

Menschen mit besonderem Hilfebedarf (sogenannte „Systemsprenger“)
Arbeitspapier der Rheinischen Psychiatrie- und Suchtkoordinationen
vom 02.07.2019

Definition:

Menschen mit besonderem Hilfebedarf (sogenannte „Systemsprenger“) leiden an einer psychischen Störung und/oder einer Suchtstörung oder einer Behinderung und befinden sich in einer längeren Phase wiederkehrender Krisen mit latenter Eigen- und/ oder Fremdgefährdung. Es besteht daher ein dringender und hoher Bedarf an Versorgungssicherheit. Die gesundheitliche und soziale Lage kann im Rahmen des aktuellen Hilfesystems und mit den gängigen Methoden nicht oder nur unzulänglich verbessert werden. Neben medizinischen, betruerischen und pflegerischen Voraussetzungen, sind auch die juristischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

In diesem Arbeitspapier geht es um erwachsene Menschen, die Eingliederungshilfen (§ 53, SGB XII) und Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 67, SGB XII) benötigen und nicht primär um gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in der Pflege (Hilfe zu Pflege, § 61 ff, SGB XII). Den Begriff „*Systemsprenger*“, der gelegentlich synonym verwendet wird, sehen wir kritisch, weil damit eine destruktive Tätigkeit beschrieben wird und die Problemverursachung indirekt bei den betroffenen Menschen verortet wird. Verantwortung und Lösungen sind aber vorrangig im Hilfesystem zu suchen. In diesem Sinne wäre die Bezeichnung „*Netzprüfer*“ eher angemessen.

Präambel:

Die Lebenslagen von Menschen mit besonderem Hilfebedarf sind zumeist geprägt durch Multi-Problem-Konstellationen wie Armut, Verschuldung, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit. Ihre Lebensumstände sind in hohem Maße gekennzeichnet durch mehrfache Belastungen (somatische-, psychiatrische- und Suchtproblematiken). Dadurch entsteht ein individueller und auch erhöhter Bedarf an Hilfeangeboten.

Dieser erhöhte Bedarf wird durch die regulären Versorgungssysteme nicht oder nur unzureichend abgedeckt. Die Ursachen dafür liegen einerseits in den Strukturen der Hilfesysteme andererseits jedoch auch in den persönlichen, zum Teil auch der Krankheit und der Lebenssituation geschuldeten, Möglichkeiten der betroffenen Menschen.

Die Rheinischen Psychiatrie- und Suchtkoordinationen sehen ihre Aufgabe darin, konzeptionelle Planungen anzustoßen, fachlich zu begleiten und mit den möglichen Kostenträgern und der Trägerlandschaft zu erörtern. Ziel ist es, eine gemeinsame, inhaltlich

fundierte und passgenaue Entwicklung der Versorgungsstrukturen für diesen Personenkreis zu erreichen. Dies muss auch die Entwicklung von individuellen Hilfeangeboten unter Berücksichtigung von Diversity-Aspekten (Religion, Weltanschauung, Geschlecht, Behinderung, sexuelle Orientierung, ethnische Herkunft, Nationalität und Alter) umfassen. Bedeutsam ist es dabei, Menschen mit besonderem Hilfebedarf in ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu fördern und ihnen (soweit möglich) Mitbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

<p>Besondere Charakteristika der Zielgruppe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ „Drehtürpatient*innen“: trotz mehrfacher stationärer Behandlung nach PsychKG ohne mittel- und längerfristige Stabilisierung ➤ Obdachlose oder von Obdachlosigkeit bedrohte Menschen in prekärer Lage mit massiven gesundheitlichen Schäden ➤ „Bewahrfälle“: Patient*innen deren stationäre medizinische Behandlung prinzipiell abgeschlossen ist, die aber nicht bzw. nicht ohne erhebliche Risiken entlassen werden können ➤ Menschen, die vorübergehend einen Bedarf an geschlossener Betreuung nach BtG (z.B. intensiv-schützende Wohnformen im geschlossenen Setting) haben bzw. bei denen eine entsprechende Bedarfsprüfung erforderlich ist. ➤ Menschen, die (aufgrund eines fehlenden Krankheitsverständnisses) Behandlung ablehnen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alle Menschen, die Behandlung ablehnen, auch zu dem hier definierten Personenkreis gehören.
---	---

<p>Institutionen/ Orte, an denen der besondere Hilfebedarf erkannt, aber auf Grund der gegenwärtigen Strukturen im Einzelfall nicht oder nur unzureichend nachhaltig verbessert werden kann:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrischer Dienst/ Betreuungsbehörden • Ordnungsamt • Polizei • Feuerwehr • Gericht • Psychiatrie- und Suchtkoordinationen • Städtische Institutionen (Sozialamt, Jobcenter, Integrationsamt, Wohnungsamt,...) • Gemeindepsychiatrische Träger • Psychiatrische Kliniken und Allgemeinkrankenhäuser • Ärztinnen und Ärzte • Wohneinrichtungen (für obdachlose und geflüchtete Menschen) • Soziale Ordnungspartner
<p>Rahmenbedingungen, die eine Verbesserung der Situation erschweren:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spannungsfeld Schutz und Freiheit • Unterschiedliche Auslegungen der Schutzpflicht¹ (siehe hierzu unsere Position in der Fußnote) • Häufig fehlendes Case Management • Unklare Zuständigkeiten • Spannungsfeld Datenschutz in Notlagen • Das Paradigma „ambulant vor stationär“ ist im Grundsatz richtig, eine rigide Anwendung ist jedoch problematisch. • Finanzierungslücken • Rechtslage und Rechtsauslegung • Versäulung der Hilfesysteme • Wohnungsnot • Mangelnde oder fehlende Kooperation zwischen Angeboten der Eingliederungshilfe (§ 53, SGB XII) und Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 67, SGB XII).

¹ Wenn ein Mensch sich gravierend selbst gefährdet und aufgrund einer Erkrankung keinen freiverantwortlichen Willen bilden kann, besteht eine Schutzpflicht zugunsten von Leben und Gesundheit (vgl. Art 10 und 25 UN BRK, PsychKG, § 1906 BGB). Wir teilen den Standpunkt der Deutschen Ethikkommission, welche beim Vorhandensein bestimmter Kriterien, die Notwendigkeit der Schutzpflicht bzw. des „wohltätigen Zwangs“ sieht (vgl. Deutscher Ethikrat, 2018, Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung).

Handlungsempfehlungen:

1. Zugangswege zur Zielgruppe durch niedrighschwellige und aufsuchende Hilfen optimieren.
2. Installation von regelmäßigen Fallkonferenzen für Menschen mit besonderem Hilfebedarf in den jeweiligen Gebietskörperschaften, um Clearing und Case Management zu realisieren.
3. Geschützte Hilfsangebote, z. B. fakultativ geschlossene Einrichtungen mit der konsequenten Zielsetzung einer späteren Integration ins reguläre, gemeindenahes Hilfesystem.
4. Einzelfälle in den Blick nehmen (individuelle Lösungen).
5. Vernetzung der Hilfesysteme, Gremien und Kostenträger (Gerontopsychiatrie, Pflege, Sucht, Psychiatrie, Wohnungslosigkeit,...).
6. Ausreichendes Personal und auskömmliche Finanzierung. Erprobung kostenträgerübergreifende Finanzierungsmodelle zur Erstellung passgenauer Angebote.
7. Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten in den (psychiatrischen) Krankenhäusern, damit Patient*innen nicht in prekärer Lage (z.B. Obdachlosigkeit oder extrem überforderte Angehörige) und/oder in gesundheitsgefährdendem Zustand vorzeitig entlassen werden müssen.
8. Stärkung der wohnortnahen ambulanten Versorgung einschließlich Soziotherapie und Hometreatment sowie Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung.
9. Sicherstellung einer bedarfsgerechten psychosozialen Krisenversorgung.
10. Beachtung und zielstrebige Umsetzung des Landespsychiatrieplanes NRW 2015.

*Sprecher*innenteam der AG Rheinische Psychiatrie- und Suchtkoordinationen:*

Claudia Hembach (Stadt Wuppertal), Marcel Hellmich (Stadt Duisburg),

Sprecher: Jörg Zerche (Kreis Euskirchen): joerg.zerche@kreis-euskirchen.de

Bei diesem Arbeitspapier handelt es sich um einen eigenständigen, fachlichen Diskussionsbeitrag der rheinischen Psychiatrie- und Suchtkoordinationen und nicht um eine offizielle Stellungnahme der entsprechenden Verwaltungen.