

## Anlage 2

Antrag im Rahmen des LVR-Anreizprogrammes zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung (13/2543)

und

Schwerwiegend psychisch erkrankte und behinderte Menschen in der Gemeinde versorgen (13/251)

Antragsteller: VPD g GmbH, Heinrichstr. 5, 40764 Langenfeld

Beirat: AGpR, DGSP, LVR, RGSP

Ort: Langenfeld, Monheim, Hilden

Projekt: Inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen zur Beratung schwer erreichbarer psychisch erkrankter Menschen

Entwicklung professioneller und bürgerschaftlicher Ressourcen im Hinblick auf die Inklusion schwer erreichbarer, psychisch erkrankter Menschen

Schaffung einer Plattform zur Multiplikation der Ergebnisse

Kosten: 210.000 €

Laufzeit: 1.09.2014 - 31.08.2017



## Vorwort

Die Erosion sozialer Milieus durch die Flexibilisierung der Arbeitsmärkte, die Forderung nach individueller Mobilität und die rasante Zunahme pluralistischer Familienstrukturen haben dazu geführt, dass informelle soziale Netzwerke (Familie, Freunde, Nachbarschaft) ihren stabilisierenden Stellenwert innerhalb der vergangenen 30 Jahre weitgehend verloren haben.

An diese Stelle sind Einrichtungen und Dienste getreten, die heute ergänzende, oft auch ersetzende Funktionen übernehmen. Insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen sind aufgrund ihrer Symptomatik von diesen Entwicklungen betroffen.

Wenn sicher geglaubte Bindungen und Strukturen für die Bewältigung des Lebens zunehmend einbrechen, führt das zur Anonymisierung von Individuen und Lebensorten. Folgen, z.B. durch die rasante Zunahme psychischer Erkrankungen sind in Deutschland und im europäischen Ausland bereits ersichtlich. Die Fallzahlen steigen insbesondere im Bereich der Depressionen und Angststörungen. Diese Entwicklung scheint andererseits zu einer massiveren Ausgrenzung schwer erkrankter Menschen zu führen. Das Problem sozialer Desintegration besonders schwer erkrankter Menschen kann nicht lediglich isoliert als Teilproblem des psychiatrischen Versorgungssystems identifiziert werden. Es muss im Kontext mit der gesellschaftlichen Entwicklung in ökonomischer, sozialer und ökologischer Hinsicht analysiert, bewertet und gelöst werden.

Bis zum Beginn der 90er Jahre waren schwer psychisch erkrankte und suchtkranke Menschen auf Langzeitstationen der großen psychiatrischen Kliniken untergebracht. Der Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen erfolgte dann zwar im Zeitraffer, allerdings ohne die Beteiligung und Einbeziehung der überforderten Bürgerinnen und Bürger der Gemeinden.

Tatsache ist, dass – trotz der Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote in den zurückliegenden 3 Jahrzehnten – Zwangsunterbringungen auf Grundlage des § 1906 BGB weiter steigen. 103 Verlegungen psychisch erkrankter Menschen unter 65 Jahren in Pflegeheime mit geschlossenen Abteilungen außerhalb der Versorgungsregion zu Lasten der Eingliederungshilfe sind durch eine rheinlandweite Untersuchung des LVR belegt.<sup>1</sup> Der Ausbau forensischer Betten gibt zumindest Anlass zur Sorge. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass auch in den Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie eine „Forensifizierung“ schwerer psychisch erkrankter Menschen stattfindet. Innerhalb der letzten zehn Jahre ist der Anteil Psychose erkrankter Menschen unter den Forensikern um mindestens 30 Prozent gestiegen. Die Deckelung der Behandlungstage und ein hochschwelliger Zugang zu Angeboten der Eingliederungshilfe werden als mögliche Gründe vermutet. Das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen Krankenhäuser, das trotz massiver Proteste der Experten und Verbände i.R. der Ersatzvornahme nun eingeführt wird, hat nach einmütiger Expertenmeinung für die chronisch psychisch erkrankten Menschen die fatale Auswirkung, dass dieser Personenkreis nach den Regeln dieses Entgeltsystems ökonomisch völlig unattraktiv sind. Die Wirkung kann sein, dass sich für diese Personen das Phänomen der „psychiatrischen Drehtür“ noch extremer als bisher zeigen wird, bzw. dass diese Personen als austherapiert klassifiziert werden und die Forderung nach – möglicherweise geschlossener – Unterbringung im Heim verschärft erhoben wird.

Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Bestimmung der UN-BRK werden Zwangsmaßnahmen gegenüber behinderten Menschen von Betroffenen, Angehörigen, Juristen und Teilen der professionell Tätigen kritisch hinterfragt. Die nationale Monitoringstelle zur Umset-

---

<sup>1</sup> Vorlage 13/3022 LVR Sozialausschuss, 11.07.2013

zung der UN-BRK, das Deutsche Institut für Menschenrechte in Berlin, sieht die aktuelle Regelung nach Betreuungsrecht zur Zwangsbehandlung als unvereinbar mit der UN-BRK an und stellt die Notwendigkeit einer Neuauflage einer Psychiatrie-Enquete fest.

Daneben sieht die UN-BRK in Art. 19.a vor, „dass Menschen mit Behinderungen (...) die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“.

Gleichzeitig erwarten die Kostenträger der Eingliederungshilfe eine deutliche Umsetzung des lange geforderten Paradigmas „ambulant vor stationär“ mit entsprechender Konversion von stationären Plätzen in ambulante Betreuungsformen und einer Senkung der Kosten.

Gefordert ist die konsequente Umsetzung der Verwirklichung von Teilhabe (Inklusion). Behinderte Menschen sollen als gleichberechtigte Mitglieder der Gemeinden wahrgenommen werden. Ihre Lebenswelten und die Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger sollen in ihrer Vielfalt uneingeschränkt im Gemeinwesen bestehen, sich einander ergänzen und gemeinsam weiterentwickeln, so dass das Ganze – inklusive Gemeinwesen – mehr als die Summe seiner Teile ist.

Vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen gesellschaftlichen Entwicklung, die sich weit von den, bereits in den 50er Jahren formulierten Forderungen der WHO nach einer gesundheitsfördernden und korrektiv sozialen und ökologischen Umweltgestaltung entfernt hat, ist die Problematik schwer erreichbarer Menschen in Multiproblemlagen auf verschiedenen Ebenen zu analysieren und sie erfordert Lösungsstrategien in mehrfacher Hinsicht.

Zur Wahrung ihrer Teilhaberechte brauchen Menschen auch einen Zugang zur Teilnahme an Teilhabe- und Lebenschancen. Manche brauchen einen besonders niederschweligen Zugang. Mit den komplexen Verfahren zur Hilfebedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe sind insbesondere schwer chronisch psychisch erkrankte Menschen überfordert.

Will eine Gemeinde – und das in ihr stattfindende psychiatrische Versorgungssystem – aber ihrem eigenen Anspruch auf Pflichtversorgung für alle psychisch erkrankten Menschen nachkommen, dann muss sie sich auch mit problematischen Menschen auseinandersetzen und einfachen Lösungen des „Wegdelegierens“ widerstehen.

Es geht darum, diesen Menschen auf regionaler Ebene ein Gesicht und eine Stimme zu geben und ein kollektives Gedächtnis für sie und mit ihnen zu entwickeln, um auf dieser Basis eine ernstgemeinte Verantwortungsgemeinschaft umzusetzen und mit Leben zu füllen.

## **Vorstellung Antragsteller**

Die VPD-Verbund für psychosoziale Dienstleistungen gemeinnützige GmbH besteht seit 2005 und setzt die Arbeit des seit 1976 tätigen Vereins für psychosoziale Dienste im Kreis Mettmann e.V. in veränderter Rechtsform fort. Der Träger unterhält im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland ein Sozialpsychiatrisches Zentrum, stationäre und ambulante Hilfen zum selbständigen Wohnen, eine Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch erkrankte Menschen, eine Kontakt- und Beratungsstelle für abhängigkeitskranke Menschen, eine Tagesstätte und tagesstrukturierende Angebote, einen Integrationsfachdienst und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sowie eine Sozialstation mit ambulanter psychiatrischer Pflege. Als Partner der GpG NRW bieten wir seit September 2012 Integrierte Versorgung an.

Zuverdienst und sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze für die Zielgruppe werden in unserem Tochterverein Provera e.V. vorgehalten. Seit Juli 2012 betreiben wir gemeinsam mit zwei weiteren Sozialpsychiatrischen Zentren des Kreises eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung und arbeiten mit den örtlichen Jugendhilfeträgern auf der Basis eines Kooperationsvertrages auch in der Erbringung ambulanter Hilfen eng zusammen. Wir organisieren das Langenfelder Psychose-Seminar und haben als Vertreter der Wohlfahrtsverbände einen Sitz im Forensik-Beirat.

Wir sind Mitglied der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Kreis Mettmann, der Qualitäts- und Steuerungsgruppe der unteren Gesundheitsbehörde und nehmen regelmäßig an den Regional- und Hilfeplankonferenzen für unsere Versorgungsregion teil.

Wir sind im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland (AGpR) vertreten und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP).

Aufgrund der Diversität unserer Angebote arbeiten wir mit vielen professionellen Hilfesystemen zusammen, sind aber auch mit Angehörigen, Betroffenen, regionalen Wirtschaftsunternehmen, Kirchengemeinden, Sportvereinen und Bürgerinnen und Bürgern vor Ort vernetzt.

Im Fokus unserer Arbeit steht das Normalisierungsprinzip. Wir verfügen über Erfahrungen im Umgang mit schwer erreichbaren, psychisch erkrankten Menschen.

## Projektregion

Südliche Städte des Kreisgebietes: Langenfeld, Monheim Hilden, analog der Versorgungsregion des Sozialpsychiatrischen Zentrums Langenfeld

## Ausgangssituation

Trotz der oben genannten vorhandenen Gremien (Gemeindepsychiatrischer Verbund Kreis Mettmann, Hilfeplankonferenzen) findet eine systematische, lebensfeldbezogene Auseinandersetzung mit der besonderen Problematik einer schwer erreichbaren Klientel nicht systematisch statt.

**Wir stellen fest, dass wir diese Menschen mit den – strukturell bedingt – langwierigen und komplizierten Verfahren der ambulanten Eingliederungshilfe nicht mehr erreichen.**

### Beispiel:

*Andreas B. ist 34 Jahre alt. Es stehen zahlreiche psychiatrische Diagnosen sowie Verweigerungen einer psychiatrischen Diagnose zur Verfügung. Klar ist, dass seine Mutter an einer schizophrenen Psychose erkrankt war.*

*Im Rahmen der Öffnungszeiten unserer Kontakt- und Beratungsstelle wird er über einen Zeitraum von mehreren Jahren immer wieder vorstellig. Er sucht verschiedene Mitarbeiter auf, ist aber nicht in der Lage ein konkretes Anliegen zu formulieren, ein strukturiertes*

*Gespräch zu führen, den Kontakt mit anderen Menschen länger als drei Minuten zu ertragen. Er wirkt wirr, ist ungepflegt und fällt in der Stadt durch bizarre und komplizierte Gangbilder auf. Sein Wunsch nach Hilfe und Kontakt ist drängend und fordernd und er hat bereits Hausverbot bei allen Behörden, da es zu Telefonterror und „Belagerung“ gekommen ist. Herr B. beobachtet Mitarbeiter der Verwaltung aus der Ferne, durch Fenster, legt Telefonleitungen durch Daueranrufe lahm, bei denen er sich nicht meldet aber immer wieder die gleiche Nummer wählt. Einen Richter hat er auch verbal bedroht. Da er zu keiner Zusammenarbeit in der Lage ist und eine Medikation verweigert, hat er infolge mehrfacher Zwangseinweisungen in die örtliche psychiatrische Klinik inzwischen auch dort ein Hausverbot. Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung wurde erwogen aber nicht umgesetzt. Eine kleine Wohnung, die wir ihm – in einer halbjährigen „guten“ Phase – überlassen haben, hat er völlig zerstört. Die Wände wurden mit einem Hammer bearbeitet, der Fußboden herausgerissen. Er lebt jetzt in einer Obdachlosensiedlung. Es ist eine Frage der Zeit, wann er zum Opfer oder zum Täter in einer gewaltsamen Auseinandersetzung und zwangsweise untergebracht wird.*

An diesem Fall zeigt sich exemplarisch:

- außerhalb der Hilfeplanung und der Hilfeplankonferenz findet eine Fallsteuerung nicht statt. Menschen mit komplexen oder komplizierten Hilfebedarfen werden untergebracht.
- eine strukturierte Hilfeplanung ist bei besonders schwer erkrankten, psychisch behinderten Menschen ebenso wenig möglich, wie die Beibringung der Unterlagen zur Einkommens- und Vermögenssituation
- die Bearbeitung in der Hilfeplankonferenz kann deshalb nicht stattfinden
- das Hilfesystem (SPZ/Obdachlosenhilfe) pflegt keinen strukturierten Austausch (der neue Aufenthaltsort wird zufällig bekannt)
- es mangelt an personellen Ressourcen um einen Menschen wie Herrn B. mit einem kontinuierlichen Beziehungsangebot zu unterstützen

### **Verlegungen außerhalb der Fallsteuerung der Eingliederungshilfe stellen ein weiteres Problem dar.**

In den Hilfeplankonferenzen werden Lösungen für den Einzelfall erarbeitet. Wir stellen aber fest, dass ein Teil dieser Menschen ohne Einbeziehung gemeindepsychiatrischer Betreuungsmöglichkeiten in (geschlossene) Pflegeheime außerhalb der Region verlegt wird und mangelnde strukturierte Zusammenarbeit oder die Gestaltung stabiler sozialer Empfangsräume nicht thematisiert werden.

Hierzu ein Auszug aus der Vorlage 13/3022 „Junge Menschen mit Behinderung in Pflegeeinrichtungen“ :

„Die Verlagerung des Lebensmittelpunktes in ein Heim zur Pflege erfolgte demzufolge in rd. einem Drittel der Fälle aus der eigenen Häuslichkeit heraus (51 Personen) – nahezu die Hälfte der KlientInnen war bereits vorher „institutionell“ betreut, nämlich in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe (28 Personen), einer Klinik (36 Personen) oder einer anderen Einrichtung zur Pflege (20 Personen) beheimatet. Drei Menschen mit Behinderung waren unmittelbar vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung ohne festen Wohnsitz, in 38 Fällen liegen dem LVR diesbezüglich keine aufschlussreichen Unterlagen vor.“

**Besonders schwer erreichbare Menschen sind oft komorbide erkrankt und pendeln zwischen Hilfesystemen der Obdachlosenhilfe, der Suchthilfe und gemeindepsychiatrischen Anbietern bis sich letztlich niemand mehr zuständig fühlt.**

**Exklusion statt Inklusion ist die Folge. Die Gestaltung eines inklusiven Sozialraums für behinderte und nichtbehinderte Bürgerinnen und Bürger muss auch die Belange psychisch erkrankter und behinderter Menschen in den Blick nehmen.**

Das Thema „Inklusion“ wird von den politischen Fraktionen und den Verwaltungen der Gemeinden des südlichen Kreisgebietes aufgegriffen und im Sinne der Entwicklung von Quartiersarbeit bereits in Angriff genommen. Der Fokus liegt auf der Bildungspolitik und der Lebenssituation älterer Menschen. Wir sehen durch unsere Mitarbeit im ZWAR-Projekt (Zwischen Arbeit und Ruhestand) Möglichkeiten, die Probleme psychisch behinderter Menschen einzupflegen. Alte Menschen sind durch zahlreiche Einschränkungen oft auch behindert. Demenzkranke Menschen brauchen eine besondere Form der Betreuung. Hier gibt es Überschneidungen zu unseren Anliegen. Ein Modellprojekt bietet eine Chance für Politik und Verwaltung anhand verifizierter Daten und Fakten vorausschauend und innovativ mit dem Thema Inklusion umzugehen.

## **Zielsetzung**

Menschen mit besonderen und komplexen Hilfebedarfen, die bisher außerhalb regionaler Versorgungsstrukturen stationär untergebracht wurden oder denen diese Form der Unterbringung droht, sollen in Zukunft ein netzwerkorientiertes, gemeindenahes Angebot erhalten, das über Trägergrenzen hinaus weist. Den Menschen sollen individuelle Lösungen angeboten werden.

Durch eine zusätzlichen Personalstelle im Rahmen der Kontakt- und Beratungsstelle/Psychiatrie (SPZ) und in Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen der LVR-Kliniken Langenfeld, der Einrichtungen der Jugendhilfe und Obdachlosenhilfe und gesetzlichen BetreuerInnen sollen fünf aktuelle Einzelfälle pro Jahr im Hinblick auf die Reduzierung von Teilhabbarrieren in der Gemeinde begleitet werden.

Das Angebot ermöglicht es, dass diese Menschen in der Gemeinde versorgt werden und eine stationäre, von der Gemeinde entfernte sowie zwangsweise Unterbringung nicht erforderlich wird.

Derzeit leben diese Menschen als „Bewahrfälle“ in der LVR-Klinik, in der Obdachlosigkeit, in desolaten familiären Strukturen. Die Schwere ihrer Erkrankung führt zur Ausgrenzung. **Besonders betroffene psychisch behinderte Menschen sind ohne eine spezielle und auf ihren Bedarf abgestimmte Vorbereitung nicht fähig zur Mitwirkung. Ihre psychische Erkrankung wird zur Teilhabbarriere die es gilt abzubauen.**

Die unterschiedlichen Hilfesysteme und deren jeweils eigene, durch verschiedene Sozialgesetzbücher zementierte Zuständigkeit, verstetigen die Problematik. Das Erkennen einer psychischen Erkrankung und die Entwicklung angemessener professioneller Handlungsstrategien sind eine Querschnittsaufgabe, die in allen Behörden und Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge und bei den Diensten Wohlfahrtspflege wahrgenommen werden muss. Wir sehen aber schleichende und dramatische Prozesse sozialer Desintegration, weil eine kon-

sequente und systematische Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure oft ausbleibt. Die Frage, inwieweit fachliche Überforderung zu Ausgrenzung bei Diensten und Einrichtungen führt, wird erarbeitet. **Im Projekt werden strukturelle Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit allen professionell Tätigen (Jobcenter, Suchthilfe, Jugendhilfe, Obdachlosenhilfe, LVR-Klinik und gesetzlichen Betreuern/Betreuungsstelle Kreis Mettmann) und den Einwohnern eines Sozialraumes (Stadtviertel der benannten Gemeinden) angestrebt und umgesetzt.**

Krankheit und Behinderung führen oft zu Armut und Ausgrenzung. Psychisch erkrankte Menschen sind in besonderer Weise von Segregation betroffen, da die Umwelt mit Unverständnis, Angst und Ablehnung reagiert. So erleben wir in unserer Versorgungsregion die Gründung einer Bürgerinitiative, um die unliebsame Bewohnerin einer Wohngemeinschaft aus dem Stadtteil zu entfernen. Mangelnder sozialer Wohnungsbau führt auch in unserer Region zur Ghettoisierung von Menschen. Da sich viele KlientInnen eine Wohnung in den Stadtgebieten aufgrund ihrer Abhängigkeit von Transferleistungen nicht leisten können, findet ein Umzug an die Stadtränder in sozial schwache Viertel mit einer Ballung der bekannten Problematik statt. Für Menschen mit einer psychischen Behinderung stellt dieses Wohnumfeld eine große zusätzliche Belastung dar. **Im Projekt wird das Thema Armut, Behinderung und Ausgrenzung konkret für die Region erfasst werden, um politische Fraktionen und die Verwaltungen der Städte auf Teilhabebarrieren für psychisch behinderte Menschen aufmerksam zu machen und mittel- und langfristig Stadtplanung und Sozialpolitik zu beeinflussen. Überdies werden den BürgerInnen in diesen Stadtvierteln konkrete Hilfeangebote unterbreitet.**

Der Zugang zu kulturellen Angeboten, Bildungsangeboten, Feiern und Festen in der Gemeinde ist für Menschen mit skurrilen Verhaltensweisen eine hohe Anforderung. **Im Rahmen eines Mentorenprojekts werden meinungsführende BürgerInnen gewonnen, die die Beteiligung psychisch behinderter Menschen befördern.**

## Maßnahmen

Diese zusätzlichen Aufgaben sind mit den personellen Ressourcen des SPZ Langenfeld, die an Richtlinien, Aufgabenkataloge und Finanzierungsbedingungen der Kostenträger gebunden sind, nicht zu bearbeiten.

Aus diesem Grund beantragen wir eine zusätzliche Fachkraftstelle zur Umsetzung folgender Maßnahmen:

- Begleitung von fünf problematischen Einzelfällen pro Jahr auch in Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Einrichtungen,
- Einbeziehung der betroffenen Menschen bei der Wahl der Fallverantwortlichen (Bzugsbetreuer),
- Etablierung von Tandem-Betreuungen, Netzwerkgesprächen, Krisenvereinbarungen,
- Teilnahme an der Hilfeplankonferenz
- Teilnahme an allen gemeindepsychiatrischen Gremien
- Durchführung von regelmäßigen Gesprächen mit EX-In Mitarbeitern/innen des Trägers

- Durchführung regelmäßiger Quartalsgespräche mit den örtlichen Anbietern der Suchthilfe-, Obdachlosenhilfe, Jugendhilfe, gesetzlichen Betreuern um die Zusammenarbeit der Hilfesysteme im Hinblick auf eine qualitative Weiterentwicklung zu fördern, durch
  - die Qualifizierung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und
  - die Entwicklung von Standards in der Betreuung durch
  - einen strukturierten und regelmäßigen Wissenstransfer der unterschiedlichen Akteure (Pflege, Jugendhilfe, Obdachlosenhilfe, Suchthilfe, gesetzliche Betreuer, Psychiatrie)
  - z.B. im Rahmen gemeinsamer Fortbildungen oder gemeinsamer runder Tische.
  - Planung/Durchführung gemeinsamer, trägerübergreifender Fortbildung vor Ort
  - Öffnung von internen Fortbildungen für andere Einrichtungen und Dienste zum Querschnittsthema „Psychiatrie“
  - Teilnahme an Sektorkonferenzen und Sozialdienstbesprechungen der LVR-Klinik (Einladungen erfolgen an den Projektträger) im Hinblick auf besonders schwer erreichbare Klienten/innen, Initiierung gemeinsamer Behandlungs- bzw. Betreuungsteams
  - Organisation eines trägerübergreifenden Krisendienstes für besonders schwer erreichbare Klienten/innen, die in der Gemeinde leben
  - auch als „Sorgentelefon“ für irritierte, von Lärm oder Ängsten belästigte Bürger/innen
  - Installation von Hilfeangeboten in belasteten Wohngebieten/ z.B. „Verschönerung“ unter Beteiligung unserer Arbeitsprojekte
  - Zusammenarbeit mit örtlichen Institutionen, Vereinen (ZWAR-Projekt in Langenfeld),
  - Initiierung von „Stammtischen“ im Viertel (bekannte Langenfelder Persönlichkeiten arbeiten im Vorstand oder ehrenamtlich im VPD und haben hier eine Vermittlungsfunktion, Kontakte zur Wirtschaft)
  - Regelmäßige Berichterstattung über das Projekt in den gemeindepsychiatrischen Gremien, Information der Ratsfraktionen, Information der Verwaltung
  - Planung und Durchführung von Veranstaltungen, die sich an Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde richten (Informationen zu Themen rund um psychische Erkrankungen, werben für Mentorenprojekte)
  - Teilnahme an Besprechungen des Beirates
  - Begleitung des Projektes, Auswertung und Analyse
  - Mittel weiterer Förderer beantragen

Das Sozialpsychiatrische Zentrum in Langenfeld verfügt über gute Kooperationskontakte in der Region, die derzeit bei der Zusammenarbeit in Einzelfällen zum Tragen kommen. Im Projekt wird es darum gehen verlässliche Strukturen gemeinsam zu entwickeln und gemeinsame, systematische Abläufe zu installieren sowie spezielles Wissen einzelner Anbieter im Rahmen strukturierter, fallbezogener Zusammenarbeit und gemeinsamer Fortbildungen dem Kollektiv der Hilfebringer und Behandler zur Verfügung zu stellen.

Zur Erarbeitung dieser Aufgaben wird eine zusätzliche Personalstelle für drei Jahre (3 x 70.000 €), angesiedelt im SPZ, eingerichtet.

## Evaluation

Das Projekt soll unter mehreren Gesichtspunkten wissenschaftlich begleitet werden.

1. Was sind ausgrenzende Wirkfaktoren für psychisch behinderte Menschen in der Region/ in ihrer Gemeinde ?
2. Welche stützenden oder ausgrenzenden Haltungen finden sich bei Institutionen der öffentlichen Daseinsfürsorge, professionellen Diensten und Einrichtungen?
3. Welchen Einfluss haben die beschriebenen Maßnahmen auf die Veränderung/Verbesserung der Betreuung aller psychisch behinderter Menschen in der Region?
4. Kann durch die Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation die Betreuung besonders schwer erreichbarer, psychisch behinderter Menschen verbessert werden?

Eine Zusammenarbeit mit den Fachhochschulen, Bereich Sozialwesen Niederrhein oder Düsseldorf ist angestrebt.

## Fachlicher Nutzen des Projektes

Es sollen konkrete Schritte zur Gestaltung eines inklusiven Sozialraums in den Gemeinden verwirklicht werden. Die Situation, von Teilhabebarrrieren besonders betroffener Menschen, ist nachhaltig zu verbessern. Die Angebote in den Gemeinden sollen durch strukturelle Verbesserungen der Zusammenarbeit und die Einbeziehung von ehrenamtlich tätigen Bürgerinnen und Bürgern so verbessert werden, dass Teilhabebarrrieren abgebaut werden können, der individuelle Unterstützungsbedarf durch Qualifizierung und strukturierte Zusammenarbeit in den jeweils zuständigen Feldern der sozialen Arbeit geleistet werden kann und Prozesse sozialer Desintegration vermindert werden.

## Beirat

Der Beirat setzt sich aus Vertretern und Vertreterinnen des Landschaftsverbandes Rheinland, der DGSP, der RGSP und der AGpR zusammen. Er tritt in regelmäßigen Abständen zusammen und bewertet die Umsetzung, Fortschritte und Ergebnisse.

Die Ergebnisse des Projektes sollen kontinuierlich über die, im Beirat beteiligten Institutionen und Verbände, als „Blaupause“ veröffentlicht werden und als Orientierung für weitere Regionen und Träger dienen. LVR, RGSP und AGpR genießen spezielle Fortbildungsbedarfe, DGSP und RGSP veröffentlichen Projektschritte und Projektergebnisse über Publikationen und das Internet. Das Projekt wird als lernendes System angelegt, das auch Anregungen und Beispiele gelungener Praxis außerhalb der Projektregion zur Diskussion stellt.

Die Ergebnisse der Arbeit werden über den Beirat auf andere Regionen übertragen und in die Praxis übersetzt.

## Entlastungen Sozialhilfeträger

Im Projektzeitraum sollen konkret für insgesamt 15 Menschen tragfähige ambulante Betreuungsstrukturen aufgebaut werden. Durch die aufgeführten Maßnahmen werden weitere Menschen von dem Projekt profitieren.

Geht man davon aus, dass:

- 5 Menschen aus der Region in ein Pflegeheim verlegt werden würden (Pflegestufe 0)
- 5 Menschen in ein Wohnheim verlegt würden
- 5 Menschen als „Bewahrfälle“ zu Lasten der EGH klinisch versorgt werden würden

so erzeugt das Kosten i.H.v. von:

5 x 365 Tage x 90,00 € ( Pflegesatz) =	164 250,00 €
5 x 365 Tage x 85,00 € (Pflegesatz) =	155 125,00 €
5 x 365 Tage x 200,00 € (Pflegesatz) =	<u>365 000,00 €</u>
<b>Kosten p.A.</b>	<b>684 375,00 € (684.375 : 15 = 45.625 €)</b>

Im Durchschnitt ergeben sich also Kosten i.H.v. **45.625 €** pro Person und Jahr.

Demgegenüber steht diese Annahme für die Kosten einer ambulanten Unterstützung pro Person pro Jahr:

Durchschnittlich 20 FLS Monat/Klient: 16.317 €  
 Existenzsicherung<sup>2</sup>: 10.200 € (850 x 12)

= **26.517 €**

Das ergibt eine Differenz zwischen stationärer und ambulanter Unterstützung i.H.v. **19.108 €** pro Person und Jahr.

Davon ausgehend, dass jedes Jahr fünf weitere Personen unterstützt werden und die Maßnahmen erfolgreich sind, ergibt sich folgende Übersicht:

	Personen	Differenz stationär/ambulant Jahr/Person	Ersparnis Jahr 1	Ersparnis Jahr 2	Ersparnis Jahr 3	Gesamtersparnis nach drei Jahren
1. Jahr	5	19.108 €	99.540 €	99.540 €	99.540 €	
2. Jahr	5	19.108 €		99.540 €	99.540 €	
3. Jahr	5	19.108 €			99.540 €	
<b>Summe</b>	<b>15</b>		<b>99.540 €</b>	<b>199.080 €</b>	<b>298.620 €</b>	<b>597.240 €</b>

Die tatsächlichen Bedarfe bei ambulanter Unterstützung lassen sich schlecht vorhersagen. Klinikaufenthalte, höhere oder niedrigere Unterstützungsbedarfe, gelingende Einbindung in den Sozialraum etc. verändern die Rechnung entsprechend. Gleichzeitig kann durch die Maßnahmen (Kooperation) auch bei anderen Personen der Unterstützungsbedarf sinken.

<sup>2</sup> Miete, Nebenkosten, Strom, Regelsatz

Der Nutzen des Projektes liegt überdies darin, dass Lösungsansätze und Ergebnisse fortlaufend veröffentlicht werden und somit auch Einspareffekte in anderen Regionen erzeugt werden können.

## **Zusammenfassung**

Die dargestellten Maßnahmen sind singulär schon an anderen Stellen vorgeschlagen und beschrieben worden. Die Bündelung aller Aktivitäten und die Fokussierung auf einen Zeitraum von drei Jahren weisen aber über einzelne Projekte hinaus. Unser Ziel ist es unter Berücksichtigung des Erfahrungswissens betroffener Menschen, professionell psychiatrisch Tätiger, professionell Tätiger in anderen Bereichen der sozialen Arbeit und unter Beteiligung des Gemeinwesens eine deutliche Verbesserung der Betreuung und Versorgung besonders schwer erreichbarer Menschen zu erreichen und einen Sozialraum so zu gestalten, dass Prozesse sozialer Desintegration in Zukunft vermieden werden. „Das System von den Schwächsten aus“ weiter zu entwickeln wird letztlich zu einer positiven Veränderung des Sozialraums für alle Bürgerinnen und Bürger führen. Gemeindepsychiatrisches Handeln ist eine Querschnittsaufgabe, die sich durch alle Bereiche sozialer Arbeit zieht und wir gehen davon aus, dass eine strukturierte Zusammenarbeit und verlässliche Absprachen dazu führen werden ambulante Strukturen zu stärken. Dabei soll die Eingliederungshilfe als „Mittel der Wahl“ durch eine angemessene, frühzeitige Versorgung in anderen Bereichen sozialer Arbeit dadurch entlastet werden, dass Gemeindepsychiatrie sich mit ihren Kernkompetenzen zur Unterstützung und zum Wissenstransfer dort zur Verfügung stellt, wo die Probleme auftreten, es aber nicht weiter zur Manifestation besonderer Problemlagen kommt, weil Klienten/innen mit Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter über die Suchthilfe und schließlich Obdachlosenhilfe in der Psychiatrie landen.

Für die jetzt vakanten Fälle sollen individuelle Lösungen gefunden werden. Darüber hinaus werden aber konkrete örtliche Problemfelder offenbar, die Integration und Inklusion verhindern. Sie werden im Projekt bearbeitet.

Die hier beschriebenen Maßnahmen werden punktuell und vereinzelt vom Projektträger angestoßen. Es fehlen aber personelle Ressourcen um eine systematische, fokussierte Arbeit in dieser Richtung aufzubauen. Die Vorbereitung und Durchführung eines Forschungsauftrages, der eine solide Datensammlung und die Analyse der Erkenntnisse sowie die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen beinhaltet, übersteigt unsere Möglichkeiten.

Anne Sprenger