



S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – Konsequenzen für die Gemeindepsychiatrie

Katrin Arnold

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm

Bezirkskrankenhaus Günzburg

bezirkskliniken
schwaben



Fachvortrag und
Jahresversammlung der
BayGSP

19. November 2010
München



BayGSP e.V.

Bayerische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Landesverband der DGSP

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Eckdaten zum Projekt:

- seit März 2009 in Erarbeitung
- Auftraggeber/ federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Projektdurchführung: 6-köpfiges Team um Thomas Becker (Ulm/Günzburg), Steffi Riedel-Heller (Leipzig), Stefan Weinmann (Berlin) → „Steuergruppe“
- Beteiligung von 17 Experten („Expertengruppe“) und 39 Organisationen/Verbänden, die die Anwender der Leitlinie repräsentieren („Konsensusgruppe“)
- Begleitung des Leitlinienprozesses durch Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ziel der Leitlinie:

- systematisches Zusammentragen der wissenschaftlichen Evidenz zu psychosozialen Therapien und Ableitung entsprechender evidenzbasierter Empfehlungen

→ *Zielpopulation*: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen („**severe mental illness**“, SMI), d.h.

- Menschen mit schizophrenen, schizoaffektiven oder anderen psychotischen Störungen, bipolar affektiven Störungen, schweren depressiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen,
- bei denen die Störung bereits länger (i.d.R. über zwei Jahre) besteht
- und mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergeht.

(Anlehnung an Ruggeri et al. 2000)

Wozu dienen Leitlinien?

- Verbesserung der Wissensvermittlung für eine systematische, wissenschaftlich fundierte Entscheidungsfindung
- Unterstützung des Patienten in seiner Rolle als Partner in diesem Prozess
- Optimierung der Versorgungsqualität
- Beitrag zu angemessener Nutzung begrenzter Ressourcen

(I. Kopp 2009)

und....

- Leitlinien bieten Leistungserbringern Orientierungspunkte für die Gestaltung ihres Angebotes (Qualitätssicherung) und für Verhandlungen mit Kostenträgern

Hintergrund zu Leitlinien

Methodische Qualität von Leitlinien: Stufen-Klassifikation der AWMF

	Für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe	Systematische Evidenzbasierung (Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)	Strukturierte Konsensusfindung (Formale Technik)
S1 Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	nein	nein	nein
S2k Konsensbasierte Leitlinie	ja	nein	ja
S2e Evidenzbasierte Leitlinie	nein	ja	nein
S3 Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	ja	ja	ja

Hintergrund zu Leitlinien

Entwicklung von S3-Leitlinien nach AWMF-Klassifikation erfordert:

- Zusammenstellung einer Experten- und Konsensusgruppe
 - Formulierung klinisch relevanter Fragestellungen
 - Sorgfältige Planung der Suchstrategie
 - Strukturierte Durchführung der Recherche und Dokumentation der Ergebnisse
 - qualitative Bewertung der Ergebnisse, Zuordnung von Evidenzgraden
 - Entwurf von Schlüsselempfehlungen, Zuordnung von Empfehlungsgraden
 - strukturierte Abstimmung bzgl. der Empfehlungen und Empfehlungsgrade durch die Konsensusgruppe (Konsensuskonferenzen)
- Verabschiedung der Empfehlungen

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Merkmale psychosozialer Therapien:

- Ziel: Verbesserung individueller Möglichkeiten, in der Gemeinschaft zu leben
- Einbezug des **sozialen Umfelds**
- **aktive Rolle des Patienten** angestrebt: Selbständigkeit, Unabhängigkeit (Empowerment)
- **Zuwachs an Handlungskompetenz** im Mittelpunkt, nicht Symptome und Defizite
- **Beteiligung unterschiedlicher Disziplinen** an Planung und Durchführung
- **Anwendung oft in Kombination mit anderen Therapieverfahren** → integraler Bestandteil umfassender psychiatrischer Behandlung
- **zielorientiert, handlungsorientiert, ressourcenorientiert, multiprofessionell**
- klare Trennung psychosozialer Interventionen von der **Gestaltung des psychiatrischen Versorgungssystems** insgesamt ist nicht möglich
(Weinmann/ Gaebel 2005)

Themen für die Evidenzrecherche

a) Systeminterventionen:

1. Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung
 - Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams)
 - Aufsuchende gemeindepsychiatrische Teambehandlung (Assertive Community Treatment)
 - Mobile Kriseninterventionsteams (Home Treatment)
2. Case Management

b) Bereichsspezifische Interventionen

3. Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben
4. Interventionen und Versorgung im Bereich Wohnen
5. Training sozialer Fertigkeiten
6. Psychoedukation einschließlich bifokaler Gruppen (mit Angehörigen)
7. Künstlerische Therapien
8. Ergotherapie
9. Tagesstrukturierende Maßnahmen
10. Bewegungstherapie und Sport
11. Betroffenenarbeit/ Selbsthilfe
12. Angehörigenarbeit

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams, CMHT)

- seit Mitte der 1990er Jahre in Großbritannien weit verbreitet
- multidisziplinäre gemeindeorientierte Behandlungsteams
- Behandlung von Patienten in einem definierten Einzugsgebiet
- Behandlung erfolgt überwiegend in Institution
- über längere Zeiträume in verschiedenen KH-Phasen
- Diagnostik & Übernahme aller ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Behandlungsansätze

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

- Evidenz-Basis: 1x Review, 1x Leitlinie (alle Studien aus GB)



Verglichen mit herkömmlicher ambulanter Behandlung (ohne multiprofessionelles Team) bewirken die Community Mental Health Teams

- eine Reduktion stationärer Aufnahmen (Ia)
- eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit (Ib)
- tendenzielle Reduktion der Symptomschwere (Ib)
- höhere Kosteneffektivität (Ib)
- *keine* Reduktion der Sterbefälle (Ia)
- *keine* Reduktion stationärer Behandlungszeiten (Ib)
- *keine* Senkung der Behandlungsabbrüche (Ib)
- *keine* Verbesserung sozialer Funktionen (Ib)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung (Assertive Community Treatment, ACT)

- multidisziplinäres ambulantes Behandlungsteam
- gemeinsame Verantwortung des Teams für die Klienten
- Zuständigkeit für Erbringung medizinischer, psychosozialer *und* rehabilitativer Versorgung
- Teams arbeiten überwiegend aufsuchend in Form von Hausbesuchen
- hohe Betreuungsintensität (Betreuungsverhältnis 1:10 bis 1:15)
- 7 Tage 24 Stunden Verfügbarkeit
- Kontakt zum Patienten auch während stationärer Episoden → Langzeitunterstützung

(Stein & Test 1980)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung

- Evidenz-Basis: 7x Review, 1x Leitlinie, 11x RCT (hauptsächlich aus USA, GB)
 - ↳ Verglichen mit herkömmlicher gemeindenaher Versorgung bewirkt ACT
 - verbesserten Kontakterhalt zu Patienten (Ia)
 - Reduktion der Aufnahme in stationäre Behandlung (Ia)
 - Reduktion stationärer Behandlungszeiten (Ia)
 - Reduktion von Obdachlosigkeit, Stabilisierung der Wohnsituation (Ia)
 - Verbesserung der Beschäftigungssituation (Ia)
 - Erhöhung der Behandlungszufriedenheit (Ia)
 - *keine* differentielle Beeinflussung der klinischen Symptomatik (Ib)
 - *keine* Reduktion der Mortalität (Ia)
 - *keine* Reduktion von Straftaten oder Haftstrafen (Ib)

Marshall & Lockwood 1998; Replikation durch weitere Studien

Erhöhung der Kosteneffektivität gegenüber herkömmlichen Versorgungsansätzen, nicht gegenüber Case Management

Mobile Kriseninterventionsteams (Home Treatment)

- mobile multiprofessionelle Behandlungsteams für die häusliche Behandlung *akuter* Krankheitsepisoden
- fester Bestandteil: Behandlung im gewohnten Lebensumfeld (Hausbesuche)
- bis zu 24 Stunden an 7 Tagen/Woche
- Ziel: Vermeidung einer Krankenhausbehandlung
- Diagnostik & Übernahme aller ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungsansätze

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Mobile Kriseninterventionsteams (Home Treatment)

- Evidenz-Basis: 1x Review, 1x Leitlinie, 2x RCT (alle aus angloamerik. Raum)

↳ Verglichen mit herkömmlicher Behandlung bewirkt Akutbehandlung durch ein mobiles Kriseninterventionsteam:

- Reduktion stationärer Aufnahmen und Behandlungszeiten (Ia)
- Reduktion von Behandlungsabbrüchen (Ia)
- Erhöhung der Behandlungszufriedenheit bei Patienten (Ia) und Angehörigen (Ib)
- Verringerung der erlebten Belastungen bei den Angehörigen (Ib)
- tendenzielle (aber n.S.) Reduktion der Symptomschwere (Ia)
- höhere Kosteneffektivität (Ia)
- *keine* Verbesserung von Allgemeinzustand (Ib) und Beschäftigungssituation (Ib)
- *keine* Reduktion von Sterbefällen (Ib)
- *keine* Verminderung von Straftaten und Haftstrafen (Ib)

Joy et al 2006, NICE 2009, Johnson 2005, McCrone 2009

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Empfehlung zu multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer teambasierter Versorgung (1)

Gemeindepsychiatrische **teambasierte multiprofessionelle** ambulante Behandlung in definierten Regionen soll zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden **(A)**.

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung **wohntnah** und **erforderlichenfalls aufsuchend** behandeln **(A)**.

Menschen mit schweren psychischen Störungen in **akuten Krankheitsphasen** sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden **(A)**.

Ein aufsuchender Ansatz soll v.a. dann zur Verfügung stehen, **wenn Behandlungsabbrüche drohen (A)**.

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Empfehlung zu multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer teambasierter Versorgung (2)

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch **über einen längeren Zeitraum** und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, **nachgehend aufsuchend** in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden **(A)**.

Insbesondere soll die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung für die Versorgung von **wohnungslosen Menschen** mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen **(A)**.

Case Management

- in den USA entwickelt
 - dient der Steuerung der Inanspruchnahme des Versorgungssystems und der Koordination der einzelnen Komponenten der Behandlung
- Fallmanager übernimmt Koordinationsfunktion in einem komplexen, fragmentierten Gesundheitssystem

Gestaltung von CM variiert erheblich → verschiedene Formen, z.B.
Intensive Case Management (hohe Betreuungsintensität)

Ergebnisse: Case Management

- Evidenz-Basis: 3x Review, 1x Leitlinie, 1x RCT (USA, GB, Schweden)

↳ Verglichen mit Standardbehandlung zeigte sich unter Betreuung durch CM:

- Reduktion von Behandlungsabbrüchen (Ia)
- erhöhte Patientenzufriedenheit (Ia)
- erhöhte Patienten-Compliance bzgl. Medikamenten (Ib)
- Reduktion Angehörigenbelastung, Erhöhung Angehörigen-Zufriedenheit (Ia)
- erhöhte Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen (Ia)
- *keine* Erhöhung der Lebensqualität (Ia)
- *keine* Reduktion von Straftaten und Haftstrafen (Ib)
- unzureichende Daten zur Kosteneffektivität

NICE 2009, Marshall et al 1998, Burns et al 2007, Ziguras/Stuart 2000, Björkman et al 2002

- Kaum Vorteile einer Intensivierung von CM hinsichtlich klinischer und sozialer Outcomes, deliktischen Verhaltens und Lebensqualität

Burns et al 2007


Ergebnisse: **Empfehlung zu Case Management**

Case Management kann nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung aller Patienten empfohlen werden, sollte jedoch nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z.B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hoher Inanspruchnahme von stationären Behandlungen) gezielt zur Anwendung kommen **(B)**.

Case Management im Sinne einer fachlichen Organisation der Hilfen durch eine beauftragte Person aus dem Kreis der am Einzelfall beteiligten Leistungserbringer sollte zur Abstimmung und Koordination der notwendigen Hilfen zur Anwendung kommen. **(Good Clinical Practice)**


Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

- Strategien: „*first train then place*“ vs. „*first place then train*“



- Berufsvorbereitendes Training und/oder übergangsweise Beschäftigung vor Rückkehr in ersten Arbeitsmarkt

- „*prevocational training*“



- berufsbegleitende Rehabilitation
- rasche Platzierung auf Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes; dort Unterstützung durch spezialisierte Dienste (Job-Coaches); zeitlich nicht limitiert

- „*supported employment*“ (SE)

(Lehmann et al. 2002)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

- Evidenz-Basis: 4x Review, 1x Leitlinie, 6x RCT, 4x kontrollierte Studie (überw. USA)



Verglichen mit Pre-vocational Training bewirkte Supported Employment:

- starke Erhöhung der Beschäftigungsraten auf dem allg. Arbeitsmarkt (Ia)
- Steigerung der monatlichen Arbeitszeit (Ia)
- Steigerung des monatlichen Verdienstes (Ib)
- Erhöhung der in kompetitiver Beschäftigung gearbeiteten Wochen/Jahr (Ia-Ib)

Einzelbefunde:

- SE unter nicht-amerikanischen Kontextbedingungen bei arbeitsbezogenen Ergebnisparametern weniger stark überlegen
- Hinsichtlich nicht-arbeitsbezogener Ergebnisparameter keine signifikante Überlegenheit von SE
- Verglichen mit Standardbehandlung (ohne Arbeitsbezug) zeigt auch Pre-vocational Training Wirksamkeit hinsichtl. einiger Parameter, gerade im deutschsprachigen Raum

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: **Empfehlung zu Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben (1)**

Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt anstreben, sollen Programme mit einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes und unterstützendem Training (**Supported Employment**) genutzt und ausgebaut werden. **(A)**

Zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch Kranker unverzichtbar, für die eine Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt (noch) kein realistisches Ziel darstellt. **(B)**

Training sozialer Fertigkeiten

- Ziel: Ausbauen von Fertigkeiten zur Gestaltung eines selbstbestimmten und weitgehend unabhängigen Lebens
- verschiedene Modelle des Training sozialer Fertigkeiten
- generell werden überwiegend verhaltenstherapeutische Prinzipien und Techniken genutzt
- oft verwendete Komponenten von TSF sind:
 - Problemidentifikation
 - Erarbeitung einer Zielsetzung
 - Anwendung von Rollenspielen/konkreten Übungen
 - Positive und negative Verstärkung
 - Motivation zu „Hausaufgaben“

Ergebnisse: Training sozialer Fertigkeiten

- Evidenz-Basis: 4x Review, 1x Leitlinie, 10x RCT



Im Vergleich zur Standardbehandlung zeigte sich bei der Anwendung von social skills-Training starke Evidenz für

- eine Verbesserung sozialer Fertigkeiten (Ia)
- eine Verbesserung der sozialen Anpassung/sozialer Funktionen (Ia)
- eine Reduktion der Symptomschwere, insbesondere der Negativsymptomatik, bei der Schizophrenie (Ia)

Einzelbefunde deuten weiterhin auf günstige Beeinflussung von Selbstbewusstsein, Krankheitseinsicht und beruflicher Wiedereingliederung.

Uneindeutige Befundlage zeigt sich hinsichtlich Lebensqualität, Rückfallrisiko, stationären Wiederaufnahmen und Behandlungsabbrüchen.

Neuere Modifikationen der Trainingsmanuale (z.B. Kombination mit kognitiven Techniken, expliziter Einbau von Unterstützung für Alltagstransfer) erwiesen sich als effektiv bzgl. mehrerer Parameter.

Ergebnisse: **Empfehlung zu Training sozialer Fertigkeiten**

Ein Training sozialer Fertigkeiten soll als Intervention bei Vorhandensein sozialer Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Verbesserung sozialer Kompetenzen durchgeführt werden. **(A)**

Das Training sozialer Fertigkeiten soll gemessen an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen in ein komplexes, auch längerfristiges Behandlungs- und Unterstützungsangebot eingebettet werden. **(Good Clinical Practice)**

Betreute Wohnformen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

- Betreutes Einzelwohnen
- Betreute Wohngruppen
- Dezentraler Wohnverbund
- Wohnheime der Eingliederungshilfe
- Soziotherapeutische Einrichtungen
- Familienpflege
- Pflegeheime



Unterschiede in der

1. Betreuungsintensität
2. Finanzierungsform
3. Betreuungsform (ambulant/
stationär)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: Betreute Wohnformen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

- Evidenz-Basis: relativ schwach, keine RCT's



Es gibt Evidenz, dass

- mit Zunahme der Institutionalisierung negative Effekte zunehmen und die Lebensqualität reduziert wird
- durch betreute Wohneinrichtungen die stationären Krankenhausaufenthalte reduziert werden können (unabhängig von der spezif. Wohnform) und diese Reduktion mit der Dauer des Wohnens verbunden ist (II)
- bei spezifischer Wohnbetreuung, die die Selbstversorgung betont und übt, eine Steigerung der Selbstständigkeit und Senkung der Negativ-Symptomatik bewirkt (III)
- Wohnen in ambulant betreute Wohnformen im Vergleich zu Wohnen in Pflegeheimen bei Patienten die Fähigkeiten zur Selbstversorgung erhöhen und weniger Kosten verursachen (III)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Ergebnisse: **Empfehlung zu betreuten Wohnformen**

Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu und die Lebensqualität ab. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung möglichst vermieden werden. **(A)**

Die Möglichkeit einer Veränderung im Sinne einer Deinstitutionalisierung sollte regelmäßig geprüft werden. **(GCP)**

Differenzierte Wohnangebote sollten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Förderung von Teilhabe und Selbstständigkeit zur Verfügung stehen. Die Entscheidung für die Art der Betreuung und die Form des Wohnens sollte in Abhängigkeit von dem individuellen Hilfebedarf des Patienten und den Einschätzungen der unmittelbar an der Behandlung und Betreuung Beteiligten [...] erfolgen. **(O)**

Betreute Wohnformen sollten möglichst gemeindenah orientiert sein, um soziale Kontaktmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu erhalten bzw. zu fördern. **(GCP)**

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Resumé der bisherigen Leitlinienarbeit:

- Gerade die Resultate der Evidenzrecherchen zu den Systeminterventionen machen deutlich: Es gibt hochwertige Evidenz dafür, dass **teambasierte, integrierte Versorgungsformen** eine höhere Wirksamkeit aufweisen als weniger integrierte Behandlungsformen.
- Die bisherigen Ergebnisse der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien hinsichtlich der Systeminterventionen stützen daher das gemeindepsychiatrische Paradigma mit seinem Fokus auf **vernetzter, integrierter Leistungserbringung**.
- Teambasierte **aufsuchende** Behandlungsformen erweisen sich für die Zielgruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als besonders wirkungsvoll.
- Auch die bisher betrachteten **bereichsspezifischen Interventionen** (arbeitsrehabilitative Maßnahmen, gemeindeintegrierte betreute Wohnformen mit geringstmöglichem Institutionalierungsgrad oder Trainings sozialer Fertigkeiten) demonstrierten ihre Effektivität für die Zielgruppe

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen

Konsequenzen für die Gemeindepsychiatrie in Deutschland:

- weitere Etablierung bzw. Ausgestaltung **teambasierter, multidisziplinärer und gemeindenaher Versorgungsstrukturen**
 - speziell: Schaffung von mehr *aufsuchenden* teambasierten gemeindepsychiatrischen Angeboten nach dem Vorbild des ACT-Ansatzes oder des Home-Treatment (für akute Krisen) und Integration in gemeindepsychiatrische Netzwerke (z.B. Angliederung an Psychiatrische Institutsambulanzen oder Sozialpsychiatrische Dienste)
- Ausbau des Angebotes von wohnortnahen Maßnahmen nach dem Vorbild des **supported employment** und Integration in gemeindepsychiatrische Netzwerke
- Flächendeckend Sicherstellung eines **differenzierten** Angebotes **betreuter Wohnformen** und Integration in gemeindepsychiatrische Netzwerke
- Einbettung (soweit nicht schon geschehen) von **Trainings sozialer Fertigkeiten** das Angebot gemeindepsychiatrischer Netzwerke

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!