugendlicher in Wien zu erheben.

Der vorliegende Bericht ist die Zusammenfassung der Recherchen, Analysen und der Informationen die im Rahmen von Gesprächen mit Expertinnen und Experten erhoben wurden. Die drei Teile umfassen erstens die Darstellung der Zielgruppe und ihrer Merkmale, zweitens die Erhebung der vorhandenen Angebote in Wien und abschließend der Entwicklungsbedarf.

Nähere Informationen zum Bericht bzw. der Tätigkeit der Koordinationsstelle erhalten Sie direkt bei der:

Koordinationsstelle AMS BSB FSW

www.koordinationsstelle.at

mailto:koordinationsstelle@wuk.at

Tel: (01) 786 67 67/530

1. Zielgruppe

1.1. Diagnosen und Krankheitsbilder psychischer Erkrankung

Allgemeine Vorinformation:

Als **international anerkannte Grundlage zur einheitlichen Definition** bzw. Klassifikation von (physischen und psychischen) Erkrankungen wird das von der WHO initiierte **ICD-10 Schema** herangezogen. Der ICD-Schlüssel wird in der Medizin zur Systematisierung von Diagnosen benutzt und **ordnet jeder Diagnose einen** bis zu 5-stelligen **Code zu**. Der Code hat das Format X00.00, wobei X für einen Buchstaben von A-Z, die Nullen für eine Ziffer von 0-9 stehen und. Die Abkürzung "ICD" (International Classification of Diseases) **steht übersetzt für "Internationale Klassifikation von Krankheiten"**.¹

Die Erscheinungsformen im Bereich der psychischen Erkrankung werden unter dem **Buchstaben F** mit dem Titel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ beschrieben.

Kurzer Auszug aus der Klassifikation von Psychischen und Verhaltensstörungen des ICD-10:

Psychische und Verhaltensstörungen befinden sich im Kapitel ([F00-F99](#))²

F00-F09	Organische , einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft e Störungen: Statistisch gesehen erkrankt jeder hundertste Mensch an einer Schizophrenie, und zwar Männer und Frauen etwa gleich häufig. Angehörige sind oft genauso belastet wie die Erkrankten selbst. Die Erkrankung tritt oft schon in jungen Jahren auf und wirkt sich dadurch im Allgemeinen negativ auf die Schul- und Berufsfortbildung aus. Die Krankheitsverläufe können außerordentlich unterschiedlich sein und hängen vom Schweregrad der Symptome ab. Die Erkrankung kann immer wiederkehren (Rückfälle), es kann auch bei einem einzigen Krankheitsschub bleiben. Die Intelligenz ist nicht herabgesetzt. ³

¹ <http://flexikon.doccheck.com/ICD10>

² <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10>

³ <http://www.psd-wien.at/psd/39.html>

F30-F39	<p>Affektive Störungen (Depression, bzw. manisch-depressive = bipolare Störungen): Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten seelischen Krankheiten überhaupt. Die Depression ist nicht nur eine vorübergehende traurige Verstimmtheit, sondern eine psychische Störung, die eine medizinische Behandlung erfordert. Die Kranken ermüden rasch, wirken verlangsamt, sind kaum belastbar und verlieren das Interesse an alltäglichen Dingen. Vielen von ihnen fällt es schwer, selbst einfache Entscheidungen zu treffen. Die Manie ist dem Krankheitsbild der Depression genau entgegengesetzt: Die Manie muss vor allem deshalb rasch und gezielt behandelt werden, da ansonsten finanzielle („Kaufrausch“), berufliche und familiäre Schäden drohen. Es besteht in der Regel keine Krankheitseinsicht⁴.</p>
F40-F48	<p>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Phobische- bzw. Angststörungen, Anpassungsstörungen, etc...) Angststörungen zeichnen sich durch besondere Merkmale aus: Die Angst ist unangemessen, übersteigert und von längerer Dauer, mit immer häufigerem Auftreten, ohne dass eine reale Bedrohung besteht. Sie kann auch durch eigene Anstrengung nicht mehr kontrolliert oder überwunden werden. Die soziale Phobie beschreibt die Furcht vor Kritik im Umgang mit anderen Menschen beziehungsweise in sozialen Situationen. Konkret steht die Angst sich zu blamieren, lächerlich zu machen oder zu versagen dahinter⁵. Zwangsstörungen: Kennzeichen einer krankhaften Zwangsstörung ist der Drang, bestimmte Dinge zu denken (Zwangsgedanken) oder zu tun (Zwangshandlung), ohne dass sie aus eigenem Willen gestoppt werden können. Die Erkrankung beeinträchtigt den normalen Tagesablauf der Betroffenen erheblich. Männer und Frauen erkranken gleich oft, wobei der Krankheitsbeginn in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter liegt. Die Kranken leiden häufig viele Jahre unerkant bis sie zur Behandlung kommen.⁶</p>
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Störungen, etc...)
F60-F69	<p>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Persönlichkeitsstörungen sind Extremausprägungen bestimmter Persönlichkeitsmerkmale. Sie liegen dann vor, wenn die Betroffenen selbst sehr darunter leiden und starke Beeinträchtigungen in der sozialen Anpassung entstehen. Je nachdem, welches Persönlichkeitsmerkmal eine Extremausprägung erfährt, unterscheidet man verschiedene Unterarten: Die paranoide Persönlichkeitsstörung (leichte Kränkbarkeit, Neigung zu Misstrauen, Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung zeigen einzelgängerisches Verhalten, sie wirken emotional kühl und distanziert und machen den Eindruck, als sei ihnen alles gleichgültig. Bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung kommt es zur Missachtung sozialer Normen und zu delinquentem Verhalten. Symptome der emotional instabilen Persönlichkeit sind eine schwankende Stimmungslage, mangelnde Impulskontrolle sowie das Gefühl innerer Leere. Die Gefahr von Selbstverletzungen und Suiziden ist verstärkt gegeben (Borderline-Typus). Charakteristisch für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung ist der übergroße Drang nach Ordnung und Genauigkeit („Pedanterie“). Die Be-</p>

⁴ <http://www.psd-wien.at/psd/40.html>

⁵ <http://www.psd-wien.at/psd/41.html>

⁶ <http://www.psd-wien.at/psd/190.html>

	<p>troffenen leiden unter übermäßigem Zweifel und übergroßer Vorsicht. Bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung finden sich Gefühle dauernder Besorgtheit bis hin zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten. Die abhängige Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Hilflosigkeit und eine tiefgreifende Angst, verlassen zu werden. Die Betroffenen sind wenig belastbar und ordnen sich und ihre Bedürfnisse gerne unter. Bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung stehen eine Selbstüberschätzung und das Bedürfnis nach ständiger Bewunderung durch andere im Mittelpunkt. Kritik kann dementsprechend schlecht ertragen werden⁷.</p>
F70-F79	<p>Intelligenzstörung – in diesem Unterkapitel befindet sich die geistige Behinderung! Eingeteilt wird sie im ICD-10 in drei Kategorien: leichte (IQ von 50-69 -> entspricht bei Erwachsenen das Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren); mittelgradige (IQ von 35-49 -> bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren) und schwere (IQ von unter 20 -> bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren) Intelligenzminderung</p>
F80-F89	<p>Entwicklungsstörungen: Die in diesem Abschnitt zusammengefassten Störungen haben folgende Gemeinsamkeiten: Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit sowie eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind. Unterkapitel sind bspw.: Verschiedene Sprachstörungen, Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung, sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten), Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, Autismus, etc....⁸</p>
F90-F98	<p>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADS/ADHS), Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, diverse Störungen des Sozialverhaltens. Letztere werden folgendermaßen beschrieben: sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben. Störungen des Sozialverhaltens können auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten auftreten, in diesen Fällen ist die zugrunde liegende Diagnose zu verwenden. Beispiele für Verhaltensweisen, welche diese Diagnose begründen, umfassen ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam⁹.</p>
F99	<p>Nicht näher bezeichnete psychische Störungen</p>

⁷ <http://www.psd-wien.at/psd/46.html>

⁸ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm?gf80.htm>+

⁹ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm?gf90.htm>+

Zu beachten ist, dass **nicht alle Kategorien**, und ganz besonders die beiden letzten, **zwangsläufig unter psychischer Erkrankung eingestuft werden**. Dies hängt vor allem von der Dauer und vom Schweregrad der Erkrankung/Beeinträchtigung ab.

1.2. Häufigkeit und Auswirkungen allgemein

Österreichweit gibt es relativ wenige gesicherte Daten – für eine Darstellung der allgemeinen Situation in diesem Bericht wurde die 2005 vorgestellte, weltweit umfassendste **Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit in Europa** von Hans-Ulrich Wittchen, Professor der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, herangezogen.

Die wichtigsten Ergebnisse¹⁰:

1. In der **EU** sind **27%** (83 Millionen) **Männer und Frauen an psychischen Störungen** (siehe ICD 10) erkrankt. **Ca. 40% sind chronisch**, das heißt über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende, betroffen, andere nur episodisch kurzzeitig über Wochen und Monate.

2. **Das Lebenszeitrisiko**, an einer psychischen Störung zu erkranken, **liegt** allerdings mit **über 50%** der Bevölkerung wesentlich höher.

3. Bei den meisten Störungen **sind Frauen** (33%) **häufiger betroffen** als Männer (22%), mit Ausnahme von Alkohol-, Substanzstörungen und psychotischen Störungen.

4. Einige Störungen, z.B. depressive Störungen, können jederzeit im Leben auftreten. **Andere psychische Störungen** (am häufigsten Angststörungen, Substanzstörungen und somatoforme Störungen) **beginnen vor dem 20. Lebensjahr** und manifestierten sich damit im entscheidendsten Zeitab-

¹⁰ <http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf>

schnitt für eine erfolgreiche gesundheitliche Entwicklung und Sozialisation. Die Befunde zeigen deutlich, dass **frühe psychische Störungen vielfältige negative Effekte auf viele Bereiche des Lebens haben** (z.B. akademische Erfolge, berufliche Karriere, Partnerschaft und Familienleben). Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Beeinträchtigung stark erhöht.

5. Wann immer eine Störung auftritt, gibt es eine **erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine zusätzliche Diagnose** (= Komorbidität). Eine von zwei Personen, die unter einer psychischen Störung leiden, erfüllt die Kriterien für mindestens eine weitere Diagnose (z.B. Angst und Depression).

6. Es gibt **keine** Befunde für **bedeutsame Unterschiede zwischen EU-Ländern** oder -Regionen hinsichtlich der Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen.

7. Es gibt **wenig Anhaltspunkte für erhöhte Raten psychischer Störungen** im letzten Jahrzehnt (**außer Depression** und Drogengebrauch).

8. Die **Hauptmasse der gesamten gesundheitsökonomischen Kosten von psychischen Störungen sind** keine direkten, sondern **indirekte Kosten** des Gesundheitssystems. Die gemeinsamen Analysen des *European Brain Council* und der ECNP-Arbeitsgruppe ergaben, dass psychische Störungen jedes Jahr **fast 300 Milliarden Euro Gesamtkosten** ausmachen, von denen allein **132 Milliarden Euro mit indirekten Kosten** (krankheitsbedingte Ausfalltage, früherer Eintritt in den Ruhestand, vorzeitige Sterblichkeit und verringerte Arbeitsproduktivität wegen psychischen Problemen) zusammenhängen. Nur 110 Milliarden Euro werden demgegenüber für direkte Kosten (Hospitalisierung und Hausbesuche von Patienten) ausgegeben. Die Kosten für die medikamentöse Therapie beansprucht dagegen nur 4% der Gesamtkosten von psychischen Störungen; die für psychotherapeutische Leistungen liegen weit unter 1%.

Allgemeine Auswirkungen von psychischen Erkrankungen¹¹:

1. Psychische Störungen sind **nahezu ausnahmslos mit Beeinträchtigungen der sozialen Rollen verbunden** (schulische/berufliche Leistung, Elternschaft, soziale Kontakte, intime Partnerschaften); schwere Beeinträchtigungsprofile wurden bei ungefähr einem Drittel gefunden.
2. **Psychische Störungen in den ersten zwei Jahrzehnten des Lebens sind mit verminderter sozialer, kognitiver und behavioraler Entwicklung verbunden** (schlechte schulische und berufliche Leistung/Versagen).
3. Komorbidität (Mehrfachdiagnosen) verschlimmert gewöhnlich den Grad der sozialen Beeinträchtigung und Behinderung und geht mit einem erhöhten Risiko für Suizid, Hospitalisierung, Arbeitslosigkeit und Isolation einher.

1.3. Häufigkeit und Auswirkungen bei Jugendlichen in Wien

Die **aktuellsten Zahlen aus Wien fasst der Wiener Psychiatriebericht 2004** zusammen, wobei er auf Daten aus dem Jahre 2002 zurückgreift:

In Wien wurden im Jahr **2002 insgesamt 583 Entlassungen¹²** aus der **Kinderneuropsychiatrie** vorgenommen, davon betrafen 294 (**exakt 50%**) **Mädchen**. **83,9%** der Entlassungen betrafen die Altersgruppe **der 10 bis 19-Jährigen**.

- Bei den 5- bis 9-Jährigen zwei Drittel (76,8%) Buben
- bei den 10- bis 14-Jährigen 54,7% Buben
- Ab dem 15. Lebensjahr überwiegen die Mädchen (65,2%)

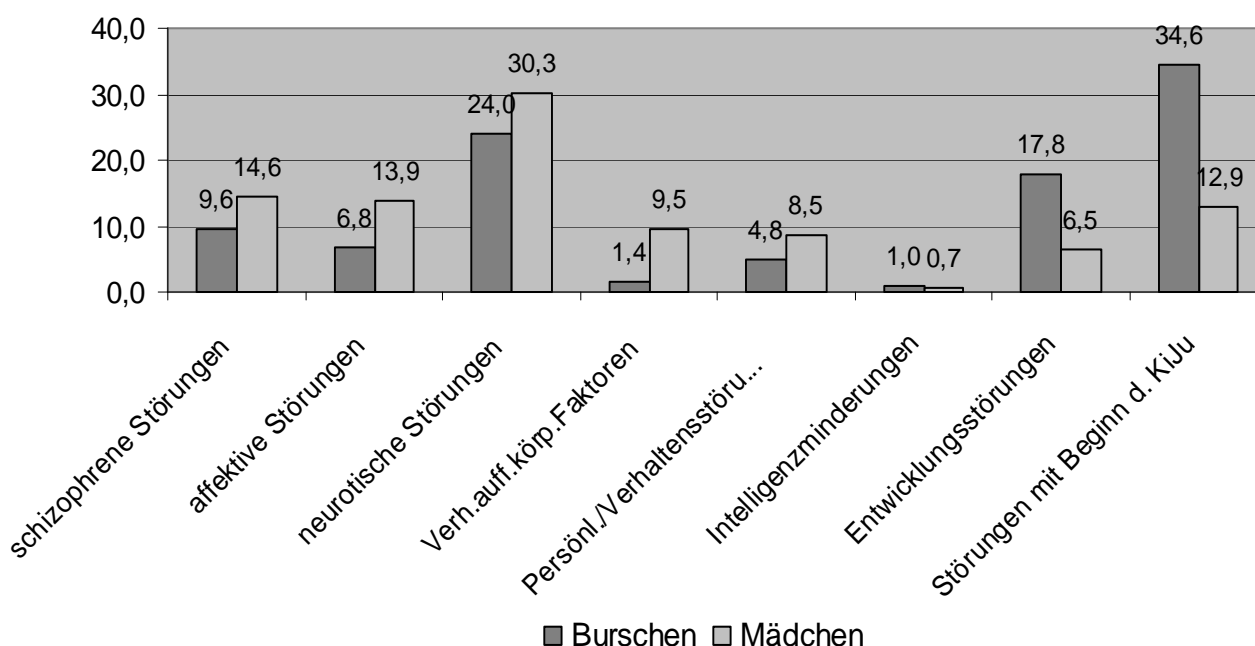
¹¹ <http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf>

¹² <https://www.wien.gv.at/who/pdf/psychiatriebericht2004.pdf>, S.109

Insgesamt waren die häufigsten Diagnosen: neurotische Störungen (27,1%), Entwicklungsstörungen (23,7%), Schizophrenie (12,1%) und affektive Störungen (10,5%).

Geschlechterspezifisch sieht die Verteilung folgendermaßen aus:

Hauptdiagnosen in Prozent bei Entlassungen aus der Kinderneuropsychiatrie 2002



Bei Mädchen stand die Entlassungsdiagnose **neurotische Störung (= Angst- und Zwangsstörungen) mit 30,2%** an erster Stelle, gefolgt von **Schizophrenie (14,6%)** und Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (12,9%).

Die häufigsten Hauptdiagnosen **bei Burschen** waren mit **34,6% Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter** (dazu gehören beispielsweise das hyperkinetische Syndrom, Störungen des Sozialverhaltens), 24% neurotische Störungen, Entwicklungsstörungen mit 17,8% und schizophrene Störungen (9,6 Prozent).

Zusammengefasst:

Im Kindergarten- und Schulalter sind die Prävalenzen für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei den Jungen höher als bei den Mädchen.

Störungen des Sozialverhaltens kommen bei Jungen vier bis fünf Mal häufiger vor als bei Mädchen, Leistungs- und Lernstörungen vier bis zehn Mal häufiger. Ab etwa dem 16. Lebensjahr verändert sich das Geschlechterverhältnis zu Ungunsten der Frauen, wobei auch während der Pubertät Burschen von schwereren Störungsformen häufiger betroffen sind.

Bei Mädchen treten häufiger Angststörungen und Depressionen (zwei bis drei Mal häufiger als bei Burschen) sowie Anorexia nervosa und Bulimie auf. Diese Störungen kommen bei Mädchen neun Mal häufiger vor als bei Burschen¹³.

1.4. Rahmenbedingungen und Unterschiede zu anderen Zielgruppen

Die **Bundesagentur für Arbeit** (Deutschland) hat in ihrem Online Handbuch vgl. www.ausbildungberufchancen.de folgende **Integrationserschwernisse** für diesen Personenkreis zusammengefasst¹⁴:

Die Erfolge der langfristig stabilen Eingliederung des Personenkreises psychisch behinderter Menschen müssen gegenüber Körper-, Lern- und Sinnesbehinderten anders bewertet werden. Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass sich bei psychischen Behinderungen nach einer **Grobeinteilung drei Gruppen** unterscheiden lassen:

¹³ <https://www.wien.gv.at/who/pdf/psychiatriebericht2004.pdf> , S. 55

¹⁴ http://www.ausbildungberufchancen.de/handbuch/vollversionen/psychische_erkrankungen.php#G

1. Die psychische Erkrankung war mehr eine Episode und ist abgeklungen. In der behinderten Person selbst, aber auch im sozialen Umfeld, sind genügend stabilisierende Kräfte vorhanden, die ein "normales" berufliches und gesellschaftliches Leben ermöglichen.

2. Es bestehen eine erhöhte Labilität (Restsymptome/Basisstörungen, erhöhte psychische Verletzbarkeit) **sowie Schwankungen der Leistungsfähigkeit.** Kurzfristige Klinikeinweisungen sind eventuell notwendig. **Bei geeigneten Arbeitsbedingungen** (Flexibilität der Arbeitszeit und der Belastung) und Hilfen (Medikamente, Bezugsperson, Lebenssituation) **können diese Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden.** Erfahrungen haben gezeigt, dass psychisch Behinderte für eine berufliche Tätigkeit gut motivierbar sind. **Zu berücksichtigen sind** jedoch folgende Punkte:

- Nebenwirkungen von Arzneimitteln (Sensorik, Motorik, Konzentration).
- Einschränkung der Arbeitsplanung, Selbstständigkeit, Flexibilität (was einen klar überschaubaren und strukturierten Arbeitsplatz erfordert).
- Geringe Toleranzbreite gegenüber Unter- und Überforderung.
- Das Arbeitstempo ist oft unter der Norm (schnelle Überforderung durch Zeitdruck).
- Phasenhafte Schwankungen (eventuelle Klinikaufenthalte).

3. Es besteht ein chronischer Verlauf der Erkrankung. Restsymptome, aber auch ein zum Teil krankheitsbedingter Abbau sind vorhanden. Diese Personengruppe kann im Regelfall nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden. **Es bedarf besonderer "beschützender" oder "teilbeschützender" Bedingungen.**

Unter entsprechend gestalteten Bedingungen können behinderte Menschen ihre immer vorhandenen Stärken und Fähigkeiten zu einer sinnvollen Lebensgestaltung nutzen. In Verbindung mit betreuten Wohngruppen können Beschäftigungsinitiativen, speziell gestaltete Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Kooperationsmodelle mit Betrieben, Selbsthilfefirmen, Ausbau

von Heimarbeit (z.B. Telearbeit) und eine Weiterentwicklung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den Kliniken Möglichkeiten darstellen, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

1.5. Dokumentierte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Im Rahmen **des Wiener Psychiatrieberichts 2004** wurden folgende **Informationen zum Thema Krankenstand und Invaliditätspensionen** von Menschen mit psychischer Erkrankung zusammengestellt¹⁵:

In Wien und Österreich ist die Zahl der **Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Störungen** von einem kontinuierlichen Anstieg geprägt. In Wien betrug die Steigerung **zwischen 1990 und 2002 71,1%**. Die absoluten Zahlen der Krankenstandstage aufgrund psychischer Störungen haben sich in Wien zwischen 1990 und 2002 nahezu verdoppelt. Die **Ursachen dafür** können in mehreren Bereichen **liegen, beispielsweise im Betriebsklima, im Ausmaß an Stressbelastungen** am Arbeitsplatz, bei Frauen besonders im Zusammenhang mit Doppel- und Dreifachbelastungen, nicht zur Verfügung stehenden Kinderbetreuungseinrichtungen und flexiblen Arbeitszeiten.

Ein Artikel „der Zeit“ vom 19. April 2007 berichtet: In Kooperation mit belgischen Kollegen fanden Düsseldorfer Forscher bei anfangs gesunden Beschäftigten, die von sich verschärfenden Arbeitsbelastungen und Arbeitsplatzunsicherheit betroffen waren, bereits **nach einem Jahr dreimal so häufig ausgeprägte Angstzustände wie bei Arbeitnehmern, die davon verschont geblieben waren**. Auch japanische Untersuchungen bestätigten kürzlich deutsche Befunde, wonach **Arbeitnehmer, die Angst vor Entlassung ha-**

¹⁵ <https://www.wien.gv.at/who/pdf/psychiatriebericht2004.pdf>, S. 67

ben, viermal so häufig depressive Störungen aufweisen wie jene Arbeitnehmer, die diese Angst nicht haben¹⁶.

Die Zahl der **Pensionierungen** aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit im Zusammenhang mit psychischen Störungen ist ansteigend. **In den Jahren 1990 bis 2002 zeigte sich bundesweit eine Zunahme von nahezu 70 Prozent**, im Jahr 2002 wurden 5.239 Neuzugänge registriert. Die **Ursache „Psychische Störung“** stellte somit im Jahr 2002, wie auch in den vergangenen Jahren, **die zweithäufigste Ursache** nach „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes“ (8.426 Fälle) dar¹⁷.

1.6. Zukünftige Entwicklungen

Der **europäische Gesundheitsbericht 2002** stellt folgendes fest:

Störungen der psychischen Gesundheit werden immer häufiger. Den Schätzwerten für die Krankheitslast¹⁸ (= Kluft zwischen dem aktuellen Gesundheitszustand und der idealen Situation in der jede/r bis ins hohe Alter frei von Krankheit und Behinderung lebt) zufolge **gehören psychische und neurologische Störungen zu den wichtigsten Ursachen von Krankheit und Behinderung.** Bis zum Jahre 2020 **werden psychische Störungen voraussichtlich Platz zwei** unter den Ursachen für verlorene behinderungsfreie Lebensjahre einnehmen (...).

In einigen europäischen Ländern ist inzwischen die Sterberate durch Suizid höher als durch Verkehrsunfälle. Das Ausmaß der durch psychischen Stress und psychische Störungen bedingten Last, die vom depressionsbedingten

¹⁶ Artikel „der Zeit“ vom 19. April 2007, vgl.: <http://www.zeit.de/2007/17/Dossier-Angst?page=all>

¹⁷ https://www.wien.gv.at/who/pdf/psychiatriebericht2004.pdf_vom_05.11.2007, S. 72

¹⁸

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhdeu/burden/20050311_1?language=German

Stress über Neurosen bis zu schweren Psychosen reicht, wird im Allgemeinen unterschätzt¹⁹.

Daher wurde in Helsinki folgende Erklärung von den EU Gesundheitsministern unterschrieben:

Psychische Gesundheit - Aufgabe der Zukunft

„Wir stellen uns hinter die Feststellung, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt. Psychische Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital der Nation und sollte daher als integraler und wesentlicher Teil anderer Politikbereiche wie z.B. Sozialwesen, Bildung und Beschäftigung betrachtet werden.“²⁰ *Europäische Erklärung der EU-Gesundheitsminister, Helsinki 2005*

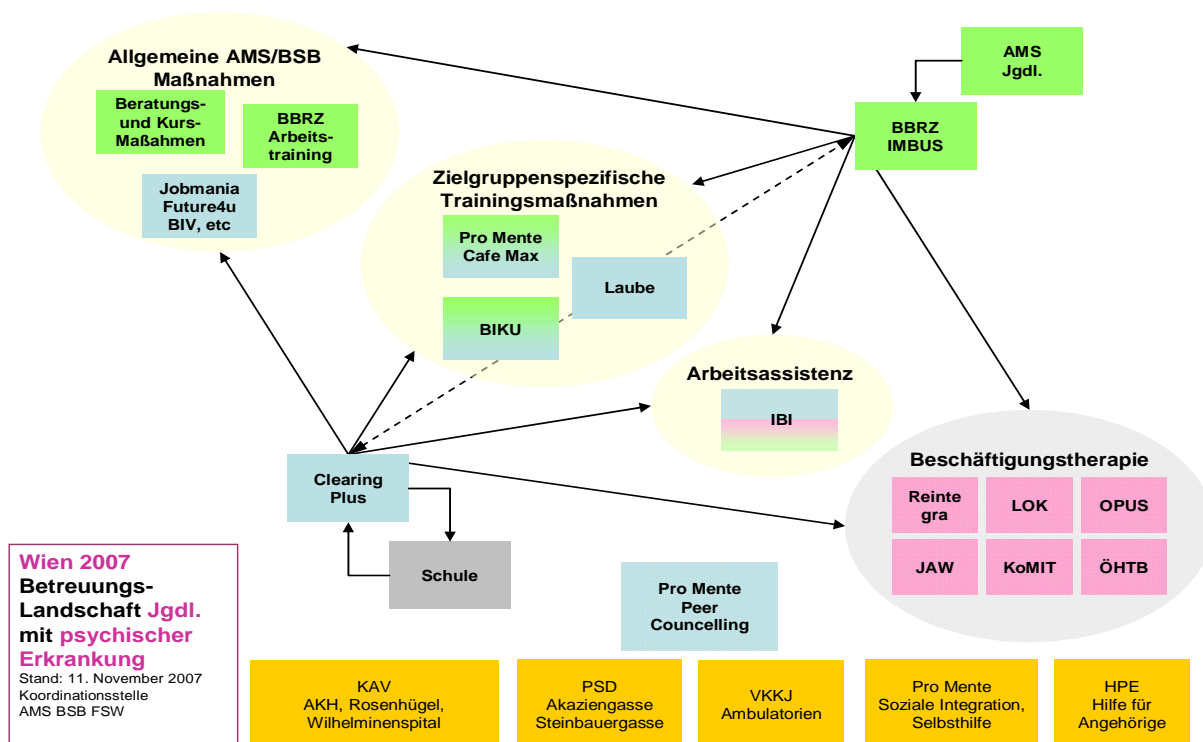
¹⁹ <http://www.euro.who.int/document/e76907g.pdf>, S. 42/43

²⁰ <http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf?language=german> , S.11

2. Analyse des bestehenden Angebots

2.1. Übersicht über das spezielle Unterstützungsangebot in Wien

Im Folgenden wird versucht eine quantitative und qualitative Darstellung des Wiener Angebots vorzunehmen.



Erklärung zur Grafik²¹:

Der Eingang ins Unterstützungssystem erfolgt grundsätzlich über alle Anbieter. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sowohl **Clearing Plus** als auch das **AMS (Jgdl.)** eine zentrale Anlaufstelle für betroffene Jugendliche darstellen.

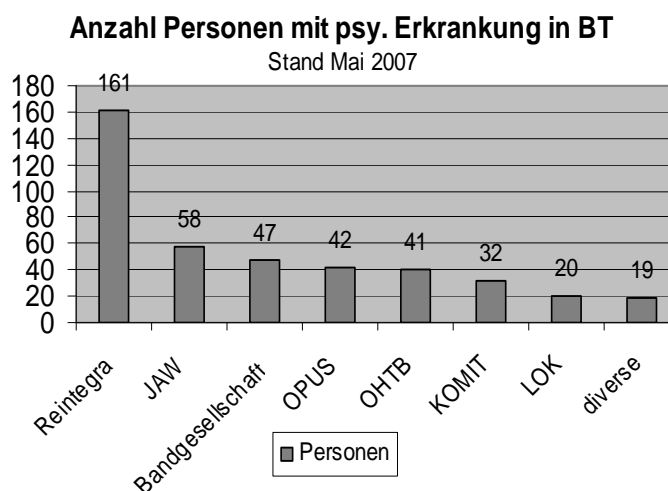
²¹ Detaillierte Erklärungen zu den einzelnen Angeboten befinden sich im Anhang

Das **niedrigschwelligste** (= geringste Eintrittsschwelle) **Unterstützungsangebot** haben **Clearing Plus** (Beratungsangebot für max. 12 Monate) und **Imbus** (Kursmaßnahme für 16 Wochen) beim BBRZ. Beide Maßnahmen haben in **erster Linie die Aufgabe die Situation abzuklären** und gemeinsam mit den Betroffenen den **weiteren Verlauf Richtung berufliche Integration zu planen**. Beide Einrichtungen haben ihren Fokus nicht in der direkten Arbeitsvermittlung sondern in erster Linie in der **Abklärung, Stabilisierung, Heranführung der Betroffenen** (Jugendlichen) und in weiterer Folge der Vermittlung in die geeignete weiterführende Maßnahme. Dies können sein:

- 2.2. Beschäftigungstherapie (BT)
- 2.3. Arbeitsassistenz (AASS)
- 2.4. spezielle Kursmaßnahmen (BIKU, Cafe Max, Laube)
- 2.5. allgemeine Kursmaßnahmen (diverse AMS und BSB Maßnahmen)
- 2.6. Begleitende Hilfen

2.2. Beschäftigungstherapie (BT)

In Wien befinden sich laut Schätzungen der Träger **cirka 420 Personen** mit psychischen Erkrankungen in **Beschäftigungstherapie**²² - das sind in etwa **15% aller BT BesucherInnen**. Die nebenstehende Grafik zeigt, dass Reintegra mit Abstand



²² Vgl. Powerpoint Folie Erhebung der derzeitigen Betreuungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Mitgliedsorganisationen der IVS/Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen vom Mai 2007

die meisten Betroffenen betreut. Anschließend Jugend am Werk gefolgt von Bandgesellschaft, OPUS und ÖHTB.

Die Gesamtzahl der Jugendlichen zwischen 18 – 24 Jahren in BT ist im Augenblick nicht bekannt. Die drei Träger (**Reintegra, OPUS und LOK**), die sich auf die Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung besonders spezialisiert haben, verzeichnen **insgesamt nur 9 Personen unter 24 Jahre** in ihren Einrichtungen, davon keine/n unter 18 Jahren. Bei **JAW werden aktuell etwa 21** und **bei KOMIT weitere 10 Jugendliche** mit psychischer Erkrankung betreut. Die geplante Befragung der Träger durch den FSW könnte über die genaue Anzahl eventuell nähere Auskunft geben.

Warum eher eine geringe Anzahl Jugendlicher in der BT ist, hat mehrere Gründe:

Einerseits formulieren alle PraktikerInnen den **Bedarf der Jugendlichen an Arbeit, Tagesstruktur, Beschäftigung, Training, Ausprobieren, etc.... in einem geschützten und zeitlich unbefristeten Setting**. Diese Rahmenbedingungen bietet im Augenblick nur die BT. Andererseits **spricht das Angebot der BT psychisch erkrankte Jugendliche mit vorhandener kognitiver Leistungsfähigkeit nicht an**. Zweitens gibt es ganz allgemein lange Wartezeiten auf adäquate BT Plätze und drittens wird meistens versucht die Jugendlichen vorher in andere Maßnahmen zu vermitteln.

2.3. Arbeitsassistenz (IBI)

In Wien gibt es eine Arbeitsassistenz die sich auf die Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischer Erkrankung spezialisiert hat. **Nur etwa 10% der begleiteten Personen sind unter 24 Jahren** – das waren vergangenes Jahr **etwa 19 Jugendliche**.

Warum eher wenige Jugendliche die Arbeitsassistenz in Anspruch nehmen hat aus Sicht der befragten ExpertInnen folgende mögliche Gründe:

Das Angebot der **Arbeitsassistenz ist sehr hochschwellig** – das bedeutet, dass die Betroffenen sehr selbständig agieren müssen, vieles auch zwischen den Terminen mit den ArbeitsassistentInnen alleine erledigen müssen. **Gerade diese Selbständigkeit und Eigenstrukturierung fehlt vielen Jugendlichen**. Das bedeutet, dass es vor allem bei Jugendlichen besonders **notwendig ist eine Tages- bzw. Wochenstruktur anzubieten** die aus mehr als nur einem Termin pro Woche besteht.

Die Heranführung, Stabilisierung und das Trainieren von Selbständigkeit sind besonders **wichtige Angebote für die die Arbeitsassistenz** im Augenblick **weder zeitliche Ressourcen noch Spielraum** bei der Erfüllung ihrer Quoten hat. Daher scheint das Angebot der Arbeitsassistenz in der jetzigen Form für diese Zielgruppe nicht optimal.

2.4. spezielle Kursmaßnahmen (BIKU, Cafe Max, Laube)

Auf die Zielgruppe der Menschen mit psychischer **Erkrankung spezialisierte Einrichtungen der beruflichen Integration sind relativ rar**. Im Augenblick besteht neben **BIKU und Laube noch das Cafe Max von Pro Mente**.

Im **BIKU** Treff wurden 2006 **24 KlientInnen bis 24 Jahre** (21 davon waren unter 18 Jahre alt) betreut. **In der Laube befanden sich 2006 1 und 2007 2 Jugendliche** in der Maßnahme, **beide über 20 Jahre alt**. Das **Cafe Max hat 2006 11 und 2007 8 Jugendliche** betreut, wobei alle über 18 bzw. über 20 Jahre alt sind/waren. Da das Cafe Max seit 2007 keine Lehrlinge mehr aufnehmen darf, geht es davon aus, dass sich zukünftig die Anzahl der jungen TeilnehmerInnen weiter reduzieren wird.

Zusammengefasst bedeutet das, dass es in der Praxis für die Zielgruppe der Jugendlichen ein **sehr geringes Maßnahmenangebot** gibt – für **unter 18 jährige überhaupt nur BIKU Treff**.

2.5. allgemeine Kursmaßnahmen (diverse AMS und BSB Maßnahmen)

Vereinzelt werden die TeilnehmerInnen natürlich auch in andere (allgemeine) Maßnahmen vermittelt. Hierbei sollten aus Sicht der befragten Fachkräfte folgende Rahmenbedingungen berücksichtigt werden:

Auf Grund der Psychodynamik von Menschen mit psychischer Erkrankung können **nicht spezialisierte Projekte nur eine begrenzte Anzahl an Jugendlichen pro Zyklus aufnehmen**. Einerseits **bedarf** der professionelle Umgang mit der Zielgruppe **spezielles Know How**, andererseits benötigen die betroffenen Jugendlichen **flexiblere Rahmenbedingungen** (z.B. flexiblere und teilweise **geringere Arbeitszeit**, höhere Fehlzeitentoleranz, **geringere Gruppengröße**, Schutz vor Überforderung, etc...) als die „allgemeinen“ Maßnahmen für Jugendliche anbieten. Trotzdem stellen diese Maßnahmen eine wichtige Ergänzung dar.

2.6. Begleitende Hilfen

Für die berufliche Integration von Menschen mit psychischer Erkrankung ist die Unterstützung in allen Lebensbereichen von großer Bedeutung. Wir haben diese unter dem Begriff begleitende Hilfen zusammengefasst. In der grafischen Übersicht sind diese gelb dargestellt.

Im Bereich des Krankenanstaltenverbunds (KAV) sind dies die [Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum \(Neurologisches Zentrum Rosenhügel\)](#), die [Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik \(Wilhelminenspital\)](#) und die [Univ. Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters \(AKH\)](#).

Die Schwerpunkte der Betreuung liegen in der Diagnostik, Krisenintervention, Rehabilitation und Therapie.

Die vier Ambulatorien der [Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien \(VKKJ\)](#) bieten Diagnostik, Psycho-, Physio-, Ergotherapie, Eltern- und Geschwistergruppen.

Ein weiteres Angebot gibt es im Rahmen der Psychosozialen Dienste Wien (PSD). Hier sind vor allem das [Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium mit Tagesklinik Akaziengasse](#) und die [Abteilung für Jugend- und Behindertenpsychiatrie \(mit Autismuszentrum\) Steinbauergasse](#) zu nennen.

[Pro mente Wien](#) hat zusätzliche Angebote im Bereich Sozialer Integration und Selbsthilfe. [HPE \(Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter\)](#) unterstützt Angehörige und Freunde psychisch erkrankter Menschen.

2.7. Zusammenfassung

Wie viele Jugendliche mit psychischer Erkrankung Unterstützung benötigen ist derzeit aufgrund fehlender konkreter Daten nicht abschätzbar.

Beim AMS Wien waren

zum Stichtag 07. Mai 2007

172 Jugendliche bis 24

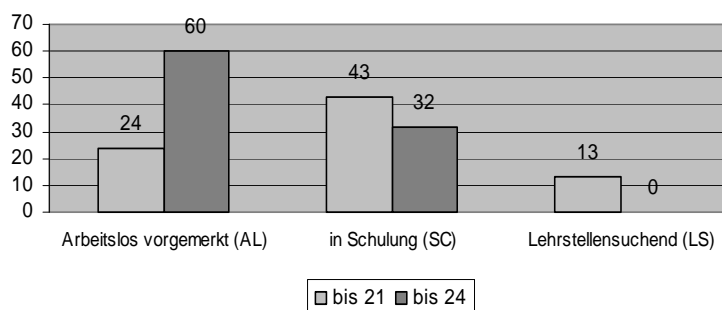
mit psychischer Behinderung vorgemerkt.

Bei den **unter 21jährigen** sind **46% in Schulungsmaßnahmen** und etwa

54% arbeits- bzw. lehrstellensuchend. Bei den **22-24**

jährigen sind hingegen **nur 35% in Schulung** und 65% arbeitssuchend.

Jugendliche mit psychischer Behinderung
AMS Meldung Stichtag 07.05.07



Es kann davon ausgegangen werden, dass der **Bedarf natürlich deutlich höher** liegt – quantitativ erfassbar ist er bei der derzeitigen Datenlage nicht. **Abhilfe könnte eine vernetzte Datenerfassung** über die Hilfsangebote hinweg **schaffen**.

Betrachtet man **dem gegenüber das quantitative Platzangebot** so zeigt sich folgendes Bild:

Angebote für psychisch erkrankte Jugendliche	
Clearing Plus**	40
IMBUS BBRZ**	6
BIKU*	24
Laube**	1
Cafe Max**	8
IBI**	19
Gesamtsumme	98

* Zahlen 2006 ** Zahlen 2007

Sichtbar wird, dass insgesamt **etwa 100 Jugendliche unter 24** innerhalb eines Jahres unterstützt werden. Wobei zu beachten ist, dass **unter 18jährige fast nur bei Clearing Plus und BIKU** anzutreffen sind. In Summe erhalten also im Jahr etwa **46 Jugendliche** Unterstützung bei der **beruflichen Orientierung und Zukunftsplanung**

(Clearing Plus und Imbus). Weitere **33 Jugendliche** werden **in spezialisierten Maßnahmen** auf die berufliche Integration vorbereitet (BIKU, LAUBE; CAFE MAX) und **19 Jugendliche** werden in die **Arbeitsassistentz** aufgenommen.

Die Zahlen **der sieben „größten“ BT-Anbieter** für Menschen mit psychischer Erkrankung zeigen, dass sich **aktuell etwa 42 Jugendliche** in der Beschäftigungstherapie befinden, davon nur sehr **wenige unter 18jährige**.

Beschäftigungstherapie	gesamt	Jgdl
Reintegra	161	7
JAW	58	21
Bandgesellschaft	47	2
OPUS	42	1
OHTB	41	0
KOMIT	32	10
LOK	32	1
sonstige Anbieter	83	*
Gesamtsumme	496	42

* Zahlen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht vorhanden

3. Entwicklungsbedarf

Die Koordinationsstelle hat folgende Institutionen am 03.10.2007 zu einem **ExpertInnengespräch** eingeladen²³:

BIKU, Clearing Plus, Imbus (BBRZ), Laube, Pro Mente Peer Beratung / Mentoring, Reintegra, OPUS, LOK und die Tagesklinik Akaziengasse des PSD.

Thema und Ziel der Besprechung war die **Erhebung der Angebotssituation** in Wien, die Klärung der **Zusammenarbeit und Vernetzung** der bestehenden Institutionen und die **Darstellung der Angebotslücken**.

3.1. Grundlegende Rahmenbedingungen der beruflichen Integration

Einfach, klar und prägnant fasst **die deutsche Bundesagentur für Arbeit die Rahmenbedingungen der beruflichen Integration psychisch erkrankter Jugendlicher zusammen**. Die in der Folge angeführten Rahmenbedingungen finden sich in allen, der Koordinationsstelle bekannten, Protokollen und spiegeln auch die Meinung der Wiener ExpertInnen wider:

Für die praktische Gestaltung der genannten Maßnahmen haben sich (in Deutschland) folgende **Leitlinien** als hilfreich erwiesen²⁴:

- Generell muss bei der Rehabilitation ein **weit größerer Zeitraum** geplant werden, als dies bei anderen Behinderungen erforderlich ist.
- Ein **Umstieg zwischen verschiedenen Maßnahmetypen** muss jederzeit möglich, die **Dauer der Maßnahmen flexibel** gestaltbar sein.

²³ Detaillierte Beschreibungen der einzelnen Angebote finden sich im Anhang

²⁴

http://www.ausbildungberufchancen.de/handbuch/vollversionen/psychische_erkrankungen.php#G

- Nach erfolgreichem Abschluss einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme muss nahtlos, ohne Wartezeiten, eine Berufsausbildung oder Arbeitsvermittlung möglich sein.
- Ein **Wechsel der Maßnahmenorte und wichtiger Bezugspersonen ist zu vermeiden** oder längerfristig vorzubereiten.
- Individuelle Neigung und Eignung sind besonders zu berücksichtigen.
- Die Maßnahme muss auf die jeweilige **krankheitsbedingte Belastbarkeit abgestimmt** werden.
- Die **Arbeitszeit** ist möglichst **flexibel** zu gestalten (Ruhezeiten, Rückzugsmöglichkeiten bei Überforderung, Arbeitspläne vor und nach Krisen).
- Durch angepasste Anforderungen müssen **Überforderungen und Unterforderungen möglichst vermieden** werden.
- Bei sich abzeichnendem Scheitern der Maßnahme sind frühzeitig entsprechende Alternativen vorzubereiten (erhöhte Krisenanfälligkeit).

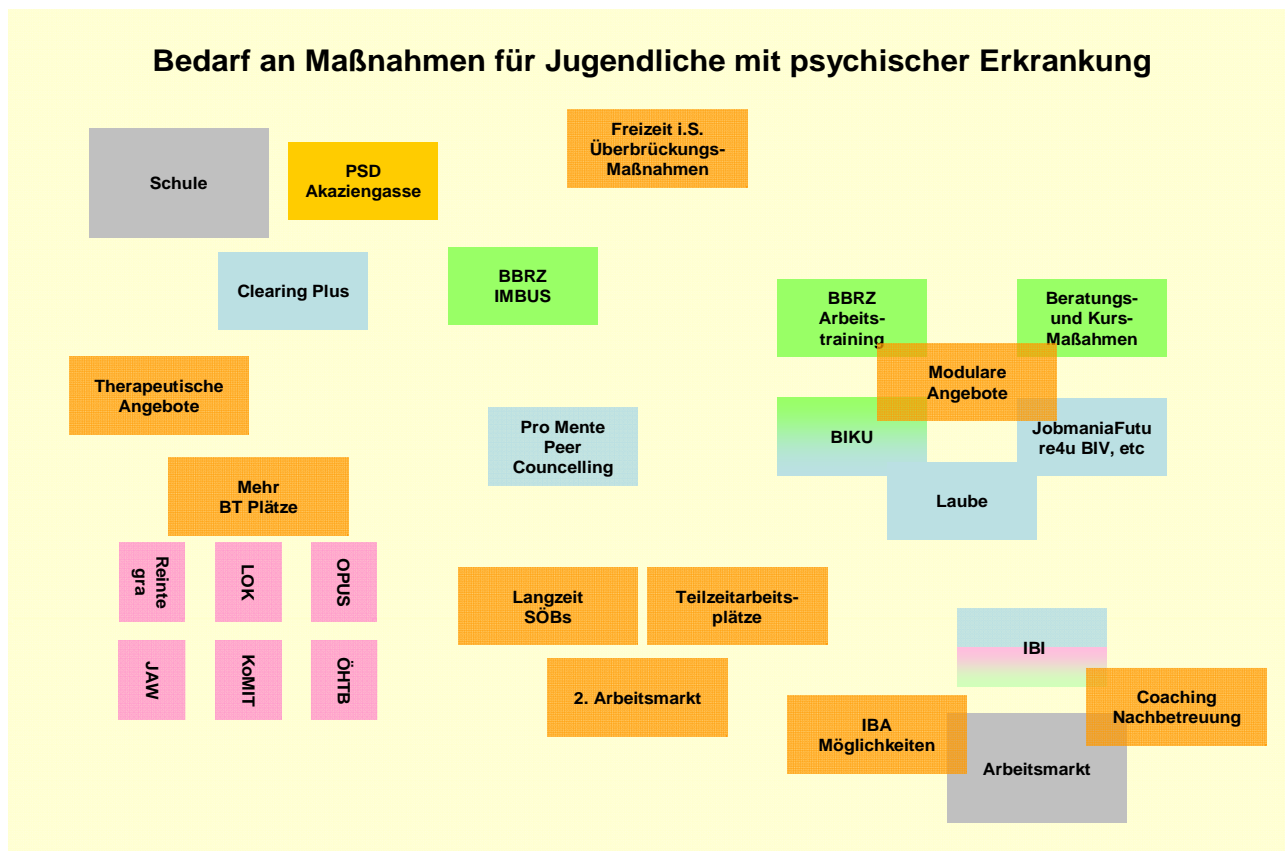
3.2. Fehlende Angebote in Wien

Ergänzende Auszüge aus dem Gespräch mit Expertinnen und Experten bezüglich fehlender Angebote in Wien vom 03.10.2007:

- Notwendig ist eine **konzeptionelle Grundhaltung** bzw. ein **übergeordnetes Konzept für Wien**. Benötigt wird ein **Entwicklungskonzept für die/den Jugendliche/n** bezogen auf die unterschiedlichen Erkrankungsformen, da bestimmte Diagnosen auch bestimmte Bedürfnisse (z.B. an Arbeitsstil und an Rahmenbedingungen) formulieren.
- Wichtig wäre, **verstärkt bei der Prävention anzusetzen**, bevor es akut wird - Ansatz bereits in der Schule - die derzeitigen Projekte beginnen erst nach einer Eskalation.

- **Freizeitangebote** werden zu wenig diskutiert obwohl sie sehr wichtig für die Entwicklung und Verbesserung der persönlichen Situation der Jugendlichen sind. Meist **dienen sie auch als „Überbrückungshilfe“ in instabilen Phasen und zum Erhalt der Struktur**, etc....
- Nur wenige der von der Arbeitsassistentz IBI vermittelten Erwachsenen können 100 % Arbeitsleistung erbringen. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine **massive Unterstützung auch am Arbeitsplatz notwendig** ist. Ein Coaching am Arbeitsplatz muss auch das soziale Umfeld mit bedenken und u.U. mit beeinflussen (vor allem die Eltern).
- Eine inhaltliche Koordination im Sinne von Information und Organisation ist notwendig. **Eine gut sichtbare, zentrale Stelle wäre wünschenswert**. Ebenso ist eine Stelle wichtig, bei der die Kundinnen und Kunden immer wieder andocken können (auch wenn Abbrüche stattfinden).
- Wichtig ist ein **2. Arbeitsmarkt** für Jugendliche, die die Voraussetzungen für den 1. Arbeitsmarkt nicht erfüllen können. Es sollte **Dauerarbeitsplätze mit wenig Stunden** (10-20 Std. pro Woche) mit Zuverdienstmöglichkeit geben.
- **Langzeit-SÖBs** sind ein Wunsch für jene, die leistungsmäßig **im „Mittelfeld“** liegen.
- Für die große „inhomogene Mitte“ fehlen **modulare Angebote**, die auf die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppe Rücksicht nehmen.
- Einrichtungen mit langen Wartelisten sollen **mehr Plätze** zur Verfügung stellen können. Das betrifft vor allem die **Beschäftigungstherapie**.
- **Verlängerte Lehre** (für 5 Jahre) oder geschützte Arbeitsplätze wären eine Perspektive (z.B. „An-Lehre“). Die Teilqualifizierung (wie bei Basic Plus) sollten auch Menschen in Anspruch nehmen können, die älter als 21 Jahre alt sind.
- Wunsch nach mehr begleitenden **Einzeltherapie-Möglichkeiten**.

Ergänzt man die vorhandene Maßnahmenlandschaft um die oben genannten Angebote würde sie sich folgendermaßen darstellen: (orange gekennzeichnet wurden benötigte – aber aktuell nicht vorhandene - Angebote)



4. Quellenverzeichnis

Deutsche Bundesagentur für Arbeit: Online-Handbuch zum Thema Teilhabe am Arbeitsleben

http://www.ausbildungberufchancen.de/handbuch/vollversionen/psychische_erkrankungen.php#G, site vom 29.10.2007

Dimdi: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information:
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10>, site vom 29.10.2007

dokcheck zum Thema ICD 10:

<http://flexikon.doccheck.com/ICD10>, site vom 29.10.2007

Europäischer Gesundheitsbericht 2002

<http://www.euro.who.int/document/e76907g.pdf>, site vom 13.11.2007, S. 42/43

Dr. Hans Morschitzky, Klinischer und Gesundheitspsychologe zum Thema Sozialphobien

<http://www.panikattacken.at/sozialphobie/sozial.htm>, site vom 12.11.2007

Studie des Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie (AG: Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung) TU Dresden zum Thema „*Psychische Störungen in Deutschland und der EU, Größenordnung und Belastung*“

<http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf>, site vom 29.10.2007

Psychosozialer Dienst Wien Erklärungen zu einzelnen Diagnosen:

<http://www.psd-wien.at/psd/39.html>, site vom 29.10.2007

Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz 2005

<http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf?language=german>, site vom 19.11.2007, S.11

Wiener Psychiatriebericht 2004:

<https://www.wien.gv.at/who/pdf/psychiatriebericht2004.pdf>, site vom
05.11.2007

Artikel im Kurier zum Thema „Der Druck am Arbeitsplatz steigt“

<http://kurier.jobmedia.at/index.php?modul=jobjournal&aid=1097&PHPSESSID=a210fff328f7c94469e6bf92a1920>, site vom 12.11.2007;

Mehrere Artikel auf <http://derstandard.at>, site vom 12.11.2007

- „Die gequälte Seele“ vom 07.11.2007
- „Armut macht krank“ vom 05.11.2007
- „Recht auf Teilhabe“ vom 17.10.2007
- „Zu häufig unbehandelt“ vom 11.10.2007
- „20% ernsthaft krank“ vom 02.10.2007

Artikel „die Zeit“ vom 19. April 2007 zum Thema Angststörungen

<http://www.zeit.de/2007/17/Dossier-Angst?page=all>, site vom 08.11.2007

Andere Quellen:

Bezirkszeitung Ausgabe 19 vom 24.10.2007 zum Thema Depression bei Kindern und Jugendlichen

Powerpoint Folie „Erhebung der derzeitigen Betreuungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ in den Mitgliedsorganisationen der IVS/Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen vom Mai 2007

5. ANHANG

Detaillierte Informationen zu den Institutionen die zum ExpertInnengespräch am 03.10.2007 eingeladen waren.

Projekt	Auftrag/Ziel Betreuungsdauer	Angebot/Altersgruppe Jugendliche	Diagnosen/Aufnahme- Voraussetzungen	Ausschluss- kriterien
BIKU Treff Mag. Eveline Dietrich	Angeboten wird soziale Qualifizierung und berufliche Integration. Ziel ist die Stabilisierung, das Einhalten von Arbeitsaufträgen sowie die berufliche Orientierung. Die Vermittlungsquote ist durch das BSB vorgegeben und beträgt 50 %. Die Betreuungsdauer ist max. 1 Jahr.	2/3 der betreuten, psychisch erkrankten, Personen zwischen 16 und 24 Jahren alt, 1/3 der KundInnen kann älter sein.	2/3 der aufgenommenen Personen haben eine psychiatrische Diagnose. Im Bereich der psychiatrischen Diagnose gibt es derzeit noch keine Erfahrungswerte mit dem BSB. Eine weitere Voraussetzung für eine Aufnahme ist die Motivation.	Drogenprobleme, akute Krankheiten und eine Ablehnung durch BSB
Clearing Plus Mag. Christine Sonntag	Der Fokus liegt in der Heranführung der Jugendlichen an den Arbeitsmarkt. In den ersten 6 Monaten erfolgt eine Abklärung, anschließend kann für 1 Jahr Integrationsbegleitung angeboten werden. Das Ziel ist eine Integration am Arbeitsmarkt. Die „fitteren“ KundInnen können nach ca. 3-6 Monaten in ein Projekt mit Tagesstruktur eingegliedert werden. Dieses Projekt gibt es erst seit April 2008 und es wird vom BSB finanziert.	Das Alter liegt zwischen 13 und 24 Jahre. Hauptanteil der KundInnen ist zwischen 19 und 20 Jahre alt. Zusätzlich gibt es zwei Zeitstrukturgruppen (EDV/Medien und Manuell/Kreativ) und drei Soziale Kompetenztrainingsgruppen (max. zweimal / Woche), wobei dieses Angebot sehr gut angenommen wird.	Hauptanteil der betreuten Jugendlichen hat diagnostizierte psychische Beeinträchtigungen (Schizophrenie, Borderline, Angstdiagnosen,...). Voraussetzung für die Aufnahme ist eine zumindest 30 %-ige Behinderung, die durch das BSB festgestellt wurde. Angabe des Namens und der SVN sind für viele eine zu hohe Hürde. Diese Jugendlichen nehmen bei Clearing Plus nur eine Beratung in Anspruch.	Drogen- oder Alkoholkonsum und Aggressionen.
IBI Dr. Karin Rossi	Arbeitsassistenz mit dem Auftrag psychisch kranke Menschen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, Arbeitsplätze zu sichern und Unternehmen zu beraten. Betreuungsdauer max. 1 Jahr, Verlängerung bei Bedarf möglich	Beratungssetting keine Altersbeschränkung, max. 10% der Personen zwischen 15-24, 90% ist zwischen 24 und 45 Jahre alt	Voraussetzung für Aufnahme ist ein fachärztlicher Befund. Alle Krankheitsbilder sind vertreten. Besondere Voraussetzungen sind u.a. Motivation, Bekanntgabe der SVN, Namen etc.... (Personen werden nicht anonym betreut)	akute Psychosen und Obdachlosigkeit

<p>IMBUS BBRZ Mag. Petra Steindl</p>	<p>Imbus (Individualisierte Bildungsmaßnahme zur Berufsvorbereitung und Stabilisierung). Auftraggeber sind v.a. das AMS und die Pensionsversicherung. Ziel der Betreuung ist die Stabilisierung u. Entwicklung beruflicher Perspektiven. Keine Vermittlungsquote, Integration in den AM wird unterstützt. Die Dauer der Maßnahme beträgt 16 Wochen. Im Anschluss sind 30 Wochen Arbeitstraining in der Moccaria möglich.</p>	<p>Am Beginn erfolgt das Reha- Assessment (= umfassende medizinische, kognitive, gruppenspezifische Abklärung). Ausgehend von den Ergebnissen werden Empfehlungen für die beruflichen Rehabilitationsschritte formuliert. Es werden interne als auch externe Maßnahmen- bzw. Projekte empfohlen. Altersmäßig gibt es keine Einschränkung, heuer besuchen erstmals zwei 16-jährige die Maßnahme.</p>	<p>Imbus betreut Personen mit psychischen Erkrankungen, diesbezüglich gibt es keine Einschränkungen und umfasst jegliche Erkrankungen aus dem ICD-10.</p>	<p>akute Suchterkrankung sowie eine akute psychotische Episode</p>
<p>Laube Dr. Hania Kar- tusch</p>	<p>Qualifizierung (ECDL Trainings) und Arbeitsintegration für Menschen mit psy. Beeinträchtigung. Ziel ist die Vermittlung in den 1. AM. Die Vermittlungsquote beträgt weniger als 50 % und wird durch ein Punktesystem bewertet. Die Betreuungsdauer ist max. 1 Jahr wobei ein Einstieg laufend möglich ist.</p>	<p>Die Kursmaßnahme: beinhaltet u.a. BO, Unterstützung bei Bewerbungen, Arbeitstraining (Vermessungen für den Wienführer „Wien barrierefrei entdecken“), Eingabe von Daten und Social Skill Trainings, Einzelcoachings und Reflexionen. Die Betreuung erfolgt in 2 Gruppen zu je 8 Personen.</p>	<p>Zielgruppe sind Menschen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen, wobei diese gruppenfähig (= relativ belastbar und stabil) sein müssen. Die TN müssen begünstigbar behindert sein (50 %), in Ausnahmefällen ist eine 30 %-ige Behinderung ausreichend. Eine Mindestanwesenheit von 30 Stunden/Woche ist erforderlich</p>	<p>akute Erkrankungen und Suchtprobleme. Haftentlassene werden nicht aufgenommen.</p>
<p>LOK Mag. Markus Huber</p>	<p>„LOK Couture second hand“ und „dasLOKal“ (Kaffee und Buchladen) sind Projekte der BT. Projekt-auftrag: Schaffung guter Entwicklungsbedingungen und Perspektiven schaffen, Sozialkontakten und</p>	<p>Mindestalter 18 Jahre. Jugendliche bis 24 besuchen kaum diese Projekte. Es gibt keinen Zwang zur Vermittlung auf den 1. Arbeitsmarkt. Der</p>	<p>Eine Diagnose ist nicht Voraussetzung, allerdings die Bewilligung des FSW. Zielgruppe sind Menschen mit landjährigen psychiatrischen Problemen. Der Großteil der betreuten Perso-</p>	<p>akuter Drogen- und Alkoholkonsum, und bei schwerwiegenden Kon-</p>

	Alltagsstruktur. Ziel ist auch die Selbstwertsteigerung Betreuungsdauer unbegrenzt	Nachteil ist, dass es dadurch zu langen Wartezeiten (bis zu 2,5 Jahren) kommt	nen leidet an paranoider Schizophrenie.	flikten.
OPUS Dr. Maria Gasselseder	Tagesstruktur in einer Holz- und Papierwerkstätte sowie einzelne Trainingsplätze im Verkauf oder Büro. Aufenthaltsdauer nicht begrenzt. Durchschnittliche Verweildauer 10-11 Jahre. Derzeit Aufnahmesperre da Wartezeit bis zu 3 Jahre - Erweiterung auf 50 Plätze ist geplant.	Aufgenommen werden Erwachsene von 18 bis 65 Jahren (der Jüngste ist derzeit 25 Jahre alt). Größte Gruppe ist derzeit die Gruppe der 30 bis 40-jährigen. Wenig Anfragen von Jugendlichen. Grund dafür kann sein, dass bei den schizophren erkrankten eine Diagnose erst spät erfolgt.	Die Zielgruppe sind v.a. langzeitarbeitslose Menschen, die an Schizophrenie erkrankt oder manisch depressiv sind. Aufnahmevoraussetzung ist die Krankheitseinsicht und regelmäßige psychiatrische und medizinische Behandlung sowie Bewilligung des FSW.	Ausschlussgründe sind akuter Drogen- oder Alkoholkonsum.
Pro Mente „Betroffene beraten Betroffene“ Silvia Ballauf	Ziel ist der Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. der Wiedereinstieg für psychisch kranke Menschen. Projekt hat Anfang 2007 begonnen.	Die Altersstruktur der KundInnen ist zwischen 18 und 65 Jahren. 3 Teilprojekte: 1. Peerberatung: 3-5x Beratungen zur Abklärung 2. Selbsthilfegruppen 3. Mentoring: 1:1-Betreuung max. 10 Monate	Zur Diagnosefeststellung ist ein ärztliches Attest erforderlich, zumeist leiden die KundInnen an Depressionen. Es gibt keine Kapazitäten für schwierige Fälle (Schizophrenie).	
Reintegra Manfred Skoff	Reintegra bietet eine erwerbsorientierte Tagesstruktur (= BT) im handwerklichen Bereich für jene an, die aufgrund der psychischen Belastung noch nicht in den 1. AM integriert werden können. Ziel ist die Integration in den 1. Arbeitsmarkt.	Betreuungsdauer in den Reha-Maßnahmen ist befristet auf 18 Monate (Verlängerungen sind möglich). Mindestalter 18 Jahre, junge Menschen zw. 18 und 24 Jahren werden mehr - derzeit werden 7 Jugendliche.	Aufnahmevoraussetzungen sind: die Bewilligung durch den FSW, schriftlicher Befund und Compliance. Das heißt, dass eine externe psychiatrische Betreuungsstruktur gegeben sein muss. 70 – 80% der KundInnen sind an Schizophrenie erkrankt, der Rest leidet an Mischformen.	nahezu keine Ausschlusskriterien Haftaufenthalt auf jeden Fall.

Tagesklinik Akaziengasse des PSD (Kin- der- und Ju- gendpsychi- atrisches Am- bulatorium)	In der Tagesklinik wird die Be- handlung Einzelnen und in Gruppen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren angeboten. Betreu- ungsintensität und Anwesenheit wird individuell der Notwendigkeit angepasst. Es ist eine Betreuung von ambulant, tagesklinisch oder teilstationär möglich. Insgesamt stehen 10-12 Plätze zur Verfügung. Aufenthaltsdauer nach Bedarf - Derzeit durchschnittlich 3- 6 Monate	Ziel ist es, das Funktionsniveau auf psychosozialer Achse (Beziehun- gen, Selbständigkeit, Freizeit, Ausbildung/Arbeit) zu verbessern, dass weitere Ausbildungsschritte möglich sind (Einstieg in eine hochschwellige arbeitsmarktnahe Einrichtung oder in den AM mög- lich wird). Auch die weitere soziale Umgebung wird in die Betreuung miteinbezogen.	Die behandelten Kinder und Jugendlichen leiden an diag- nostizierten psychischen Stö- rungen, meist psychotischen Störungen (affektive Störun- gen, Schizophrenie) oder gleichwertig stark beeinträchti- genden „neurotischen“ Störun- gen (Angststörung, Zwangsstö- rungen, Essstörungen).	Unmittelbare Selbst- oder Fremdge- fährdung im Sinne des Unterbrin- gungsgeset- zes.
---	--	---	--	---