

## Was ist wirklich wichtig (...in der Gemeindepsychiatrie)?

Eckhard Sundermann, Fachbereichsleiter Psychosoziale Hilfen Diakonie Ruhr

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

bei dem Titel haben Sie wahrscheinlich gedacht: „hat aber ne große Klappe der Herr!“  
Aber mir scheint es wichtig, im Alltagswahn innezuhalten und sich diese Frage vorzulegen.

Ja, was ist wirklich wichtig?

Bereich Fußball: Seit dem letzten Sonntag stelle ich mir als bekennender Schalke-Fan die Frage, was wirklich wichtig ist.

Wir kriegen ja gleich von einem Dortmunder, zur Zeit mit hervorragender Spielanlage, dazu was zur Position des Liberos gesagt.

Dann bin ich vor 4 Wochen erstmalig Großvater geworden. Da gucken Sie sich so ein Wesen, einen neuen Menschen an, sind völlig verzaubert und alles andere ist unwichtig.

Dann muß ich auf Schicht und beschäftige mich mit unendlich vielen anderen Menschen - und Sie gehören mit Sicherheit auch dazu, befasse mich mit der 587. Variante des Hilfeplans, vergleiche die Abweichungen zwischen dem Westfälischen und dem Rheinländischen Verfahren. Anschließend kommt die gefühlte 10. Überarbeitung der Einsparvorschläge bei der Eingliederungshilfe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz mit zig Anhängen der Stellungnahmen aller davon betroffenen Organisationen und gestern aktuell die grandiosen Einsparvorschläge des LWL.

Und dann noch der Wahnsinn mit dem neuen WTG. Ein Mensch, im Wohnheim lebend, durfte dort jahrelang nur hart gekochte Eier essen – das sind nun mal die Vorschriften. Dann gerade ambulantisiert in der eigenen Wohnung lebend: weich gekochtes Ei. - Bis sich herausstellt, dass die Mehrzahl der Mieter in diesem Haus ambulant betreut werden und damit dem WTG unterliegen – also: wieder hart gekochtes Ei.

Da ist es dringend geboten innezuhalten und sich die Frage zu stellen: **Was ist mir, was ist uns wirklich wichtig?**

Nun bin ich nicht so Größenwahnsinnig zu meinen, darauf eine umfassende Antwort zu geben. Ich möchte dazu anregen dies gemeinsam zu tun und möchte aus meiner Sicht, meiner bisherigen Erfahrung dazu etwas beitragen.

Zu Ihrer besseren Einordnung des Folgenden etwas zu der Perspektive, aus der heraus ich auf die Gemeindepsychiatrie schaue. Ich gehöre der Generation an, die die Psychiatrieenquête quasi mit der Muttermilch aufgesogen hat, der Generation, die die Gnade der frühen Geburt hatte und hier im Ruhrgebiet -in Bochum- Pionierarbeit leisten durfte - zunächst als Student, dann als aktives PSAG-Mitglied, seit 1990 als Leiter eines Fachbereiches, der neben den Hilfen für psychisch Kranke die gesamte Behindertenhilfe, Suchtkrankenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, also fast alles, was nicht Altenhilfe und Krankenhauswesen ist, umfasst.

Von dieser Perspektive aus ist zunächst einmal als besonders wichtig festzuhalten, dass die sozialpsychiatrische Gemeinde, die Psychiatrieszene stolz sein kann. Stolz auf das, was erreicht worden ist. Das heutige ist dabei nur aus dem gestern heraus zu verstehen.

Als ich 1971 als Zivi in einer psychiatrischen Einrichtung eingesetzt war, durfte ich schon am 2. Tag, alleine mit einer erklecklichen Anzahl zu Betreuender, mit der Haldol-Flasche über die Medikamententöpfchen gehen.

Bis in die 80er Jahre war das Ruhrgebiet durch seine großen Einrichtungen eine „behindertenbefreite Zone“.

Seitdem hat es große Schritte gegeben von der ehemals segregierenden anstaltzentrierten Verwahrung hin zu einer gemeindenahen integrierten Versorgung, ganz besonders in unserer Stadt.

Dieser Prozess ist weit fortgeschritten, wenn auch noch nicht abgeschlossen. Aber doch relativ selbstverständlich sind Sektorprinzip, Pflichtversorgung, Gehstruktur, multiprofessionelle Teams und Kooperation handlungsleitende Schlagworte geworden.

Es ist augenfällig, dass wir in der Suchtkrankenhilfe erst seit 15 Jahren die grundsätzlichen Themen der Psychiatrie-Enquete ansprechen konnten. Die Diskussion über die sog. Vergessene Mehrheit, die kritische Auseinandersetzung mit der hochschwelligigen Suchtkrankenhilfe hat noch einmal sehr deutlich gemacht, worum es den Psychiatrie-Enquete-Vätern ging und was heute davon weiterhin Gültigkeit hat: Niemanden vergessen, vom Schwächsten her denken und Orte zum Leben in der Heimat, im Sektor, im Sozialraum rückgewinnen oder schaffen.

Es ist vom Grundsatz her gelungen, die psychisch Kranken zurück in ihre Heimat zu holen, die notwendigen Bausteine zu errichten, heraus aus den Anstalten. Wir haben damit ein Etappenziel erreicht – und das allerdings auch noch nicht in Gänze ( → Fremdplazierungen, geschlossene Unterbringungen, Forensik). Um dies konsequent fortzuführen, muss die Gemeinde Alternativen und Lösungen **für alle** anbieten. Wir müssen arbeiten an Konzepten für die Schwächsten und Schwierigsten, um niemanden zu vergessen, auszublenden oder in andere Systeme abzuschieben. Der Anstieg von Unterbringungen in der Forensik um 300% in den letzten 3 Jahrzehnten und Fremdplazierungen müssen uns alarmieren.

Dennoch; wir können stolz und selbstbewusst die nächsten Aufgaben angehen- das muss mal gesagt werden.

Was ist wirklich wichtig?

Zu allererst: Im Mittelpunkt steht der Mensch. Damit Ernst zu machen heißt, es gibt keine Alternative zum personenbezogenen Denken und Handeln. Die Betroffenen sind nicht mehr Objekte autoritär-paternalistischer Fürsorge, sondern mehr und mehr selbstbestimmte Personen, die in sozialen Beziehungsnetzen leben, die sehr konkrete Vorstellungen von Behandlungsformen haben und die ihre Bedürfnisse bezüglich der Art und Weise der Unterstützung und Ausgestaltung der Hilfen selbst artikulieren. Das bedeutet Begegnung auf Augenhöhe. - Leicht gesagt, schwer gemacht – schon wenn ich an die Schwierigkeit bei mir mit der Umsetzung des eigenen Anspruches der Nutzerbeteiligung denke.

Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber dass das wirklich eine Herausforderung ist, merke ich persönlich daran, dass ich dieses zwar theoretisch vom Kopf her natürlich voll unterstütze, dass ich die Forderung auch für richtig halte, aber mich dennoch immer wieder in der Begegnung mit Betroffenen, insbesondere wenn sie offensichtlich stärkere Beeinträchtigungen aufweisen, bisher nicht frei davon machen kann, dass ich mich eher in fürsorgerischen – wenn Sie so wollen -, altväterlichen und damit abwertenden Haltungen, wiederfinde.

Und wer von uns bezieht schon konsequent Nutzer in der Entwicklung von Qualitätsstandards und in Qualitätszirkel ein? Trotz vielfältiger, Mut machender Projekte des dialogischen Arbeitens, der ex-in Projekte müssen wir Professionellen noch intensiv an unserer eigenen Haltung arbeiten, um die Betroffenen als Experten in ihrer eigenen Sache anzuerkennen. Wir sollten all unser Können und professionelles Wissen, unseren Einfluss einsetzen, um die Betroffenen in ihren Bemühungen zu unterstützen und die Selbstvertretung aller Gruppen von Menschen mit psychischen aber auch anderen Behinderungen als selbstverständlich anzuerkennen. Die UN-Behindertenrechtskonvention gibt uns da eine schwere Aufgabe vor – packen wir's an.

Was ist wirklich wichtig?

Grundhaltung: Vorrangig ist unser Tun geprägt durch Beziehungsangebote an als Subjekte Handelnde. Der Grundhaltung, dem Selbstverständnis des Helfenden bzw. der helfenden Institution kommt ganz besondere Bedeutung zu. Psychiatrie ist zu allererst gekennzeichnet durch persönliches Mitsein auf gleicher Augenhöhe in individueller, professioneller Begleitung. Professionell in Hinblick auf Nähe und Distanz, in Hinblick auf Zuwendung und Abgrenzung, Fördern und Fordern,

auf allgemeine und spezifische Hilfen. Die Haltung ist gekennzeichnet durch Achtung, Respekt, Aufmerksamkeit und „liebvolle Aufdringlichkeit“ in dem Bewusstsein, dass alle Hilfen auf ein Subjekt bezogen sind, das letztendlich die alleinige Entscheidungsmacht über sich selbst hat. Der Entwicklung und Festigung dieser Grundhaltung bei den professionell Handelnden sollte besonderes Augenmerk zu teil werden, denn „wenn die Grundhaltung nicht stimmt, ist alles andere Falschgeld“ (Kruckenberg, 2004).

Dazu gehören auch Organisationsstrukturen, die sicherstellen: Vollständigkeit der Wahrnehmung durch Multiprofessionalität im Team, Kontinuität und Verlässlichkeit, aufsuchend-nachgehende Kontaktaufnahme („liebvolle Aufdringlichkeit“), Krisenvermeidung vor Krisenintervention, Vermeidung von Zwangsunterbringungen (Ergebnisqualität).

### Beratung, Begleitung und Behandlung:

Exkurs Rolle der Medizin und Krankenhäuser

Kooperation, Koordination und Steuerung müssen die Multiprofessionalität zwischen Hilfesystemen beachten, auf Augenhöhe unter Beachtung der Eigenständigkeit und Eigentümlichkeit der einzelnen Hilfesysteme stattfinden, Casemanagement mit einbeziehen. Das bedeutet Auseinandersetzung mit der Ideologie des Freien Markts (Ausschreibungen; über 100 Bewo Anbieter in Köln) versus Versorgungsverpflichtung. Viele Träger bedeutet die Gefahr unkoordinierten Nebeneinanders mit Reibungsverlusten, Konkurrenzen, Doppelbetreuungen, aber auch Unterversorgungen. Erfahrungsgemäß treffen diese Reibungsverluste die Klienten mit den größten Problemen, die selbst oft nicht in der Lage sind, in einem unübersichtlichen und unkoordinierten Versorgungssystem die notwendige und angemessene Hilfe zu finden. Steuerung und Koordination begegnet diesen Tendenzen durch klare Absprachen, Verträge politische Beschlüsse vor Ort mit dem Ziel der gemeinsamen Pflichtversorgung. Klare vertragliche Kooperationsbeziehungen mit Festlegung des Aufgaben- und Personenbereiches und, wenn möglich, des Sektors- bzw. Sozialraums helfen, manchmal bestehende Abschiebetendenzen zu vermeiden (Flipperkugeleffekt), wirken dem Konkurrenzdenken entgegen, was andererseits aber auch klare Verantwortlichkeiten feststellen, Gerade in schwierigen Zeiten sind eindeutige Absprachen und Verträge hilfreich. Diese dienen unter anderem auch der Verteilung und Steuerung der kommunalen Finanzmittel (Geld gegen Verantwortung). Keine Konkurrenz um Klienten, sondern um Verlässlichkeit und Qualität ist angesagt.

### Ambulantisierung als vorrangige Zukunftsaufgabe

Von der Institution zur Person, ambulant vor stationär – um diese Ziele weiter voranzutreiben, müssen die Landschaftsverbände nicht nur individuelle Leistungen erbringen sondern Strukturleistungen. Psychiatrische Dimensionen müssen dabei mit der sozialen Dimension verbunden sein (Sektor/ Sozialräume/ Lebenswelten). Es geht um Sicherung von Teilhabe – selbstverständliche Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen, geistigen, geistlichen und sportlichen Leben. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass sich kein Mensch in jedem Kontext wohl fühlt, sondern für sich attraktive und angenehme Subkulturen sucht oder aufbaut. Diese auch und insbesondere für psychisch kranke Menschen zu schaffen ist notwendig, um Begegnung, Kommunikation, soziale Beziehungen zu ermöglichen und die besonders ausgeprägten Gefahren des Rückzugs und der Isolation zu vermeiden.

Es ist allerdings kritisch zu prüfen, ob die bisherigen Bemühungen um (Re-)Integration und Inklusion nicht nur zu einer Integration in eine Subkultur als Surrogat für „normales“ Leben geführt haben und warum die soziale Teilhabe zunehmend nicht gelingt. Angesichts eines tiefgreifenden Veränderungsprozesses der gesellschaftlichen Lebensformen hin zu einer fortschreitenden Individualisierung und Pluralisierung müssen psychosoziale Handlungskonzepte noch stärker als bisher darauf ausgerichtet werden, soziale Netzwerke aufzubauen und Räume zu schaffen, in denen psychisch kranke Menschen ohne ständigen Anpassungs- und Leistungsdruck Erfahrungen von

Respekt, Anerkennung, Geborgenheit und Zugehörigkeit machen und den Umgang mit ihren bedrohten oder gebrochenen Identitäten lernen können.

#### Warnung vor falschen Freunden, Bedeutungsklau

Politik klaut Begriffe wie Inklusion etc. und wendet diese in ihrer Bedeutung, um damit Einsparungen zu machen. Und an Punkten, wie dem, dass Werkstätten für behinderte Menschen infrage gestellt werden, weil andere ja auch arbeitslos sind, kommen wir in eine negative Gerechtigkeitsdiskussion, der wir entschieden entgegenzutreten müssen.

#### Psychiatrie als Seismograph für gesellschaftliche Prozesse

Sozialisationsdefizite, zerbröselnde Familien- und Sozialstrukturen führen zu Vereinzelung und Überforderung. Statt fehlender allgemeiner Beratungsangebote für überforderte Individuen dient Psychiatrisierung als letztmögliche Eintrittskarte für Unterstützung.

Politik findet zu wenig Beachtung im Handeln der Professionellen. Politik ist wichtig – Kommunalpolitik ist das Wichtigste überhaupt – wir brauchen Verbündete in der Politik vor Ort und in der Verwaltung.

Zum Schluss der Blick über den Tellerrand: Wesentlich ist die frühzeitige Unterstützung zum Gelingen der primären und sekundären Sozialisation. Wir müssen uns darüber einig sein, dass frühe Hilfen gestärkt werden! Das ist eine Investition in die Zukunft.