

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Einladung zu dieser Tagung und die Gelegenheit zu Ihnen sprechen zu dürfen.

Obwohl ich seit dem 1.01.diesen Jahres meine Tätigkeit als Verantwortliche für ein großes rheinisches Sozialpsychiatrisches Zentrum aufgegeben habe und mich nun im Teil-Ruhestand befinde, treibt mich weiter die Frage um, wie wir in dieser Gesellschaft mit den Menschen umgehen, die besonders hart von den Auswirkungen einer schweren psychischen Erkrankung getroffen werden.

Was tun wir – um Prozesse sozialer Desintegration zu verhindern, welche Angebote machen wir ihnen und ihren Familien, welche konkreten Hilfestellungen wären notwendig?

Und das gleich zu Beginn:

Abseits aller Sonntagsreden über Beteiligungsprozesse und soziale Teilhabe für alle von Behinderung betroffenen Menschen – ist die bittere Wahrheit aus meiner Sicht ein Skandal!

Ich möchte zu folgenden Inhalten Stellung nehmen:

1. Über wen reden wir? Anmerkungen zur Datenlage
2. Bericht über ein Modellprojekt aus den Jahren 2014 -2017 mit Zukunftswirkung
3. Was brauchen wir ?

Das Statista Research Department veröffentlicht für das Jahr 2019 folgende alarmierende Zahl: 1.206757 stationäre Behandlungen wegen psychischer Störungen sind allein in diesem Jahr in NRW erfolgt.

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Menschen in hohem Maße. Gleichzeitig betreffen die Folgen dieser Erkrankungen auch die Angehörigen und die gesamte Gesellschaft.

Trotz ihres häufigen Auftretens und ihrer teils schwerwiegenden Auswirkungen werden psychische Erkrankungen oft zu spät erkannt und nur unzureichend behandelt. Über frühzeitige fachgerechte Behandlung lassen sich eine Chronifizierung und wiederholte stationäre Aufenthalte

unter Umständen verhindern. Der „Psychotherapie Report“ der „Deutschen Psychotherapeutenvereinigung“, der viele wissenschaftliche Studien analysiert und vergleicht kommt zu dem Befund, dass in Deutschland 45 % der Patientinnen und Patienten unter einer chronifizierten, psychischen Erkrankung leiden. Das bedeutet, sie sind mehr als 5 Jahre erkrankt und nicht fachgerecht behandelt worden.

2,6 % dieser Menschen leiden unter einer Psychose, 9,8 % unter einer affektiven Störung (bipolare Störungen, schwere Depressionen), 9 % werden als Komorbide klassifiziert und ein Blick auf die Altersverteilung zeigt, dass junge Menschen im Alter von 18- 34 Jahren sehr viel häufiger betroffen sind.

Ich nenne Ihnen diese statistischen Zahlen auch, weil wir uns heute mit den Menschen beschäftigen, die am Ende niemand mehr erreichen kann. Die „Heavy User, Systemsprenger, die Schwierigen“ – und was es sonst noch für Zuschreibungen geben mag.

Jene, die in der Anonymität geschlossener Pflegeheime oder in der Obdachlosigkeit verschwinden, oft suizidal, ohne Hilfe, ohne Hoffnung

Trotz der Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung auf Grundlage der Psychiatrieenquete verzeichnen wir seit langem einen Anstieg der Zwangseinweisungen und betreuungsrechtlichen Unterbringungen. Verlässliche Aussagen zu Zahlen und dahinterliegenden Fakten liegen bis heute – aufgrund einer unsystematischen Datenerhebung – nicht vor.

Die traurige Wahrheit ist, dass mehr als 70 % der obdachlosen Menschen an einer psychischen Erkrankung leiden, davon mindestens 10% an einer psychotischen Erkrankung. Die traurige Wahrheit ist auch, dass Eltern, Partner und Kinder, chronisch überlastet, selbst an den Auswirkungen auf das ganze familiäre System massiv leiden.

Auch wenn ich sehr gut verstehen kann, dass dieser Stress beim ein oder anderen den Wunsch nach einer Institution erzeugt, die endlich für Sicherheit und Ruhe sorgt, muss ich Ihnen gleich zu Beginn sagen, dass ich mich dieser Meinung nicht anschließen kann.

Langfristig geschlossene Einrichtungen sind nicht die Lösung. In den 70er Jahren habe ich zum ersten Mal in meinem Leben ein psychiatrisches Großkrankenhaus von innen gesehen und dort auch fast

3 Jahre gearbeitet. Ich habe meine Tätigkeit aufgegeben, weil ich mich an den Menschenrechtsverletzungen und dem teilweise brutalen Umgang mit den dort untergebrachten Menschen nicht beteiligen konnte und wollte.

Natürlich haben sich die Verhältnisse inzwischen geändert. Sicher ist dies auch den Bewegungen von Angehörigen und Betroffenen geschuldet.

Dennoch bin ich überzeugt, dass Einrichtungen, in der sich Gewaltpotentiale bündeln auch auf Seiten der Beschäftigten ein Klima erzeugen können, das von Machtmissbrauch und Unterdrückung geprägt ist.

Ich bin auch überzeugt, dass man Menschen, die sich unseren Bemühungen um soziale Integration entziehen helfen kann.

Susanne Heim, selbst Mutter eines schwer psychisch erkrankten Kindes hat gesagt:

„Aufmerksamkeit und Zuwendung sind keine Luxusbeigaben der psychiatrischen Arbeit. Zugewandtheit und ein tiefer gehendes Interesse am einzelnen Menschen sind vielmehr die eigentlichen und langfristig gesehen einzig wirksamen Heilmittel, die diesen Namen auch verdienen. Erst durch das Verständnis der subjektiven Sichtweise und Unterstützung der Selbsthilfe- und Selbstheilungskräfte können psychisch erkrankte Menschen wieder zu einem, zu ihnen passenden Platz im Leben zurück finden.“

Dieser Gedanke gibt für mich die Richtung vor.

### Modellprojekt

Ich berichte Ihnen nun über ein Modellprojekt, dass wir in den Jahren 2014 bis 2017 verwirklichen konnten. Das zumindest war der offizielle Förderzeitraum. Wir haben diese Form der Arbeit aber nicht aufgegeben und führen sie nun unter anderen, wenn auch schwierigeren, wirtschaftlichen Bedingungen weiter.

Es richtete sich an Menschen ab 18, um deren Teilhabechancen es besonders schlecht steht, weil sie Teilhabe durch herausforderndes Verhalten, Rückzug oder Aggression scheinbar ablehnen. Oft sind diese

Verhaltensweisen aber eben einer langen und zerstörerischen Psychiatriekarriere geschuldet oder Ausdruck der Erkrankung.

Ich möchte Ihnen drei Menschen vorstellen, die hier beispielhaft für die stehen sollen, über die wir heute sprechen und deren Lebenswege und sehr ermutigt haben.

Frau B. ist mittlerweile 54 Jahre alt und leidet an einer Borderline Störung. Sie wächst in einem Heim auf. Die Mutter ist Alkoholikerin, der Vater unbekannt. Mit 15 Jahren entweicht sie aus einem Jugendheim und lebt bis zu ihrem 23. Lebensjahr weitgehend auf der Straße. In dieser Zeit kommt es zu einem massiven Alkoholabusus und massiven Selbstverletzungen. Aufgrund einer Vergewaltigung wird sie schwanger, das Kind wird ihr entzogen. Sie wird im Alter von 23 Jahren in die psychiatrische Klinik eingewiesen und verbleibt dort 17 Jahre, immer in geschlossenen Abteilungen, aufgrund ihres autoaggressiven Verhaltens überwiegend fixiert. Im Rahmen des stationären Settings zündet sie sich an. Einem Psychiater in der Klinik gelingt ein Zugang zu der Patientin und der Aufbau einer tragenden Beziehung. Frau B. ist 40 Jahre alt, als ihrem Wunsch nach einem eigenständigen Leben entsprochen wird. Arzt, zuständige Sektor Station, der gesetzliche Betreuer, extramurale Einrichtung und die Patientin schließen eine Vereinbarung: Frau B. soll im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens eine eigene Wohnung beziehen. Wenn sie unter Druck gerät und autoaggressive Handlungen drohen, kann sie zu jeder Tages- und Nachtzeit – ohne den Umweg über die Aufnahmestation – direkt in ihrer Sektor Station aufgenommen werden. Sie muss lediglich in der Klinik anrufen, die ihr dann ein Taxi oder einen Krankenwagen bestellt. Sie selbst bestimmt, ob eine Fixierung notwendig ist oder nicht. Sie selbst kann wieder gehen, wenn die akute Krise überwunden ist und sie sich stabil fühlt. Frau B. macht von dieser Lösung bis heute reichlich Gebrauch. In 10 Jahren kam es noch dreimal zu Selbstverletzungen. Eine Zwangseinweisung war nie wieder nötig. Frau B. lebt in der Stadt, verdient sich ein kleines Zubrot durch Reinigungsarbeiten in den Räumlichkeiten unseres offenen Treffs und hält regelmäßigen Kontakt zu unterschiedlichen Mitarbeiterinnen. Beziehungen, die sie sich ausgesucht hat und die ihr gut tun. Frau B. ist nicht immer nur liebenswert. Aber das halten wir gemeinsam gut aus.

Herr. G.

Er sprach – obwohl der deutschen Sprache durchaus mächtig – nur russisch, als ich ihm Ende der 90er Jahre zum ersten Mal auf der Entgiftungsstation des psychiatrischen Krankenhauses begegnet bin, in die er gegen seinen Willen als hilflose Person von den Ordnungsbehörden verbracht worden war. Auf jeden Versuch einer Kontaktaufnahme reagierte er ablehnend. Er wirkte verwirrt.

Die brüchige Geschichte von Herrn G. haben wir über einen langen Zeitraum in vorsichtigen Gesprächen entschlüsselt.

Er kam aus Thüringen. In seinem früheren Leben hatte er als Maschinenschlosser gearbeitet, war verheiratet und hatte einen Sohn. Ein Kontakt zur Familie ließ sich nie wiederherstellen. Nach der Trennung von seiner Frau zog Herr G. zu einem Onkel nach Wuppertal. Er begann zu trinken, verlor seine Arbeit, schließlich auch seine Unterkunft und lebte viele Jahre obdachlos auf der Straße.

Aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit und einer Persönlichkeitsstörung kam es während dieser Phase immer wieder zu Einweisung in unterschiedliche Kliniken und zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

Herr G. wurde schließlich von einem Auto angefahren und verweigerte jede Behandlung. Mit Zustimmung der rechtlichen Betreuerin wurde ihm in Folge des Unfalls ein Bein amputiert. Seitdem machte er sie, wahlweise in deutschen oder russischen Schimpfkanonaden dafür verantwortlich zum „Krüppel“ geworden zu sein. Aus klinischer Sicht sah man keine andere Möglichkeit mehr, als ihn geschlossen gegen seinen Willen in einem Heim unterzubringen.

Der einzige Mensch, der sich diesen Planungen zum Wohle des Betroffenen widersetze, war seine Betreuerin. Sie wollte den Versuch wagen, Herrn G. ein möglichst eigenständiges Leben in einer eigenen Wohnung zu ermöglichen.

So kam er zu uns. Er bezog eine kleine Wohnung, lehnte aber unsere Betreuungsangebote zunächst konsequent ab. Es kam zu Rückfällen und erneuten Entgiftungsbehandlungen. In Zusammenarbeit mit der rechtlichen Betreuerin, die Herrn G. 14-tägig mit Taschengeld versorgte, gelang es dann langsam eine Beziehung zu ihm aufzubauen. Den Sozialarbeiter des Betreuten Wohnens akzeptierte er schließlich als

seinen „Bekannten“, mit dem er sich irgendwann dann auch angeregt unterhielt. Die wöchentlichen Besuche und Spaziergänge zum Supermarkt, die er stets gepflegt und korrekt gekleidet antrat und bei denen er einen fröhlichen Kontakt mit den Verkäuferinnen pflegte, genoss er sichtlich. Alle Beteiligten waren sich einig, dass eine gänzlich abstinente Lebensführung nicht zu erreichen war. Wir verabredeten, Herrn G. den täglichen Konsum von eine Flasche Bier zuzubilligen. Das führte zum erfolgreichen Durchbruch unserer Bemühungen.

In seiner Wohnung zeigte er ein skurriles Bild. Er trug stets Damenunterwäsche, ein Korsett und Strapse zum Schnauzbart. Herr G. lebte bis zu seinem Tod noch 15 Jahre im Rahmen des „betreuten Trinkens“ in seiner Wohnung. Er fühlte sich nie betreut – sondern besucht. Er wollte auch nicht betreut werden, sondern akzeptiert.

Frau K., 44 Jahre, ledig, keine Kinder, befindet sich seit etwa ihrem 15. Lebensjahr in größtenteils stationärer psychiatrischer Behandlung. Sie leidet an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp und einer gemischten schizoaffektiven Störung.

Aus Gesprächen mit ihren beiden Schwestern ist bekannt, dass sie immer ein freiheitsliebender Mensch war und als Kind gerne selbständige Streifzüge unternommen hat.

Sie steht unter gesetzlicher Betreuung.

Verschiedene Versuche, sie in Wohnheimenrichtungen unterzubringen, scheiterten in früheren Jahren nach kurzer Zeit aufgrund massiver Eigen- und Fremdgefährdung.

In der Rheinischen Klinik in Langenfeld wurde sie jahrelang von einer Station auf die nächste verlegt, da sie auf Dauer nicht zu ertragen war. Schließlich wurde im Klinikgelände ein Anbau mit Überwachungskameras an einer Station errichtet, in der ausschließlich Frau K. lebte.

Nach desaströsem Verlauf ihrer Erkrankung war es in den letzten Jahren im Klinikrahmen gelungen, sie über ein sehr engmaschiges, pädagogisch-pflegerisches, psychiatrisches, psychologisch psychotherapeutisches Arbeiten deutlich zu stabilisieren. Nach vielen Jahren, (es ist von 15 Jahren in Dauerfixierung die Rede) die sie oft – bis auf wenige Stunden des Tages – auf Grund sehr impulsiven auto- und

fremdaggressiven Verhaltens (sie versuchte sich selbst die Augen auszustechen) in der Fixierung zugebracht hatte, konnte sie ihren persönlichen Bewegungsspielraum wieder zunehmend vergrößern.

Jetzt wurde deutlich, dass sie trotz des schweren Verlaufs der Erkrankung noch viele Ressourcen wiederentdecken kann, und sie selbst zunehmend ein Interesse an einem – anderem Leben – außerhalb der Klinik bekommen hat.

Der Kontakt zu unserer Organisation wurde im Sommer 2011 von Seiten der Klinik hergestellt und Möglichkeiten einer Betreuung außerhalb der Klinik eruiert. Die Möglichkeit, sie in einem unserer kleinen Wohnheime unterzubringen, wurde sofort ausgeschlossen. Es gab Überlegungen, sie im Rahmen von BEWO zu betreuen.

Es gab es noch zwei massive Problembereiche:

1. Frau K. ist auf Grund ihrer Impulsivität und Störung der Affektregulation in hohem Maße impulsiv und erregbar unter Stressbedingungen. Sie neigt dann zu selbstschädigendem Verhalten (vor allem sich selbst ins Gesicht schlagen, ihren Kopf gegen die Wand schlagen). Es kann in solchen Situationen – eher selten – auch zu fremdaggressiven Reaktionen kommen. Sie ist zeitlich relativ gering belastbar, da sie sich oft nur über eine kurze Zeitspanne konzentrieren kann. Es treten immer wieder Schlafstörungen auf, die sie entweder nicht zur Ruhe kommen lassen oder bei denen sie nachts aus dem Schlaf hochschreckt und in Angst- und Panikzustände gerät, in denen sie zur Autoaggression neigt. Aufgrund ihrer Impulsivität sind getroffene Absprachen in Krisensituationen bisher noch nicht sicher einzuhalten, obwohl sie sich um Kooperation bemüht.
2. Auf Grund der jahrzehntelangen Hospitalisierung zeigen sich deutliche Hospitalisierungsphänomene im Sinne fehlender lebenspraktischer Fähigkeiten und eines mangelnden, angemessenen Sozialverhaltens. Sie muss lernen, dass von der Norm abweichende Verhaltensweisen (wie z. B. andere Menschen nachts wegen Zigaretten zu wecken oder laut schreiend und Möbel umwerfend auf Frustration zu reagieren) bei einem Leben in der

Gemeinde andere Konsequenzen haben als in einer psychiatrischen Klinik.

So wurde gemeinsam mit der Klinik, dem gesetzlichen Betreuer und dem LVR Überlegungen angestellt, mit dem Ergebnis:

- Es wird eine Wohnung für Frau K. gesucht, die als ausgelagerter Wohnheimplatz finanziert wird
- Es gibt eine zusätzliche Nachtbereitschaft, die allerdings nicht in der Wohnung von Frau K. sondern im Wohnheim angesiedelt ist
- Es gibt eine zusätzliche Personalstelle, die die Wohnheimmitarbeiter entlasten.

Frau K. wurde frühzeitig in die Planungen einbezogen und besuchte fortan den Kontakttreff, suchte sich auch dort direkt Mitarbeiter, von denen sie gerne betreut werden wollte. In der Klinik fanden regelmäßig Gespräche mit den dortigen Behandlern, Wohnheimmitarbeiter und dem gesetzlichen Betreuer statt. Frau K. war immer dazu eingeladen, kam in der Regel auch dazu, hielt die Situation aber nur wenige Minuten aus.

Die Wohnraumsuche gestaltete sich schwierig, da das Augenmerk auf die Wohnheimnähe zu berücksichtigen war. Frau K. wurde immer unruhiger und ungeduldiger, zwischenzeitlich wollte sie gar komplett von ihrem Vorhaben abweichen.

Im Herbst 2012 wurde dann eine Wohnung gefunden, die alle Voraussetzungen erfüllte.

Der Umzug erfolgte zum 01.11.2012.

Es gibt Absprachen mit der „alten“ Station der Klinik, dass Frau K. ohne weitere Anmeldung aufgenommen werden kann. Dies nutzt sie auch, in Situationen, die ihr Angst machen oder sie überfordern.

Frau K. hat neben den Kolleginnen und Kollegen im Wohnheim noch eine Ansprechpartnerin im Kontaktclub und eine Bewo-Betreuerin, die sie nutzt. Die Nachtbereitschaft nimmt sie aus o.g. Gründen häufig wahr. Terminliche Absprachen sind schwierig, bis geht gar nicht. Sie erscheint und verschwindet, mischt zwischendurch das Wohnheim auf, wenn sie sich falsch verstanden fühlt.

Aber sie lernt – auch mit gesellschaftlich nicht geduldeten Verhaltensweisen umzugehen.

Sie hat inzwischen verstanden, dass das Leben außerhalb der Klinik anders funktioniert.

Es ist der Versuch, eine lange Krankenhausgeschichte zu unterbrechen. Mittlerweile lebt sie seit 8 Jahren in der Gemeinde.

Diesen Fällen ist gemeinsam, dass der mutige und risikofreudige Einsatz von Menschen aus helfenden Systemen, ein Arzt, eine rechtliche Betreuerin, eine engagierte Psychologin für ihre Klienten letztlich eine positive Veränderung bewirkt haben. Sie hatten noch Hoffnung, sie haben Vertrauen signalisiert und Regeln ausgehandelt, die erfüllbar waren.

Außerdem gab es in beiden Geschichten eine gemeinsame, verantwortliche Haltung aller, am Prozess beteiligten Helfer.

Es waren diese und viele weitere Geschichten, die uns veranlasst haben das Modellprojekt zu beantragen, dass wir in einer rheinischen Kleinstadt mit knapp 60 000 EW durchgeführt haben und in dem wir den Versuch unternommen haben auf individueller und struktureller Ebene Veränderungen für die Zielgruppe zu erreichen.

Im Folgenden möchte ich Ihnen berichten, was unsere Annahmen und unsere Ziele waren, welche Erfahrungen wir bei der Umsetzung gemacht haben und was wir durch die Veränderungen des Sozialgesetzbuches IX, das Bundesteilhabegesetz, in diesem Zusammenhang befürchten beziehungsweise welche Chancen wir sehen.

Wir kamen vor der Beantragung unseres Projektes zu folgenden Befunden:

- Besonders schwer erreichbare Menschen sind oft komorbide erkrankt und pendeln zwischen Klinik, gemeindepsychiatrischen Anbietern, der Obdachlosenhilfe und der Suchthilfe bis sich letztlich niemand mehr zuständig fühlt.
- Eine gemeinsame systematische Fallsteuerung unter Beteiligung der Betroffenen, ihrer Angehörigen und aller professionellen Akteure findet nicht statt.
- Eine strukturierte Hilfeplanung oder gar die Aushandlung eines persönlichen Budgets ist bei besonders schwer erkrankten, psychisch beeinträchtigten Menschen oft nicht möglich. Sie fallen aus dem System bis „andere“ über ihr Schicksal entscheiden.

- Es mangelt an personellen Ressourcen um Menschen mit einem kontinuierlichen Beziehungsangebot außerhalb der vom Kostenträger geforderten Fachleistungsstundensystematik zu unterstützen.
- Das bedeutet: auch schwer erkrankte Menschen müssen sich einem komplizierten Verfahren unterziehen, bevor sie Zugang zu ambulanten Hilfen erlangen und sie müssen mitwirken, was sie ja eben nicht können oder wollen.
- Menschen werden vorbei am gemeindenahen psychiatrischen Hilfesystem „verlegt“, sie bleiben oft anonym und ihr Schicksal wird nicht im Sinne einer Weiterentwicklung tragender Strukturen in den Sitzungen Gemeindepsychiatrischer Verbände, in den Kommunen thematisiert. Damit wird auch eine Kommune gar nicht in die Lage versetzt, schwer erkrankte Menschen in ihrer Gemeinde zu erkennen und für eine angemessene Versorgung zu sorgen.
- Es gibt kein strukturiertes Entlassungsmanagement der psychiatrischen Krankenhäuser.
- Der Sozialraum erfährt wenig oder keine Unterstützung, um Menschen mit schwierigen Verhaltensweisen akzeptieren oder aushalten zu können.

Daraus folgte eine lange Liste von Zielen und Maßnahmen um die identifizierten Problematiken zu bearbeiten und exemplarisch anhand von insgesamt 15 Fällen in drei Jahren eine Verbesserung zu erreichen. Überdies erwartete der Projekt bewilligende Leistungsträger einen Nachweis der Amortisation der zur Verfügung gestellten Mittel für eine zusätzliche Personalstelle.

Im Fokus stand der Aufbau eines trägerübergreifenden, netzwerkorientierten Angebots in der Gemeinde um passgenaue individuelle Lösungen für 15 Betroffene zu entwickeln, stationäre exterritoriale Unterbringungen gegen ihren Willen zu verhindern und Teilhabebarrieren für unsere Zielgruppe zu verringern.

Und was konnten wir auf individueller Ebene erreichen?

Statt der anvisierten 15 wurden insgesamt 20 betroffene Menschen im Projektzeitraum betreut. Die Nachfrage war also größer als das Angebot. Dennoch reden wir hier über einen Zeitraum von 3 Jahren. Die Organisation, aus der ich komme begleitet 420 Menschen ambulant, 30 Menschen im Rahmen besonderer Wohnformen (also Heimen), 45 Menschen in Wohngemeinschaften und durchschnittlich 1200 Menschen jährlich im Rahmen beruflicher Rehabilitation, der Tagesstätte im Integrationsfachdienst und in Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch – und suchtkranke Menschen. Wir reden hier also von knapp 0,4 % der betroffenen Menschen, die einen besonders intensiven Bedarf haben. Das macht die Dimension des Problems vielleicht deutlich, auch wenn es sich in der Realität oft so viel größer anfühlt.

18 Patienten wurde durch das Projekt das Leben in einer eigenen Häuslichkeit ermöglicht. Sie erhalten jetzt ambulante Unterstützung durch die Projektstelle. Inzwischen haben sich die Teilnehmenden gut stabilisiert, weil wir jeweils individuelle Lösungen finden konnten.

1 Betroffener entschied sich für ein Wohnheim. Jahrelange Obdachlosigkeit wurde so beendet.

1 Betroffener ist leider an einer Lungenerkrankung verstorben.

Entscheidend für das Gelingen des Projektes war die schlichte Tatsache, dass wir durch die Projektmittel im Sozialpsychiatrischen Zentrum eine zusätzliche Personalstelle zur Verfügung hatten, die jenseits von Betreuungsanzeigen, Hilfeplänen und Fachleistungsstunden Zeit und Raum hatte, den Klientinnen und Klienten ein niederschwelliges und anforderungsfreies Kontakt- und Beziehungsangebot zu unterbreiten, deren Rhythmus und Intensität sie selber bestimmen konnten.

Entscheidend war auch, dass wir zu Beginn der Projektphase zwei bezahlbare Häuser in einem zentral gelegenen und schönen Stadtteil anmieten konnten und so ad hoc Wohnraum zur Verfügung hatten.

In zwei Ruhe- und Orientierungshäusern leben insgesamt 7 Menschen. Für weitere 7 Klienten/innen konnten wir Wohnräume

anmieten. 1 Bewohner hat das Haus verlassen, um eine eigene Wohnung zu beziehen. 4 Menschen fanden ein neues Zuhause in Wohngemeinschaften des Betreuten Wohnens, bzw. eigenen Wohnungen.

Im „Place To Be“ stehen tagsüber durch den Projektleiter, bzw. andere Mitarbeiter, deren Büroräume wir dort ebenfalls etabliert haben, immer Ansprechpartner zu Verfügung. Nachts und am Wochenende eine Rufbereitschaft. Schrittweise haben wir dann auch in einzelnen Fällen zusätzlich Tandembetreuungen zum Beispiel durch die Suchthilfe oder Jugendhilfe eingesetzt und in einem vorsichtigen Prozess mit den Betroffenen Hilfepläne erarbeitet, um eine Überleitung in die Regelversorgung anzubahnen. Der Aufenthalt wird befristet für zunächst zwei Jahre angeboten, ist aber je nach individuellen Möglichkeiten verlängerbar. Das offen mit den Nutzern kommunizierte Ziel ist der Auszug und Übergang in ein unterstütztes, aber möglichst eigenständiges Leben.

Andere Teilnehmer und Teilnehmerinnen betreuen wir noch in der Obdachlosigkeit oder sporadisch wenn sie in der Familie oder der Klinik auftauchen. Sie bestimmen das Tempo der Annäherung. Inzwischen melden sie sich aus eigenem Antrieb. Sie sind zumindest auf einem Weg. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass wir seit 2017 eine Peerberaterin zu unserem Team zählen, die mit ihrem ganz eigenen Erfahrungsschatz, einer überwundenen psychotischen Erkrankung eine wertvolle Begleiterin ist. Sowohl für die Klienten und Klientinnen als auch für die Mitarbeitenden.

### Was haben wir Im Sozialraum erreicht?

Wir haben an Inklusionstagen und Quartiersentwicklungsprojekten der Gemeinde teilgenommen, um die Teilhabebarrieren für psychisch erkrankte Menschen zu benennen und unser Projekt im Internet vorgestellt.

Ausgrenzung durch Armut, nicht bezahlbarer Wohnraum in den Städten und darum Ghettoisierung in problembeladenen Stadtrandlagen, Stigmatisierung, Barrieren beim Zugang zum öffentlichen Nahverkehr, der für viele trotz Sozialticket zu teuer ist. Barrieren beim Zugang zum Arbeitsmarkt benannt, wo immer sich in Gremien die Gelegenheit dazu bot.

Zum Ende des Projektes wurden wir von der örtlichen Politik zu Besprechungen unter dem Motto „Langenfeld Sozial“ eingeladen, bei der es um sozialen Wohnungsbau geht. Mittlerweile sind wir fester Bestandteil eines Arbeitskreises, der soziale Stadtplanung vorantreibt.

Wichtig waren aber auch all die kleinen und großen Gesten nachbarschaftlicher Verbundenheit zu einem gemeindepsychiatrischen Träger, der seit 40 Jahren in der Kommune aktiv ist. Der Inhaber des Elektrobetriebes vor Ort, der uns die Häuser vermietet hat, weil man uns als Kunden und zuverlässigen Partner kennt, der Fahrradhändler, der kleine Reparaturen für einen Klienten günstiger durchführt, die Bedienung im Café, die einen Kaffee spendiert, die Nachbarn, die sich gegen ein kleines Entgelt bereit erklären, einen Klienten auch mal spätabends mit Zigaretten zu versorgen, damit er nicht überall klingelt.

Daraus erwuchs die Idee eines „Sozialraums-Soli“, 1 Euro pro Fachleistungsstunde, um nachbarschaftliche Hilfen einkaufen zu können und die Situation in belasteten Nachbarschaften zu entspannen. Das kam beim Kostenträger zunächst leider nicht so gut an, ist aber eine hilfreiche Maßnahme, um inklusive Prozesse anzustoßen und zu entwickeln. Inzwischen soll die Idee in einem Modellprojekt erprobt werden. Allerdings ist aus dem Euro ein Cent-Betrag geworden, aber immerhin!

#### Und was hat sich auf struktureller Ebene entwickelt

Zu Beginn des Modellprojektes haben wir uns zunächst um Bekanntmachung und Kooperation mit dem gemeindepsychiatrischen Verbund, den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuen, der LVR-Klinik, hier ausdrücklich mit dem Sozialdienst, den Obdachlosen – und Suchthilfesystemen und niedergelassenen Ärztinnen und Therapeutinnen bemüht und an zahlreichen Besprechungen und runden Tischen teilgenommen.

Wir haben eine offene, regelmäßig tagende Arbeitsgruppe „schwierige Klienten“ gegründet, an der sowohl Profis als auch Angehörige und Betroffene teilnehmen. Diese AG ist ein Angebot an die Gemeinde, an alle Akteure, die im Einzelfall „mit ihrem Latein am Ende sind“ und wir beraten dort gemeinsam, welche Interventionen oder Lösungsversuche hilfreich sein können. Die monatlich tagende

Arbeitsgruppe ist mittlerweile eine Institution geworden, die sowohl von gesetzlichen Betreuern\*innen als auch Sozialdienstkollegen/innen dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den umliegenden Sozialpsychiatrischen Zentren oder eben auch Angehörigen genutzt wird.

Was wir nicht erreicht haben ist: eine systematische, strukturierte Zusammenarbeit der Hilfesysteme zu etablieren. Und dafür gibt es Gründe, die nicht im Unwillen der Institutionen liegen, sondern an fehlenden wirtschaftlichen und personellen Mitteln.

Gesetzliche Betreuer, alle Anbieter sozialer Dienstleistungen, Kliniken und niedergelassene Ärztinnen bräuchten Ressourcen, um gemeinsame Besprechungen systematisch abzuhalten und gemeinsame Fortbildungen zu veranstalten.

Man braucht Zeit und Geld: Offensichtlich rare Güter.

Was im Einzelfall gut funktioniert, weil das entsprechende Interesse für individuelle Lösungen beim einzelnen Menschen vorhanden ist, ist noch lange nicht strukturell verankert, weil unsere Sozialgesetzgebung eine Sozialleistungsträger übergreifende Zusammenarbeit auf praktischer Ebene nicht vorsieht.

Sämtliche Hilfen, die Menschen im Verlaufe einer schweren psychischen Erkrankung benötigen können (Jugendhilfe, medizinisch/therapeutische Hilfen, klinische Angebote, gemeindepsychiatrische Hilfen, berufliche Rehabilitation, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe, Hilfen zur Pflege) , sind in jeweils eigenen Sozialgesetzbüchern, mit jeweils eigenen Verwaltungsapparaten und einer eigenen Logik versäult, bzw. praktisch stark voneinander abgegrenzt. Enge Zusammenarbeit wäre aber vonnöten. In keinem gemeindepsychiatrischen Verbund sind die Jugendhilfe und die Obdachlosenhilfe vertreten. Träger der beruflichen Rehabilitation (also Jobcenter oder Arbeitsämter) wird man mit der Lupe ebenso suchen müssen, wie Träger der Suchthilfe. Auch darum fallen immer wieder Menschen durch die Löcher unserer „überfürsorglichen“, „engmaschigen“ Netzwerke.

Die berechtigten Ansprüche behinderter Menschen verschwinden oft genug im Delta der Abgrenzungstreitigkeiten verschiedener Leistungsträger. Daran hat auch das Sozialgesetzbuch IX in seinem Bemühen, einen Gesamtblick auf ihre Bedarfe zu implementieren, bis heute in der Praxis nicht viel verändert. Auch dieser Umstand führt zu Verzweiflung, Demotivation und schwierigen Verläufen. Das Bundesteilhabegesetz nimmt das Problem jetzt in den Blick und will „Hilfen, wie aus einer Hand“ etablieren. Es bietet zumindest die realistische Möglichkeit einer Gesamtplanung und verfügt über Mechanismen andere Leistungsträger in den Prozess der Planung von Hilfen einzubinden. Aber: Zentral bei der erfolgreichen Umsetzung des dargelegten Modellvorhabens war die Tatsache, dass wir Leistungen ohne spezielles Antragsverfahren erbringen konnten. Die betroffenen Menschen profitierten in erster Linie davon, dass wir keine fachärztliche Stellungnahme, kein Bedarfsermittlungsinstrument brauchten und keine Anforderungen stellten, um ihnen ein Angebot zur Aufnahme einer heilsamen Beziehung und ein Wohnangebot zu machen. Deshalb konnten sie sich einlassen und entwickeln, erfahren, dass sie etwas wert sind, dass man sie unterstützt und dass sie etwas für ihr Leben bewirken können.

Auf der Suche nach einer Öffnung des Antragserfordernisses im Hinblick auf Sozialleistungen im BTHG stellen wir fest: In § 108 wird das Antragsverfahren zementiert.

Es gibt auf den ersten Blick weiter keine Möglichkeit ohne Antrag der Leistungsberechtigten Leistungen zu erhalten. Für nicht mitwirkungsfähige Menschen, die nicht selber aktiv für ihre Belange eintreten können, sich nicht um Beratung und Hilfe bemühen, sie sogar zunächst ablehnen, bliebe so nur der Weg über die gesetzliche Betreuung und die zur Beratung verpflichteten Leistungsträger.

Die psychische Erkrankung selbst, gepaart mit phasenweiser Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug, Misstrauen ist aber eine Teilhabebarriere. Anträge werden nicht gestellt, die zustehenden notwendigen Leistungen nicht in Anspruch genommen, damit dreht sich die Spirale in die Armut und Chronifizierung der Erkrankung immer weiter.

Unser Modellprojekt endete im August des Jahres 2017.

Inzwischen sind 3 Jahre vergangen, in denen die Welt sich weitergedreht hat. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“, den Pflegestärkungsgesetzen 2 und 3, dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung und den weitreichenden Veränderungen des SGB IX, dem Bundesteilhabegesetz, haben sich die Grundlagen unserer Arbeit verändert. Die Auswirkungen dieser Änderungen sind noch längst nicht in allen Fragen klar erkennbar und werden möglicherweise noch viele Juristen über lange Zeit gut beschäftigen.

Klar ist aber, dass der Gesetzgeber mit dem BTHG das Ziel verfolgt, die gleichberechtigte und wirksame Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft weiterzuentwickeln.

Das ist gut, aber nicht genug.

Ich möchte Ihnen zum Schluss einige Überlegungen darstellen, die mich zu Beginn veranlasst haben von einem Skandal zu sprechen.

Die Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch Kranken ist bis heute nicht verwirklicht.

Um Menschen in psychischen Krisen zu erreichen, braucht man vor allem ihr Vertrauen, eine Basis für jede menschliche Begegnung. Das lässt sich nicht erzwingen, sondern nur erarbeiten. Solange psychiatrische Institutionen die Sicht von Angehörigen und Betroffenen nicht systematisch in ihre Arbeit einbinden, werden wir problematische Verläufe selbst produzieren.

Was brauchen wir?

Prozesse psychosozialer Desintegration ließen sich durch verbesserte Behandlungsangebote verhindern. Behandlung im häuslichen Umfeld zu installieren, hat sich als schonendes und erfolgreiches Verfahren erwiesen. Das oft zitierte Home Treatment, die ambulante Behandlung im häuslichen Umfeld unter Einbeziehung des sozialen Hintergrundes, wird seit vielen Jahren diskutiert und ist im internationalen Vergleich erfolgreich. In Deutschland findet es noch immer sehr selten statt. Ein erster Ansatz ist jetzt in einigen Bundesländern möglich geworden, indem einige Krankenkassen der gemeindenahen Psychiatrie Verträge zur Integrierten Versorgung angeboten haben. Zurzeit gibt es ein bundesweites Forschungsprojekt zu diesem Thema und wir hoffen sehr, dass es zu einer Übernahme der integrierten, Sozialleistungsträger-übergreifenden Arbeit in die Regelversorgung führen wird.

Wir vermissen noch immer eine außerstationäre, gemeindenahere Krisenversorgung, einen Ort, der Ruhe und Orientierung zu geben vermag und für betroffene Menschen und ihr soziales Umfeld eine spürbare Entlastung an 365 Tagen im Jahr und zu jeder Zeit bieten würde.

Bis jetzt bleibt lediglich der Verweis auf die Sozialpsychiatrischen Dienste, Ordnungsbehörden oder die psychiatrische Klinik.

Komplexe Problemlagen erfordern komplexe Hilfen. Die Integrierte Versorgung ermöglicht, einen Menschen in seinem Lebensumfeld wahrzunehmen und den Behandlungsprozess von Beginn an dialogisch oder triadisch zu gestalten. Das bedeutet auf Seiten der Behandler auch, Aufklärung zu betreiben. Behandlungs- und Krisenvereinbarung müssen zum Rüstzeug jedes psychiatrisch Tätigen werden. Auch psychisch erkrankte Menschen müssen das Recht nutzen können, mittels einer Patientenverfügung Vorkehrungen für Krisen zu treffen. Verhandeln statt behandeln erweist sich als probates Mittel. Die Stabilisierung der Familien und des sozialen Kontextes ließe sich durch aufsuchende Arbeit, Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege und Soziotherapie um Vieles besser erreichen.

Bis heute gibt es keine Alternativen zur stationären Behandlung psychiatrischer Krisen. Im somatischen Bereich kennen wir seit langem ambulante Eingriffe. Operationen an der Seele müssen fast immer im stationären Setting durchgeführt werden, obwohl viele Menschen Angst

davor haben. Angst vor der Stigmatisierung, Angst vor der Macht der Institution Psychiatrie

Den beklagenswerten Mangel einer ausreichenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch für schwer erkrankte Menschen will ich nur benennen.

Und wenn eine längerfristige stationäre Behandlung erforderlich ist, dann stoßen psychisch erkrankte Mensch auch heute noch sehr selten auf einen freundlichen Empfangsraum. Sie stoßen selten auf „weiche“ Zimmer, eine 1:1-Betreuung, kleine, wohnlich gestaltete Stationen, einen zurückhaltenden Umgang mit Psychopharmaka, individuell ausgehandelte Grenzsetzungen – statt starrer Stationsregeln, wie es das Soteria-Konzept schon so lange fordert.

Behandlung ist teuer. Sie wird in der Regel standardisiert angeboten. Sie kann sich kaum an den individuellen Bedürfnissen orientieren. Die Regeln werden von den Krankenkassen vorgegeben und sind auf effiziente, kostengünstige Heilung und zeitnahe Entlassung programmiert.

Die Verweildauern greifen oft zu kurz. Heute werden Menschen nach dreitägigen Entgiftungsbehandlungen wieder auf die Straße gesetzt. Sie hatten kaum Zeit, einen klaren Kopf zu bekommen, geschweige denn, eine Idee davon, wie sie ohne Suchtmittel ihr Leben gestalten könnten. Psychisch erkrankte Menschen werden ohne messbare Therapieerfolge entlassen. Die Reform der Finanzierung stationärer Behandlung hat dieses Problem noch verschärft. Je länger der Aufenthalt – je geringer die Vergütung.

Ein Entlassungsmanagement, eine strukturierte und verlässliche Zusammenarbeit zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrie könnte auch helfen, schwierige Verläufe zu verhindern. Das gelingt im Einzelfall, es gelingt regional da, wo Verantwortliche in Kliniken gemeindepsychiatrische Angebote für ihre Patienten als eine wesentliche Ergänzung ihrer medizinischen und therapeutischen Tätigkeit begreifen. Überall gelingt es noch lange nicht. „Patienten sind nicht nur Experten ihrer Krankheit – sondern auch ihrer Gesundheit. Es ist die wichtigste Aufgabe aller psychiatrisch Tätigen überhaupt die Hoffnung auf Genesung und Besserung zu erhalten.“ schreibt Michaela Amering. Forschungen haben ergeben, dass Menschen, die eine

schwere psychischer Erkrankung überstanden haben, immer an ihre Genesung glaubten. Hoffnung macht Sinn. Was also läge da näher, als diese Menschen in unsere Behandlungs- und Betreuungskonzepte einzubinden. Genesungsbegleiter, die in verschiedenen Städten der Republik im Rahmen der Ex-In (Experienced Involvement) ausgebildet werden, wirken gleichsam als Modell für andere Betroffene, sie zeigen Wege auf aus dem Labyrinth einer psychischen Erkrankung.

Wenn wir über tragende Strukturen mit den schwierigsten Menschen nachdenken, dann müssen wir uns fragen, warum bekannte, teils international erprobte und bewährte Instrumente zur Verbesserung der psychiatrischen Behandlung und Betreuung nicht zur Anwendung kommen. Wir müssen uns fragen, ob der Anspruch der Eingliederungshilfe, der immer auf die Erlangung von Selbständigkeit und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielt, für einen Teil der betroffenen Menschen eine Überforderung darstellt. Hilfeplangespräche und die damit verbundene Formulierung eigener Lebensziele und Wünsche erfordern: Kommunikationsfähigkeit, ein Mindestmaß an Mitwirkung und Fähigkeiten, die eigene Lebenssituation zu betrachten und planerisch in die Zukunft zu blicken. Das sind Hürden, an denen diese Menschen oft schon scheitern.

Wir sind aufgefordert, auf regionaler Ebene Verantwortung zu übernehmen, wenn wir nicht zulassen wollen, dass die kränksten und schwierigsten Menschen in Sondereinrichtungen entsorgt werden. Das „wir“ schließt ausdrücklich auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige mit ihren Sichtweisen ein.

Wir brauchen eine organisierte Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen. Stabile Behandlungsteams aus unterschiedlichen Fachrichtungen (Kombination Sucht/Psychiatrie, Jugendhilfe/Psychiatrie) erweisen sich als hilfreiche Methode.

Gemeinsame Fortbildungen und Tagungen dienen dazu, eine gemeinsame Sprache zu finden, einen umfassenden Blick auf fachliche Probleme zu entwickeln, Versorgungslücken zu identifizieren und für eine Verbesserung der Systeme einzustehen. Wir brauchen im Einzelfall zeitnahe und kompetente Beratung durch Fachteams, ein sogenanntes Konsulenten Team, das in ausweglos erscheinenden Situationen als „schnelle Eingreiftruppe“ einen anderen Blick auf Probleme ermöglicht.

„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann.“ Und diese Teams müssen Angehörige und Betroffene als wichtige Ratgeber umfassen.

Wir brauchen Wohn- und Betreuungsangebote, die einen niederschweligen, anforderungsfreien Zugang ermöglichen, ohne zugleich Ansprüche an Entwicklung, Rehabilitation und Teilhabe zu stellen. Das erfordert Anpassung und Anpassung bedeutet für manche vielleicht gerade Aufgabe des letzten Restes ihrer Autonomie.

Möglichkeiten der Ruhe und Orientierung müssen gemeindenah organisiert werden. Dazu bedarf es der Bereitschaft aller Leistungsträger, an neuen Konzepten mitzuwirken. Krisenbetten, die Kombination von Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe sind wegweisend.

Individuelle Lösungen brauchen den Willen, von Standards abzuweichen.

Sie werden es kaum glauben, aber viele dieser Forderungen wurden in den 90er Jahren bereits im Psychiatrieplan meiner Heimatgemeinde erhoben.

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände müssen zu einem echten regionalen Steuerungsgremium werden, wenn sie nicht – und das ist ein erhobener Vorwurf – zum Anbieterkartell verkommen wollen. Darum müssen dort auch Betroffene und Angehörige eine Stimme bekommen. Politische Gremien müssen wir mit unserer Sichtweise konfrontieren.

In letzter Konsequenz bedeutet das: Stadträte und öffentliche Verwaltungen, Stadtplaner und Umweltschutzbehörden, Bildungseinrichtungen, kulturelle Einrichtungen, Vereine, Wirtschaftsunternehmen, soziale und Gesundheitsdienste müssten ihr Handeln stets auch in den Dienst behinderter, auch seelisch behinderter Menschen stellen. Das ist ein ehrgeiziges Ziel, aber sicher ein richtiges. Es würde die Verantwortung auf viele Schultern verteilen und das Ende der Entsorgung sozialer Fragen an Spezialisten befördern. Vielleicht kann ein Blick auf Barrieren sogar zu einer Entschleunigung, einer allgemein verständlichen, höflichen Behördensprache, bezahlbarem

Wohnraum, Teilhabe am Arbeitsleben und gesundheitsfördernden Lebensbedingungen für alle Menschen eines Sozialraums beitragen.

Dazu brauchen wir einen breiten fachlichen Konsens und einen gesellschaftlichen Rückhalt, der im Rahmen einer lautstark geführten Inklusionsdebatte nicht wieder die ausgrenzen darf, die sich nicht so einfach in das Bild einer barrierefreien, behindertengerechten Welt integrieren lassen. Ob die Idee der Inklusion gelingt, wird sich daran messen lassen müssen, wie sie mit den Schwächsten umgeht. Die Gestaltung inklusiver Lebensverhältnisse ist nur dann erfolgreich, wenn sie ausnahmslos allen behinderten Menschen ein menschwürdiges Leben in ihrem Sozialraum ermöglicht. Sonst ist sie zum Scheitern verurteilt und wird ihrem eigenen Anspruch nicht nur nicht gerecht, sondern betreibt hinterrücks die Ausgrenzung besonders schwer erkrankter und behinderter Menschen.

Dazu brauchen wir einen Schulterschluss professionell Tätiger mit Betroffenen, Angehörigen und ihren Verbänden.

Dazu brauchen wir, Tage wie diesen.

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld.