

## **20 Jahre Sozialpsychiatrie in Gelsenkirchen Festveranstaltung 13.09.11**

### **Vortrag von Frau Dr. Gertrude Kraemer, Leiterin des SpDi**

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Baranowski, ich möchte mich zunächst einmal bedanken, dass Sie so zahlreich zu unserer Veranstaltung erschienen sind.

Ein besonderer Dank gilt Ihnen, Herr Prof. Dörner, dass Sie sich bereit erklärt haben, unsere Veranstaltung mit einem inhaltlichen Input zu bereichern. Sie sind für uns kein Unbekannter, sondern ein Wegbegleiter bei der Erfüllung unserer sozialpsychiatrischen Aufgaben sowohl durch persönliche Kontakte als auch durch Ihre Arbeit.

Wir alle hier sind eine Gemeinschaft aus den verschiedensten Fachbereichen. In der Vergangenheit haben oft die Bereiche nebeneinander gearbeitet, manchmal sogar, ohne sich zu begegnen. Heute sind Berufsgruppen wie Mediziner, Sozialarbeiter, Richter, Polizei- und Feuerwehrbeamte, Betreuer u.s.w. vernetzt und oft sogar durch Kooperationsvereinbarungen miteinander verbunden. Sie alle sind Bestandteile des psychosozialen Netzwerkes. Dabei ist es müßig, darüber zu diskutieren, wer in diesem Netz wichtig oder unwichtig erscheint. Gebraucht werden sie alle, sonst hätte das Netz einen Riss und wäre entwertet.

Wie Sie sich denken können, möchte ich heute über einen wichtigen Bestandteil des Netzwerkes sprechen, nämlich über den Sozialpsychiatrischen Dienst:

Und damit bin ich beim Thema.

Ein Jubiläum ist Anlass, darüber nachzudenken, wie hat alles begonnen, wo stehen wir jetzt, und wo geht die Reise hin.

Hinsichtlich des Anfangs fällt es schwer, die offizielle Gründung der Abteilung mit einem Datum zu benennen, denn vorangegangen sind Jahre intensiver Gremienarbeit, in denen lebhaft und engagiert um Reformen in der psychiatrischen Versorgung diskutiert wurde.

Das Ergebnis war der 1990 vom Rat der Stadt beschlossene Psychiatrieplan.

Für uns bedeutete dies wenige Monate später – also 1991 - die Institutionalisierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes als eigenständige Abteilung des Gesundheitsamtes, jetzt Ref. Gesundheit. Damit hatte die Stadt Gelsenkirchen vorausschauend einer späteren landesweiten Entwicklung vorgegriffen:

Erst 1997 wurde das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) erlassen, indem dieser von der Stadt geschaffene Dienst auch für alle anderen Kommunen als Pflichtaufgabe festgeschrieben wurde.

In den darauf folgenden Jahren hat es mit den Städten Bochum, Herne, Bottrop, Dortmund und dem Kreis Recklinghausen einen engagierten Austausch gegeben. Dabei wurde deutlich, dass wir mit unserem Psychiatrieplan und der frühen Einrichtung einer eigenständigen Abteilung im Trend der allgemeinen Fortschrittlichkeit lagen.

Ich erwähne dies insbesondere, da sich Gelsenkirchen schon früher als Pionier in der psychiatrischen Versorgung einen weit über die Stadtgrenze hinausreichenden Namen geschaffen hatte. Zu nennen wäre das 1920 von dem Stadtmedizinalrat Dr.

Wendenburg entwickelte Gelsenkirchener Modell. Schon damals wurden Gelsenkirchener Bürger und Bürgerinnen durch einen psychiatrischen Fürsorgezweig in dem damaligen Gesundheitsamt versorgt. Auf die sich bewährte Kooperation zwischen Landeskrankenhäusern, niedergelassener Ärzteschaft und dem Dienst des Gesundheitsamtes als die drei Pfeiler in der psychiatrischen Grundversorgung wird in der Literatur lobend hingewiesen.

So gesehen führen wir die Grundgedanken des Gelsenkirchener Modells in einer der heutigen Zeit gemäßen Form fort. Ich möchte hier das Wort Fortführung nicht als Kosmetik an den Grundsätzen der Vergangenheit verstanden wissen, hat sich doch das psychiatrische Selbstverständnis in der vergangenen Zeit bis heute grundlegend verändert.

In der Vergangenheit war „unsere Klientel“ überwiegend in den Landeskrankenhäusern, zunächst in Dortmund-Aplerbeck und seit 1981 im Landeskrankenhaus Lengerich untergebracht. Einweisungen in die geschlossenen Abteilungen unserer beiden psychiatrischen Krankenhäuser wurden durch Hausärzte, Amtsärzte des Gesundheitsamtes und niedergelassene Nervenärzten vorgenommen. Wenn nach medikamentöser Behandlung sowie wegen spezieller Problemstellungen eine adäquate Versorgung nicht gewährleistet werden konnte, erfolgte eine Weiterleitung ins Landeskrankenhaus.

Die Versorgung psychiatrisch Erkrankter durch die niedergelassenen Nervenärzte beschränkte sich auf diejenigen, die ein Mindestmaß an Compliance zeigten und familiär gut eingebunden waren.

Die gesetzlichen Aufgaben auf der Grundlage des PsychKG wurden in den 80er Jahren in Form von einmal wöchentlichen Sprechstunden durch einen Arzt des LKH Lengerich in Gelsenkirchen wahrgenommen. In den Sprechstunden wurden von den hiesigen „Fürsorgerinnen“ psychisch Auffällige vorgestellt, gemeinsame Hausbesuche vor Ort organisiert und die Richtung der Weiterversorgung festgelegt. Darüber hinaus diente die Sprechstunde dazu, die Verbindung zu unseren Gelsenkirchener Bürgern in Lengerich zu halten. Sie wurde von Angehörigen als Bindeglied genutzt, sich über die Entwicklung ihrer Familienmitglieder zu informieren und beraten zu lassen.

Im Hinblick auf die angestrebte Versorgung der Gelsenkirchener Bürger vor Ort erschien diese Situation sehr unbefriedigend. Eine gemeindenahe Versorgung war zu diesem Zeitpunkt kein Thema.

Seit 1984 wurde die „psychiatrische Außenfürsorge“ durch Assistenzärzte des damaligen ev. Krankenhauses aus Gelsenkirchen sichergestellt.

1985 wurde eine psychiatrische Halbtagsstelle beim Gesundheitsamt eingerichtet. Diese Entwicklung war zunächst für Angehörige gewöhnungsbedürftig, da die bis dahin vertraute Beziehung zu den behandelnden Ärzten des Landeskrankenhauses in eine ärztliche Versorgung mündete, die letztlich in Gänze nach Gelsenkirchen verlagert wurde.

Eine endgültige „Abnabelung“ vom Landeskrankenhaus Lengerich vollzog sich erst 1997, als die Übernahme der Pflichtversorgung durch das Elisabeth-Krankenhaus im Gelsenkirchener Norden und die Evangelischen Kliniken im Gelsenkirchener Süden vertraglich vereinbart wurde.

Mit der Entstehung des Sozialpsychiatrischen Dienstes 1991 wurde die beschriebene Praxis quasi „auf den Kopf gestellt“. Von da an stand die gemeindenahe Versorgung

der Menschen im Vordergrund, in enger Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft.

Dieser Paradigmenwechsel ist für uns Grundlage unseres Handelns.

Die Entwicklung der psychiatrischen Landschaft wurde in den letzten 20 Jahren durch viele gesetzliche Veränderungen begleitet:

Das 1969 erlassene und 2000 überarbeitete PsychKG,

- 1990 das Betreuungsgesetz,
- 1998 das ÖGDG.

Anpassungen in den Gesetzen waren erforderlich, um einheitliche strukturelle Voraussetzungen für die Arbeit vor Ort zu schaffen.

Bei aller angestrebten Gleichheit der Sozialpsychiatrischen Dienste nach den Bundes- und Landesvorgaben lassen sich in den einzelnen Kommunen lokal bedingte Differenzierungen nicht vermeiden.

So sind wir „einmalig“ durch unsere Vorgeschichte, durch die konkreten Nöte „unserer Gelsenkirchener“, durch die Strukturen unserer Stadt und durch persönliche, engagierte Kontakte zur einzelnen Person.

Nun zu unserem Dienst

Wir sind Anlaufstelle für

- akut und chronisch psychisch Kranke,
- tiefgreifend Persönlichkeitsgestörte,

Suchtgefährdete und Suchterkrankte

sowie geistig Behinderte mit psychischen Störungen.

Neben der Einzelfallhilfe gehört zu unseren Aufgaben der ordnungsbehördliche Teil im Bereich der Sicherungs- und Schutzfunktionen.

Ein erheblicher Arbeitsanteil besteht darüber hinaus aus gutachterlicher Tätigkeit für unsere Amtsrichter in Betreuungsangelegenheiten sowie für andere städtische Dienststellen und in Amtshilfe für andere Behörden.

Nicht zu vergessen die Kooperation mit dem LWL, die durch Begutachtungen und Koordination im Bereich des Betreuten Wohnens einen erheblichen Arbeitsaufwand verursachen.

Man beachte, dass 1989, als das BW installiert wurde, 6 Fälle in die Betreuung aufgenommen wurden. Inzwischen haben wir es mit 300 Begutachtungen / jährlich zu tun.

Die vielfältigen differenzierten Aufgaben werden zurzeit von 18 Mitarbeiterinnen erledigt. Das bedeutet im Ergebnis nicht nur einen Zuwachs von 14 Mitarbeitern nach Entstehung der Abteilung, sondern auch eine qualifizierte Ausgestaltung sämtlicher Bereiche.

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinen Mitarbeitern, eingeschlossen die Ehemaligen, die an dem Aufbau wesentlich beteiligt waren, herzlich bedanken. Ohne eine vertrauensvolle Teamarbeit wäre unsere erbrachte Leistung nicht denkbar gewesen.

Unsere räumliche Organisation

Wir arbeiten sektorisiert sowohl im Gelsenkirchener Süden als auch im Gelsenkirchener Norden in einem multidisziplinären Team aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Sozialwissenschaftlern und einer Arzthelferin in der Methadonambulanz im Gelsenkirchener Süden.

In der fachlichen Aufteilung gliedern wir uns in

Hilfen für psychisch Kranke  
die Suchtkrankenhilfe  
und die Methadonambulanz

Unser Arbeitsalltag

60% unserer Tätigkeit besteht in der Arbeit „vor Ort“ in der Umgebung der Betroffenen, da viele Klienten nicht den Weg zu uns oder in eine Beratungsstelle von allein schaffen. Dann bedarf es „eines langen Atems“, um eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Und dann braucht es oft noch eines weiteren Anstoßes, um eine Akzeptanz von Hilfen zu erlangen.

Einladungen in Sprechstunden, gutachterliche Stellungnahmen, vor allem Kriseneinsätze und Hausbesuche bestimmen unseren Tagesablauf.

Unsere sogenannten „Auftraggeber“ sind Polizei, Angehörige, Nachbarn, die über Auffälligkeiten in ihrem Umfeld berichten, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, um nur einige zu nennen.

Was heißt „sozialpsychiatrische“ Betreuung“ in unserem Dienst?

Unser Anspruch ist es, als niederschwelliger Dienst erster Ansprechpartner für seelische Gesundheit zu sein. Wir arbeiten dabei eng mit der niedergelassenen Ärzteschaft zusammen.

Unsere Rolle ist es aber auch, als Auffangbecken zu dienen, wenn andere Hilfsangebote nicht greifen. Für viele sind wir nur ein kurzer Kontakt, für manche ein Hilfsangebot in immer wieder auftretenden Krisensituationen, für wenige, die nicht in der Lage oder auch nicht bereit sind, ein anderes Hilfesystem zu nutzen, ein kontinuierlicher Begleiter.

1992 wurde die Suchtkrankenhilfe in den Sozialpsychiatrischen Dienst integriert. Die Arbeit mit Suchtkranken war bis dahin dem Allgemeinen Städtischen Soziodienst zugeordnet.

Der Aufbau dieses neuen Bereiches wurde dadurch erheblich erleichtert, dass er vorher nicht in feste Strukturen eingebunden war. Da es kein Konzept für die Suchtkrankenhilfe gab, musste es durch die Mitarbeiter entwickelt werden. Ihr Bewusstsein war von Beginn an geprägt von therapeutischen und rehabilitierenden Ansätzen in der Versorgung der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und deren Umfeld. Auch in der Suchtkrankenhilfe ist die Arbeit geprägt durch Hausbesuche, Kriseninterventionen und Vermittlung in komplementäre Angebote. Aufsuchende Tätigkeit hat einen hohen Stellenwert in unserer Arbeit. Viele Betroffene werden in die Entgiftung oder in die Langzeittherapie begleitet. Während ihres Aufenthaltes im KH oder in Therapieeinrichtungen besteht ein kontinuierlicher Kontakt zu den Klienten und auch zu den Therapeuten in den Rehakliniken .

Seit 1994 besteht die Methadonambulanz, die zur Betreuung der Suchtkranken beiträgt. Sie ist ausgestattet mit einem Arzt, einer Sozialarbeiterin sowie einer Arzthelferin, die die Vergabe des Methadons vornimmt.

Unsere Methadonambulanz war eine der ersten in Nordrhein-Westfalen.

Ursprünglich hatten wir uns darauf festgelegt, höchstens 35 Personen in unserer Ambulanz mit Methadon zu substituieren. Inzwischen ist die Zahl aufgrund des bestehenden Bedarfs auf die neue Obergrenze von 45 Personen angewachsen. Bestimmend für die zahlenmäßige Begrenzung waren unsere Überlegungen, dass gerade eine engmaschige psychosoziale Begleitung ein wesentlicher Faktor für eine

erfolgreiche Substitutionsbehandlung darstellt und die Kapazität für eine qualifizierte Versorgung mit der genannten Personenzahl ausgeschöpft war.

Die Zahl der Substituierten im Stadtgebiet ist seit Existenz der Ambulanz von damals 500 auf inzwischen fast 700 angestiegen. Wir decken also nur einen begrenzten Teil der Substitutionsbehandlung in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten ab. Dabei gilt zu bedenken, dass es sich bei unserer Klientel meist um schwerst gestörte Personen handelt, die in normalen Arztpraxen schlecht zu führen sind und denen durch unsere psychosoziale Begleitung vor Ort eine sehr individuelle Führung geboten wird.

Viel bedeutet uns die Kooperation mit den in der Stadt etablierten freien Trägern. Sie hat sich im Verlauf der Jahre zu einem echten gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt. Es gab in der Anfangsphase schon den Nienhof, die Diakonie, die Caritas und St. Georg, aber ein Austausch über Klienten erfolgte mehr oder weniger über lose Telefonkontakte.

Inzwischen finden regelmäßig Hilfeplangespräche auf den Einzelfall bezogen statt. Darüber hinaus herrscht in übergeordneten Gremien – hier zu nennen den Facharbeitskreis Psychiatrie, die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft sowie untergeordnete Arbeitsgruppen – ein reger Austausch mit Fachkollegen, Kostenträgern und der Politik. An dieser Stelle möchte ich auch darauf hinweisen, dass der Rat der Stadt Gelsenkirchen für unsere Belange stets ein offenes Ohr hat und uns entsprechend unterstützt.

Unser Versorgungsnetz ist inzwischen gut ausgebaut. Defizitbereiche werden so schneller erkannt und ermöglichen zeitnah Veränderungen.

Ich möchte unsere Arbeit jetzt nicht im Einzelnen weiter ausführen, aber ich denke, die zahlreichen Gäste aus den unterschiedlichen Bereichen, die wir heute hier antreffen, machen unser vielfältiges Spektrum deutlich.

Mit vielen kleinen Entwicklungsschritten ist es dem Sozialpsychiatrischen Dienst gelungen, eine gut funktionierende, individuell geprägte Versorgung unserer Klientel zu erreichen. Ohne die Kooperation mit den freien Trägern wäre dies nicht möglich gewesen. Hierfür ganz herzlichen Dank.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich an dieser Stelle die gute Zusammenarbeit mit der Feuerwehr und Polizei Gelsenkirchen, die ihren Höhepunkt in der Organisation der psychosozialen Notfallversorgung (PSU) im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft 2006 erreichte.

Zum Schluss möchte ich Sie mit einem Zitat von Peter Krukenberg konfrontieren, welches als Leitbild für unsere Abteilung steht.

„Das System psychiatrischer Hilfe ist so zu gestalten, dass einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete, integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird.“

Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation, bzw. des geringst möglichen Eingriffes in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein. Die Belastungen sollen für ihn, sein Umfeld und für die Gemeinschaft gerecht verteilt sein, die Organisation der Hilfen soll patientenzentriert in Koordination durch die Kommune erfolgen und auch die kulturellen, sozialen und auf ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein.“

Folgt man diesem Zitat, so sehen wir uns auf unserem Weg bestätigt, wohlwissend:  
Es bleibt noch viel zu tun.

Und nun mein Resümee

Vielleicht lässt es sich so zusammenfassen:

Mein Klient vor 30 Jahren fand sein Zuhause in einem Landeskrankenhaus

Mein Klient vor 20 Jahren in der Familie oder in einem örtlichen Wohnheim

Mein Klient heute findet Unterstützung zum Aufbau eines eigenständigen, selbst bestimmten Lebens in einem „barrierefreien“ Umfeld, wie es hier - auf Hof Holz – exemplarisch gelebt wird. Dennoch muss man deutlich sagen. Integration bedeutet heute immer noch Integration innerhalb des psychiatrischen Systems.

Ich möchte jetzt den Stab weitergeben an Herrn Prof. Dörner, der uns vielleicht für unseren Klienten „von Morgen“ einige Anregungen geben kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit