

# extrablatt

Mitteilungen der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Ausgabe Dezember 2016

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kurz vor Weihnachten und dem anstehenden Jahreswechsel und nach einem durch die Gesetzesflut anstrengenden Jahr möchte ich mich im Namen des Vorstands bei Ihnen allen für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement bedanken.

Auch wenn noch nicht ganz absehbar scheint, ob und wie die uns am meisten beschäftigenden Gesetze, das neue Bundesteilhabegesetz, das Pflegestärkungsgesetz III und die Reform des SGB VIII sowie das PsychVVG letztendlich verabschiedet und umgesetzt werden, bleibt festzuhalten, dass sich die Sozialpsychiatrie verändern wird. Ist das Glas nun halb voll oder halb leer? Es kommt auf die Sicht des Betrachters an. Ich fand es in diesem Jahr sehr beeindruckend, an wie vielen Stellen Fachdiskussionen entstanden und Stellungnahmen entwickelt worden sind. Und genau das lässt sowohl mich als auch den gesamten Vorstand, trotz an manchen Stellen berechtigtem und angebrachtem Pessimismus, auch optimistisch in die Zukunft schauen.

Sie werden in dieser Ausgabe Artikel zur gemeinsamen Tagung mit der AGpR „Aus der Traum, Umsetzung des BTHG in NRW“, zum von der RGSP unterstützten Modellprojekt Inklusion vom VPD Langenfeld, über drei Jahre Erfahrung mit der Soteria in Gangelt, zum Pflegestärkungsgesetz, über die Möglichkeit von Behandlungsvereinbarungen sowie über das Projekt NEST in Sri Lanka finden. Ans Herz legen möchte ich Ihnen unbedingt die Mitgliederversammlung der RGSP am 25. April 2017 in Viersen mit dem Autor und Wiener Burgschauspieler Klaus Pohl.

Liebe RGSPler, ich wünsche Ihnen allen im Namen des gesamten Vorstandes ein frohes Fest und gutes Gelingen im neuen Jahr, vor allem aber wünsche ich Ihnen Gesundheit.

Herzliche Grüße  
Für den Vorstand  
Stefan Corda-Zitzen

Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

## Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung

Ort: PHG Viersen gGmbH, Altes Sudhaus  
Dülkener Str. 72a, 41747 Viersen

**Dienstag, den 25. April 2017, 18:30 Uhr**

### Tagesordnung:

- Eröffnung und Begrüßung
- Wahl des Versammlungsleiters
- Beschlussfassung über die Tagesordnung
  - Bericht des Vorstandes
  - Kassenbericht
  - Bericht der Kassenprüfer
  - Entlastung des Vorstands
  - Wahl des Wahlleiters
- Wahl des geschäftsführenden Vorstandes
  - Wahl des erweiterten Vorstandes
  - Aussprache
  - Verschiedenes

Anträge und Ergänzungen zur Tagesordnung werden bis zum 18. April 2017 erbeten an die RGSP-Geschäftsstelle (s.u.)

Viersen, den 29.11.16 gez. Stefan Corda-Zitzen

**19:15 Uhr:** Pause, Getränke, Brötchen

**19:30 Uhr:** Lesung „Lasst die Kinder spielen“ mit Klaus Pohl

(weitere Informationen zum Vortrag siehe Seite 2)

Wir bitten um Anmeldung bis zum 16. April 2017 bei der RGSP-Geschäftsstelle, Eichenstr. 105-109, 42659 Solingen  
Telefon (0212) 2 48 21-20 • Fax (0212) 2 48 21-10

Email: rgsp@ptv-solingen.de

## Inhalt

Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. – Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung	1	Soteria NRW – ein alternativer Ansatz zur klassischen Psychiatrie	3	Zwei Jahre Modellprojekt Inklusion Inklusion praktisch erleben	6
„Lasst die Kinder spielen“ mit Klaus Pohl (Informationen zur Lesung)	2	Handwerkszeug für die akute Krise Eine Veranstaltung für Nutzer und Mitarbeiter des RehaVereins Mönchengladbach	4	Behandlungsvereinbarungen Was könnt ihr uns aus der Praxis dazu sagen?	8
		Pressemitteilung zur BTHG-Tagung	5	NEST – eine Hoffnung für psychisch erkrankte Menschen in Sri Lanka	9

Lesung  
Klaus Pohl

## Lasst die Kinder spielen

Die Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. lädt ein zu einer Lesung des Dramatikers und Wiener Burgschauspielers Klaus Pohl. Der Autor liest aus seinem neuen Theaterstück „Lasst die Kinder spielen“.

Ein ungewöhnliches, kreatives Mädchen soll medikamentös an die Erwartungen der familiären, insbesondere schulischen Anforderungen angepasst werden. Die Geschichte basiert auf einer wahren Begebenheit in New York.

Der Autor bezieht sich auch auf die Stellungnahme, die nach einem Expertenhearing in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und der Patriotischen Gesellschaft 2013 entstanden ist breit diskutiert wurde, Thema: „Eine Generation wird krankgeschrieben. Die Ausbreitung von ADHS“.

**Wo?** PHG Viersen gGmbH, Altes Sudhaus  
Dülkener Str. 72a, 41747 Viersen

**Wann?** Dienstag, 25.04.2017, Beginn 19:30 Uhr

Die Teilnahme ist unentgeltlich.

Wir bitten aus organisatorischen Gründen um Anmeldung bis zum 16. April 2017 bei der RGSP-Geschäftsstelle, per Karte, Fax, E-Mail oder Telefon:

RGSP e. V., Eichenstr. 105-109, 42659 Solingen  
Telefon (0212) 2 48 21-20 • Fax (0212) 2 48 21-10 • E-Mail: rgsp@ptv-solingen.de

Informationen zur Veranstaltung und zu Ort und Anfahrt finden Sie auch auf der Homepage der RGSP:  
[www.rgsp.de](http://www.rgsp.de)

## Soteria NRW – ein alternativer Ansatz zur klassischen Psychiatrie

Der Begriff Soteria stammt aus dem Griechischen und bedeutet: Wohl, Bewahrung, Rettung. Unter Soteria versteht man ein alternatives Behandlungskonzept für Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind und sich in einer akuten Phase befinden. Ursprünglich entwickelte der amerikanische Psychiater Loren Mosher 1971 in den USA diese neuartige Behandlungsmethode. Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi brachte sie 1984 nach Europa.

Seit 2013 besteht in der psychiatrischen Vianobis-Fachklinik Gangelt (Kreis Heinsberg) ein Soteria-Haus, als einziges in NRW, das mit diesem alternativen Behandlungskonzept arbeitet. Diese Methode basiert auf dem Prinzip, psychotische Symptome nicht **gegen den Willen des Patienten zu bekämpfen**, sondern es zu ermöglichen, **durch die akute Phase begleitet zu werden** – evtl. auch mit weniger Medikamenten. Dies setzt eine tragfähige enge Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient voraus. Der Schwerpunkt liegt in der Beziehungsarbeit. Die Therapie wird auf jeden Patienten individuell an

gepasst. Es wird hierbei darauf geachtet, dass dieses Miteinander **bezogen auf den einzelnen Patienten** lebensorientiert ausgerichtet ist. Wesentliche Merkmale der Soteria-Therapie sind die Gewährleistung von Sicherheit, Schutz und Begleitung des Patienten in einem kleinen sozialen, respektvollen und zuverlässigen Umfeld sowie die Erhaltung seiner persönlichen Entscheidungsfreiheit und Autonomie.

Hierbei handelt es sich um eine Wohneinheit, die 10 Patienten Platz bietet. Dieser Raum soll eine Ersatzfamilie auf Zeit schaffen. Eine personelle und konzeptuelle Kontinuität ist für den Bewohner und dessen Angehörige wichtig, da dies in einer angstbesetzten Psychose eher zur Beruhigung beiträgt, als beispielsweise ein Aufenthalt auf einer Akutstation mit wechselndem Personal. Wichtig hierbei sind die gemeinsame Entwicklung konkreter Behandlungsziele, das alltagsorientierte Leben und das Lernen in der Gemeinschaft. Pflegenden, Therapeuten und Bewohner gestalten gemeinsam ihren Alltag. Es wird gemeinsam gekocht, gewaschen, geputzt oder aber auch die Freizeit orga-

nisiert. All dies sind Dinge, zu denen der Bewohner allein nicht mehr in der Lage ist. Im Soteria-Haus gibt es keine starren Stationsregeln. Mögliche Konflikte werden von den Betroffenen untereinander geklärt. Darüber hinaus ist ein wichtiger Aspekt des Soteria-Ansatzes die enge Zusammenarbeit mit Angehörigen, weiteren Bezugspersonen und Betreuern. Hierdurch wird es dem Bewohner ermöglicht, keine oder nur wenige Medikamente zu benötigen, um seine akute Krise zu überstehen. Dies macht allerdings eine ausreichende individuelle Aufenthaltszeit zur konstruktiven Integration für den weiteren Lebensweg unabdinglich. Deutschlandweit arbeiten einige psychiatrische Kliniken auf ihren Akutstationen mit sogenannten Soteria-Elementen. Das Soteria-Haus in Gangelt ist eines von nur 5 Häusern in Deutschland. Woran liegt das? Warum wehren sich z. B. auch die Kliniken gegen die Einrichtung soteria-ähnlicher Stationen? Martin Wollschläger versucht, in seinem Buch „Sozialpsychiatrie – Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven“ Antworten zu finden. Er schreibt dort u. a.:

*„...Man wird dafür viele Gründe finden können. Ein besonders wichtiger scheint mir im Wirksamwerden von Abwehrmechanismen innerhalb hierarchisch organisierter und formalisierter Klinikverwaltung zu liegen. Und in der Tat treffen hier zwei Kulturen, die zwar sehr unterschiedlich, aber nicht gänzlich unvereinbar sind, aufeinander. Dabei ist die eine vor allem auf Erhalt und Festigung „des Systems“ (Klinik/Krankenhaus) durch den Einsatz definierter Regelwerke orientiert. Die andere Kultur (Soteria) ist hingegen auf Reduzierung, Lockerung und „Deregulierung“ orientiert. Die psychiatrische Klinik wird in Zukunft vieles von ihrer rigiden Regelmäßigkeit abbauen müssen, damit so hochkomplexe Behandlungs- und Begleitungsformen wie Soteria erfolgreich eingeführt werden können. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, die mit Soteria bereits Erfahrungen sammeln konnten, wünschen diese neue Qualität als Angebot der psychiatrischen Regelbehandlung. Denn: Soteria bewirkt, in welcher Variante auch immer, die Demokratisierung des ärztlichen Spezialistendiskurses und verteilt somit die Verantwortung für den gesamten Behandlungs- und Begleitungsprozess auf alle am Prozess Beteiligten. Soteria ist in all seinen Varianten nach wie vor das angemessenste und modernste Begleitungskonzept für Menschen mit psychischen Störungen. Es gilt Skeptiker und Gegner davon zu überzeugen, dass Soteriakonzepte beste Behandlungsergebnisse bei gleichzeitiger und eindrucksvoller Gewaltreduktion bewirken. Können sich die Skeptiker erst einmal auf das Neue einlassen, werden sie rasch erfahren, dass professionelle psychiatrische Fachlichkeit nicht überflüssig wird, sondern einen neuen Stellenwert erhält.“*

Und noch immer besteht das Vorurteil, in der Soteria behandle man ohne Medikamente. Tatsache ist, dass in diesem speziellen Setting die Reizabschirmung durch das Konzept geleistet wird und so Psychopharmaka sparsamer verabreicht werden können. Ein ganz wichtiges Kriterium schließlich ist unabdingbar: die Betriebsleitung muss

an der Implementierung von Soteria-Häusern und der Bereitstellung von Ressourcen für die Umgestaltung und den störungsfreien Betrieb ohne Aufweichung der Grundkriterien ein Interesse haben. (So ist beispielsweise auch das Soteria-Haus in Gangelt aus dem Klinikbudget ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung der Krankenkassen entstanden!)

Sonst kann ein Soteria-Konzept von heute auf morgen aus budgettechnischen Gründen umgewandelt werden in eine normale 20-Betten-Station mit weniger Personal (so geschehen in Hamburg 2016).

Dr. Wassili Hinüber.

## Handwerkszeug für die akute Krise

Eine Veranstaltung für Nutzer und Mitarbeiter des RehaVereins Mönchengladbach

Häufig enden psychiatrische Krisen als Spitze einer langanhaltenden destabilisierenden Entwicklung mit einem Klinikaufenthalt, und das mitunter nicht unter freiwilligen Vorzeichen. Viele unserer Nutzer ängstigen sich vor der Anwendung polizeilicher Gewalt, freiheitsentziehenden Maßnahmen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Medikation gegen ihren Willen.

Am 07. Juli 2016 hat der RehaVerein Mönchengladbach einen praxisnahen Workshop für seine Nutzer und Mitarbeiter angeboten und auf vielfältige Weise

Möglichkeiten aufgezählt, bereits im Vorfeld Vorsorge gegen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu treffen.

Den Auftakt machte der Rechtsanwalt Christian Brieden; er gab einen kompakten Überblick mit zahlreichen Fallbeispielen über die Handlungsoptionen der Gerichte und gesetzlichen Betreuer.

Die Einleitung und Umsetzung von Zwangsmaßnahmen bewegt gesetzliche Betreuer und Mitarbeiter ambulanter Dienste fachlich und persönlich und zwingt sie zur sorgfältigen Übernahme von Verantwortung für ihre Betreuten.

Fachkräften mit langer Berufserfahrung, die ggf. mit ihren Betreuten in vertrauensvoller Zusammenarbeit sind, gelingt es oft mit kurzfristigen, konkreten Absprachen, Klienten durch Krisen zu begleiten, ohne dass Klinikaufenthalte erforderlich werden. Das wurde in einer Talkrunde mit Nutzern, einer gesetzlichen Betreuerin und einer Fachkraft des Betreuten Wohnens deutlich.

In kurzen Impulsreferaten wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Klinikaufenthalten bzw. Zwangsmaßnahmen vorgestellt.

- Mit einer Behandlungsvereinbarung werden Absprachen zwischen der notfallmäßig aufnehmenden Klinik und dem Patienten getroffen, für den Fall, dass ein Klinikaufenthalt unumgänglich ist. Wünsche an hilfreiche Medikation, Vermeidung nebenwirkungsreicher Medikation, Anforderungen an ein helfendes Setting auf Station u.ä. können dort mit einer Fachkraft der Klinik erarbeitet und gesichert werden.
- Auch durch eine psychiatrische Patientenverfügung können eigene Vorstellungen deutlich gemacht werden, die für die Behandler bindend sind, insofern Leib und Leben des Patienten nicht in Gefahr sind.
- Der Anti-Suizidkontrakt zeigt Nutzern mit suizidalen Absichten in schriftlicher Form Kontakt- und Interventionsmöglichkeiten auf. Er wird gemeinsam mit einer Fachkraft verfasst und dokumentiert die Bereitschaft des Nutzers zum Weiterleben.
- In einem Krisenplan werden hilfreiche und nicht hilfreiche Verhaltensweisen sowie die Zusammenarbeit des Netzwerks im Krisenfall geregelt.

Bis auf den Anti-Suizidkontrakt sollten alle vorgenannten Instrumente in einer krisenfreien, stabilen Phase verfasst und vereinbart werden.

Der Workshop endete mit der Arbeitsabsprache, dass die Nutzer des RehaVereins mit ihren betreuenden Bezugspersonen die Verwendung der Vereinbarungen

erproben. Erste Rückmeldungen lassen darauf schließen, dass die Nutzer durch die gemeinsame Bearbeitung der für sie relevanten Instrumente an Krisenkompetenz gewinnen.

Der RehaVerein denkt bereits an eine Folgeveranstaltung, in der er gemeinsam

mit seinen Nutzern die Wirkweisen der einzelnen Vereinbarungen herausarbeitet und die Sicherheit im Umgang damit fördert.

Andreas Meyer-Buschfeld

## Pressemitteilung zur BTHG-Tagung

Köln 15.11.2016

Mit Spannung erwartet wird das BTHG gleichermaßen von Betroffenen, Angehörigen, Behindertenverbänden wie auch Trägern der Eingliederungshilfe. Seitdem der Entwurf auf dem Tisch liegt ist die Enttäuschung, man kann sagen das Entsetzen riesengroß. Es beschäftigt die gesamte Szene und so luden am 15.11.2016 die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR) und die Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (RGSP) zum Fachtag „Aus der Traum! Die Umsetzung des BTHG in NRW“.

Vorab, die Tagung war durch bestens informierte und munter diskutierende Referenten besetzt. Der Moderator, Ralph Erdenberger, lud Publikum und Vortragende immer wieder zur Diskussion ein und die sollte an diesem Tag auch geführt werden.

Der groß angelegte Beteiligungsprozess ist aufgrund der Ergebnisse für manche nur Makulatur.

Besonders kritisierte Punkte sind:

- Die bisherige bedeutende Aufgabe der Eingliederungshilfe, die drohende Behinderungen verhindern oder bestehende mindern bzw. aus der Behinderung resultierende Folgen beseitigen soll und zu einer Unabhängigkeit von Pflege führen sollte, wurde zunichte gemacht und in die Pflegeversicherung verschoben.

Hört man hierzu Frau Schmidt, eine Betroffene, die an dieser Tagung stellvertretend für sehr viele auf dem Podium sitzt, dann fürchtet sie sich schon heute. Seit 2006 hat sie dieselbe BeWo-Betreuerin. Ein enges Vertrauensverhältnis ist entstanden. Sie braucht diese einmal wöchentlichen Treffen zum Austausch, zur Stabilisierung. Frau Schmidt sagt, sich demnächst ihre Haushaltshilfe als ihre Pflegerin vorzustellen bereite ihr große Angst, denn sie hat das Gefühl, dass die Haushaltshilfe eher ihre Unterstützung benötigt. Dieses Beispiel, welches auf der von ca. 500 Menschen besuchten Tagung im Maternushaus in Köln vorgetragen wurde, zeigt sehr plastisch wohin der Weg geht. Statt eines pädagogischen Studiums werden sich demnächst

Menschen mit einer Ausbildung von 160 Stunden und 3 Wochen Praktika um zum Teil schwerkranke Menschen kümmern. „Insbesondere psychisch kranke Menschen sind häufig nicht die „einfachsten“ Klientinnen und Klienten und so werden Alltagsbegleiter aber auch Pflegekräfte, die nicht über psychiatrische Kenntnisse verfügen überfordert sein,“ sagt Anne Sprenger – stellvertretende Vorsitzende der AGpR und Geschäftsführerin des Verbundes für Psychosoziale Dienstleistungen im Kreis Mettmann, der unter anderem einen ambulanten Pflegedienst betreibt. Frau Schürmann ist als Vertreterin der Pflegekassen derselben Ansicht. Mit großer Sorge nimmt sie zur Kenntnis, dass derzeit viele Pflegedienste sich in Pflege- und Betreuungsdienste umbenennen, die fachlich bei Weitem nicht die erforderliche Kompetenz besitzen.

Der volle Maternussaal zeigt, dass allen Beteiligten das Thema unter den Nägeln brennt.

- Pflege im häuslichen Umfeld soll Vorrang vor der Eingliederungshilfe (EGH) haben. Was heißt aber in diesem Zusammenhang häusliches Umfeld und was ist das außerhäusliche Umfeld? Welcher Kostenträger wird sich als zuständig ansehen? Werden die Klientinnen und Klienten zwischen den Systemen „hängen“ und womöglich aus ihnen herausfallen? Grundsätzlich gilt: so lernt man aus den Vorträgen von Frau Schürmann (AOK) und Frau Staatssekretärin Hoffmann-Badache, dass die EGH nur dann Vorrang bekommt, wenn es um das Fortkommen geht, nicht um Erhalt des Status oder präventive Arbeit.

Diese Schnittstellenproblematik beschäftigt auch den Bundesrat, der vorschlägt, dass man den Vorrang der Eingliederungshilfe nach Lebenslagen oder dem Lebensalter einführen sollte. Wer demnach unter 65 ist erhält EGH, wer über 65 ist erhält Pflegeleistungen, insofern er vor seinem 65. Lebensjahr noch keine EGH erhalten hat.

BTHG und SGB XII haben andere Leistungsgrundsätze und dies, so klärt Frau Staatssekretärin Hoffmann-Badache auf, ist ein weiterer Themenkomplex der in der Politik umfassend diskutiert wird.

Es gibt in den politischen Lagern erhebliche Differenzen, was auch die etwa 100 Änderungsanträge, welche durch die Länder in den Bundesrat eingebracht wurden untermauern.

Fakt ist, dass der Bundesrat dem derzeitigen Entwurf nicht zustimmen wird, wenn nicht zahlreiche Verbesserungen vorgenommen werden.

Frau Schürmann und Frau Staatssekretärin Hoffmann-Badache sind sich einig, dass der Ambulantisierungsprozess erheblich behindert wird. Die Staatssekretärin sieht trotz vieler Schwierigkeiten auch positive Elemente im neuen Gesetz. Vor allem sollen Betroffene nicht schlechter gestellt werden und dafür setzen sich alle Akteure ein.

Diesen positiven Ansatz versucht auch der Fachanwalt für Sozialrecht Herr Hohage zunächst aufzunehmen und stellt Pro und Contra gegenüber. Als positiv stellt er beispielsweise heraus, dass ein neuer Behinderungsbegriff etabliert wird, der nicht mehr so defizitorientiert ist. Die neue Definition stellt Wechselwirkungen von Barrieren und das gesellschaftliche Umfeld der Betroffenen als Behinderung an Teilhabe in den Vordergrund. Herr Hohage begrüßt auch die zu installierenden unabhängigen Beratungsstellen. Wobei Frau Seydholdt, Vorsitzende der AGpR und Geschäftsführerin Die Kette, Bergisch Gladbach, einwirft, dass es sicher ratsam ist die Kompetenz der bereits etablierten Sozialpsychiatrischen Zentren zu nutzen und diese auf ein neues Leistungsniveau zu bringen.

Diese Einrichtungen sind bekannt und bewährt, wenn gleich Peer-Counselor und Ex-In wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind, was auch Thomas Seelert voll Überzeugung bestätigen kann. Der Betriebswirt und ehemalige Mitarbeiter eines international tätigen Unternehmens ist heute als Peer-Counselor in einem Modellprojekt des LVR tätig und freut sich, dass Betroffene in ihm eine Vertrauensperson finden. Er selbst profitiert gleichermaßen indem er sich durch die Tätigkeit stabilisieren kann. Die von Herrn Hohage angesprochenen Voraussetzungen an eine unabhängige Beratungsstelle hingegen sieht er als zu hoch.

Es bedarf der professionellen Unterstützung hinsichtlich sozialrechtlicher und fachlicher Fragen. Nach Ansicht von Herrn Hohage wird das Wunsch- und Wahlrecht durch die monetären Restriktionen stark eingeschränkt. Nach Tarif zahlende Einrichtungen sind bei den vorgeschlagenen Dumpingpreisen aus dem Rennen. Sehr stark kritisiert Herr Hohage die Auswahl des berechtigten Personenkreises. Das bestätigt auch Herr Seelert und fragt sich, wie krank muss man sein um in den Genuss von EGH zu kommen?

Was im Rheinland grundsätzlich erfreut angenommen wird ist die Tatsache, dass das Konferenzsystem (Teilhabe-Konferenzen, Gesamtplan-Konferenz etc.) gesetzlich vorgeschrieben wird. Frau Lapp (LVR) fürchtet allerdings, dass das Verfahren verkürzt wird. Stefan Corda-Zitzen, Vorstandsvorsitzender RGSP sorgt sich, dass die Erbringer von Leistungen der EGH gar nicht mehr hierzu geladen

werden. Das Zusammenspiel aller Akteure war im Rheinland bisher einzigartig, sollte aber auch so weitergelebt werden. Herr Holke, MAIS gibt ihm da Recht. Er plädiert dafür im Rheinland auch weiter an der Beteiligung der SPZ festzuhalten.

Herr Boll, Gesamtverband der Paritätische, stellt in seinem Vortrag den Fahrplan der Wohlfahrtspflege vor und weist eindrücklich darauf hin, dass Sparbemühungen für die Betroffenen und eine Absenkung tariflicher Bezahlung bei den Diensten und Einrichtungen zu weiteren Verwerfungen in der Gesellschaft führen und den Rechtspopulisten in die Hände spielen wird. Die Regelung, dass wirtschaftlich arbeitet, wer sich im „unteren Drittel der vergleichbaren Leistungserbringer“ befindet, wird zu einer Abwärts-spirale führen.

Abschließend resümiert Herr Rosemann, BAG GpV, Aktion Psychisch Kranke,

Berlin. Er sieht durchaus positive Aspekte im BTHG und ruft die Akteure dazu auf ihre Chancen zu nutzen und mitzugestalten. Neben allen Kritikpunkten sieht er Elemente im Gesetz, die immer gefordert wurden, so ist das Gesetz stark von der Beteiligung der Betroffenen dominiert. Leider wird in diesem Zusammenhang erneut deutlich, dass hiermit nicht unbedingt Menschen mit seelischen Erkrankungen bedacht wurden. Er begrüßt die Trennung von unterhaltssichernden Leistungen und Fachleistungen. Alles in allem hat er den Eindruck, dass den Betroffenen und Trägern nun mehr Instrumente an die Hand gegeben werden. Man sollte nun selbstbewusst auftreten, denn ohne die Leistungserbringer wird es auch künftig nicht funktionieren.

Beate Pinkert

## Zwei Jahre Modellprojekt Inklusion Inklusion praktisch erleben

Idee und Absicht des Modellprojekts ist es, herauszufinden, ob es möglich ist, schwer erreichbaren psychisch-erkrankten Menschen in der Gemeinde, im Sozialraum durch ambulante Maßnahmen eine Perspektive zu eröffnen und die Unterbringung in Kliniken und Heimen auf der grünen Wiese zu vermeiden.

Nach zwei Jahren Laufzeit des Modellprojekts in Langenfeld zeigt der Bericht Leistungen, die in diesem Zeitraum erbracht wurden auf und stellt Ergebnisse vor, die auf der Ebene der Klienten/innen und der Gesellschaft erzielt wurden.

Das Einzugsgebiet der Klienten/innen ist der südliche Kreis Mettmann. Die Projektfinanzierung erfolgt durch den LVR und beinhaltet eine Vollzeitstelle. Angeschlossen ist die Personalstelle beim SPZ des VPD. Der Projektleiter hat durch diese Regelung notwendige Ressourcen, um quasi eine Lotsenfunktion zu übernehmen. Er ist Kontaktperson für die schwer erreichbaren psychisch-erkrankten Menschen, führt sie in Lernprozesse und befähigt sie, ihrer Begabung entsprechend sich selbstbestimmter zu verhalten

und die Chance der Teilhabe am Leben in der Gemeinde/Gesellschaft zu ergreifen. Es war zunächst geplant, fünf Personen pro Jahr zu begleiten, also in drei Jahren insgesamt 15 Personen.

Wie sieht die konkrete Arbeit aus und welche Leistungen erbringt das Projekt?

Aktuell wird in dem Modellprojekt Inklusion in drei Phasen vorgegangen:

### **Phase 1: Anbahnung und gegenseitiges Kennenlernen von Klient/in und Projektleiter/VPD**

In der ersten Phase, der Anbahnungsphase, steht ein vorsichtiges gegenseitiges Kennenlernen im Vordergrund. Hierzu gehören Aspekte wie zeitlich flexible und schnelle Reaktionsmöglichkeit für entsprechende Klienten, z.B. bei einem Anruf wie „Bin wieder in der Klinik, mir geht es nicht gut“, ist aufgrund der zeitlichen Flexibilität in der Regel ein Treffen in den nächsten 2 Stunden möglich. Besuche sind nicht an bestimmte Räume gebunden, es muss kein eigener Wohn-

raum vorhanden sein. Treffen sind dort möglich, wo sie für den Klienten/die Klientin angenehm sind, oder wo er/sie sich aufhält wie Parkplatz, Obdachlosenunterkunft, etc. Der Aufenthaltsort ist im südlichen Kreis Mettmann beliebig.

Zu den Klienten wird ohne Verwaltungsakte ein erster Kontakt aufgenommen mit der Einstellung, „Hier ist ein Mensch, der an deiner Seite steht und für dich da ist, wenn du es wünschst“. Es gibt zunächst keinerlei Erwartungshaltung, kontinuierliche Treffen können angedacht werden und ohne Druck gemeinsam schrittweise Lösungen entwickelt werden. Ein ehrliches, authentisches Interesse an dem Menschen und seiner Situation, Respektieren seines Anliegens und wertschätzende Umgangsformen sind dafür von höchster Wichtigkeit.

Dadurch, dass die Klienten einen Ansprechpartner haben, werden teilweise andere Systeme vermieden, wie z.B. Arztbesuche, Klinikaufenthalte, forensische Karrieren werden unterbrochen, Obdachlosigkeit beendet, gesetzliche Betreuer, Sozial- und Ordnungsämter

### **Phase 2: Angebote von Hilfen und Lernfeldern des Projektleiters und Fachkräften des VPD zur Verbesserung der aktuellen Situation des/der jeweiligen Klienten/in**

In der zweiten Phase schaut man nach Möglichkeiten, Hilfen anzubieten, die der Klient/die Klientin annehmen kann und die seine aktuelle Situation verbessern. Hierbei können Wohnraumsuche oder Wohnangebote hilfreich sein oder auch die Unterstützung einer gesetzlichen Betreuung. Der Projektleiter kann Möglichkeiten anderer Träger einbeziehen, oder er bietet an, sofern dies gewünscht ist, ein zeitlich befristetes Wohnangebot im Place to Be I oder II, wahrzunehmen. Was ist damit gemeint? Es konnten innerhalb von zwei Jahren zwei Häuser angemietet werden, die Klienten die Chance geben, in einem Stadtteil von Langenfeld zu wohnen. Die Idee, die Häuser teils mit Büro teils mit Bewohnerzimmern auszustatten, bietet die Möglichkeit, situativ auf Bedürfnisse und Probleme der Bewohner einzugehen, und wird von den Beteiligten als praktikable Hilfe empfunden. Die WG ist ein geeignetes Erprobungsfeld für das Trainieren von selbstständigen Verhaltensweisen und sozialen Beziehungen untereinander. Aufgrund der Ausstattung und Lage der Häuser wird ein wertschätzender Umgang auch baulich widergespiegelt und im Stadtbild verortet. Die zeitliche Befristung wird als angenehm empfunden und gerne angenommen. Vom Place to Be aus können weitere Schritte vorgenommen werden.

### **Phase 3: Optimierung der Inklusion**

Die dritte Phase bedeutet, den Place to Be zu verlassen und in eine eigene Wohnung oder eine andere angemessene Wohnform umzuziehen, so wie es für den Klienten/die Klientin optimal angemessen ist. Der Vorteil liegt darin, dass man sich über die gemeinsame Zeit im Place to Be kennt, Ressourcen besser einzuschätzen sind und durch die gemeinsame Zeit der Begleitung die Chance, optimale Lösungen zu finden, erhöht ist. Dreh- und Angelpunkt ist in Phase 3 die Tatsache, Wohnraum für Klienten geschaffen zu haben, über den im Umfeld vorhandene Ressourcen, sowohl fachliche als auch bürgerschaftliche akquiriert werden können, unter Verwendung der sieben Bausteine (1. Kom-

munikation mit Verwaltung, Politik, Institutionen, 2. Wohnen, 3. Netzwerkarbeit, 4. Dialog/Einbezug Betroffener, 5. Gemeinde, Bürger, 6. Öffentlichkeitsarbeit, 7. Tagesstruktur, Beschäftigung, Arbeit). Der Beginn des Projekts und ein erstes Resümee ist im Extrablatt der RGSP vom Juni 2015 „Mit Bausteinen zu Meilensteinen“ erschienen, in dem Teilziele und Arbeitspakete für den Leitfaden des Modellprojekts Inklusion beschrieben sind.

Welche Wirkungen können auf der Ebene des/der Klienten/Klientin festgestellt werden?

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob es die Zielgruppe schwer erreichbarer psychisch-erkrankter Menschen überhaupt gibt und wie oder wo man ihr begegnen kann. Die Antwort lautet klar und deutlich: Ja, es gibt diese Gruppe und einen hohen Bedarf an inkludierenden Maßnahmen für Menschen, die aus persönlichen oder strukturellen Gründen in bestehenden Hilfesystemen nicht nachhaltig aufgefangen werden können.

Diese Menschen fallen durch seltsames extrovertiertes Verhalten auf oder zeigen Rückzugstendenzen bis hin zur Verwahrlosung und Selbstdestruktion. Es sind Menschen, die zwischen verschiedenen Welten pendeln, zwischen Klinikaufenthalten, eigenen Wohnungen und Obdachlosenunterkünften, bei Bekannten oder in einer Familie leben. Es sind Menschen, die nicht in der Lage sind oder zum aktuellen Zeitpunkt nicht wollen, ohne Hilfe Verwaltungshürden zu überwinden, einen IHP mitzuerstellen, jedem Hilfesystem misstrauen, unzuverlässig sind und Treffen außerhalb von Einrichtungen und Institutionen bevorzugen.

Im Rahmen des Projekts verfügt der Projektleiter über Handlungsfreiraum mit zeitlichen Ressourcen, so dass er Beziehungen und Vertrauen zu den Klienten/Innen aufbauen kann. Dadurch bekommen sie einen anderen Blick auf ihre Situation, es verändern sich ihre Verhaltensweisen, Hilfe kann als annehmbar erlebt und angenommen werden, Reflexion über die eigene Situation ist möglich, im Vergleich mit anderen Personen und beim Austausch unter „Gleichgesinnten“.

Die zweite Frage, die sich stellt, lautet: Haben schwer erreichbare psychisch-erkrankte Menschen überhaupt eine

Chance, erreicht zu werden? Auch diese Frage ist mit einem entschiedenen Ja zu beantworten.

Als Erfolg ist zu verzeichnen, dass die Anzahl der begleiteten Klienten/Klientinnen höher ist als zunächst geplant. Durch die Realisierung des Inklusionsprojekts stehen sie zu ihrem individuellen Anderssein, ihr Selbstwertgefühl ist gewachsen und wächst weiterhin, Anerkennung durch andere wird erfahren. Lernt der Klient/die Klientin authentisch mit seinem/ihrer Anderssein umzugehen und Nachteile mit Hilfe zu mindern oder auszugleichen, öffnet sich der Blick auf die Schnittstelle, an der Klient und Gesellschaft sich berühren. Place to Be - Bewohner entwickeln Verhaltensänderungen durch den Wechsel zum anderen Lebensort, die Gestaltung der Räumlichkeiten, das Erleben von Freiheiten sowie das Wahrnehmen von Unterstützungsangeboten. Lebenspraktische Fertigkeiten können erlernt werden. Das Leben in der Gemeinde bietet Kontakte nach außen wie den Besuch von Geschäften, Märkten, etc. Die Klienten erleben sich als selbstwirksam und mit dem Leben im bürgerlichen Umfeld reduzieren sich ihre auffälligen Verhaltensweisen.

Welche Wirkungen sind auf gesellschaftlicher Ebene festzustellen?

Aus Sicht der Behindertenrechtskonvention wohnen Menschen im Sozialraum mit schwierigen psychischen Erkrankungen. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Menschen raus aus den Sonderwelten zu führen. Bürgerschaftliches Engagement für diesen Personenkreis ist schwierig zu motivieren, es muss zwischenmenschlich passen. Allerdings ist es auf der Ebene der instrumentellen Unterstützung möglich. Praktische Hilfen als soziales Engagement, wie z.B. eine Fahrradreparatur günstiger durchzuführen ist ein Beispiel für eine erreichbare Hilfe. Hier zeigt sich der Einzelhandel, das Handwerk als eine wichtige Ressource des Sozialraums. Es sind klassische Win-Win-Situationen, die es zu erfinden gilt, dann ist es auch möglich, dass örtliche Ressourcen entdeckt und genutzt werden können. Engere zwischenmenschliche Kontakte entstehen selten, praktische Nachbarschaftshilfe kann leichter entstehen, z. B. beim Katzefüttern in Abwesenheit.

Dadurch, dass die Klienten einen Ansprechpartner haben, werden teilweise andere Systeme vermieden, wie z.B. Arztbesuche, Klinikaufenthalte, forensische Karrieren werden unterbrochen, Obdachlosigkeit beendet, gesetzliche Betreuer, Sozial- und Ordnungsämter entlastet. Das Umfeld nimmt wahr, dass „sich jemand“ kümmert, jemand zum Klienten geht, so dass Kommunikationsprozesse entstehen, die von einer großen Menschlichkeit getragen sind. Ich möchte anmerken – dieser Personenkreis hat so gut wie keine Lobby.

Wünschenswert ist ein öffentlicher Diskurs zur Frage: Wie wollen wir unsere Gesellschaft, unsere Gemeinde, unsere Stadt gestalten?

Gehe ich über bestehende und eingeübte Normen hinaus und begegne dem anderen in seinem Anderssein mit Wertschätzung und hilfreichem innovativem Entgegenkommen?

Begleitet man diese Menschen durch ihr Leben, so nimmt man Hürden wahr, die uns sonst gar nicht auffallen, sei es der lange Flur im Sozialamt, der mit geschlossenen Türen Angst macht, seien es Blicke von Menschen im öffentlichen Raum.

#### Resümee, Stimmen im O-Ton, Zukunftsaufgaben

Ziehe ich eine Zwei-Jahres-Bilanz so ist festzuhalten, dass zu 24 Menschen Kontakt hergestellt wurde, die aus unterschiedlichsten Lebenssituationen kommen. Es gibt Menschen, bei denen das

Projekt und die Arbeit Wirkung zeigen, es gibt aber auch Begleitungsabbrüche, so dass ich nicht den Eindruck hervorufen möchte, dass durch die beschriebenen Leistungen allen geholfen werden kann. Aber es gibt Menschen, die auf diese Form der ambulanten Unterstützung ansprechen. Da auch der monetäre Aspekt bei Projekten eine Rolle spielt, ist festzuhalten, dass sich gesamtgesellschaftlich ein Projekt dieser Art nicht nur aus finanzieller Sicht lohnt. Darüber hinaus sind auch die indirekten Wirkungen gesamtgesellschaftlich hervorzuheben wie die Entlastung und Vermeidung anderer Systeme. Menschen, die in dem Modellprojekt begleitet werden, brauchen sie nicht, oder nicht mehr so häufig in Anspruch zu nehmen.

#### Stimmen im O-Ton:

„Was würde ich ohne Sie machen?“

„Ohne „den Stelleninhaber“ wäre ich nicht da, wo ich heute bin.“

„Ich finde das Projekt super. Da gibt es einen (Stelleninhaber), der sich erstmal um alles kümmern kann – ohne die vielen Zugangshürden zum System.“

„Eine gute Unterstützung, um gemeinsam Lösungen zu finden.“

#### Auf zu den nächsten Meilensteinen

Allen am Modellprojekt Inklusion Beteiligten ist bewusst, dass der Weg zu den nächsten Meilensteinen noch lang sein

wird. Für eine kontinuierliche Arbeit und für innovative Weichenstellungen liegen sieben Bausteine für heute und für morgen bereit. Hindernisse und Hemmnisse sind weiterhin zu überwinden. Dazu gehört der Mangel an angemessenem Wohnraum. Die Versäulung der Hilfesysteme verursachen Schwierigkeiten in Bezug auf Zuständigkeitsgerangel. Das Akzeptieren von Grenzen, um Grenzüberschreitungen abzubauen oder auszuhalten, ist ein langwieriger Prozess. Personenabhängige Strukturen können sich positiv oder negativ auf die Zusammenarbeit auswirken. Stärken sind zu entwickeln, wenn schwer erreichbare Klienten nicht erreicht werden wollen und Begleitungen abgebrochen werden müssen.

Das Ende der Laufzeit des Modellprojekts Inklusion ist für Ende September 2017 vorgesehen. Ein Beenden der Projektarbeit würde eine Abwendung von einer Zielgruppe sein, die mit professioneller Hilfe die Chance hat, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Weiterführung des Projekts bedeutet Inklusion praktisch erleben. Darüber hinaus setzt die Weiterführung des Projekts ein Zeichen für die Zugehörigkeit schwer erreichbarer psychisch - erkrankter Menschen zu unserer Gemeinde, zu unserer Stadt, unserer Gesellschaft.

Christian Ueter

## Behandlungsvereinbarungen

Was könnt ihr uns aus der Praxis dazu sagen?

Auf der letzten RGSP-Vorstandssitzung haben wir uns u.a. mit Betreuungs- bzw. Behandlungsvereinbarungen beschäftigt. Diese sind in der PsychKG NRW-Novellierung als Soll-bestimmung gefordert. Bisher machen offensichtlich nur wenige Psychiatrische Krankenhäuser davon Gebrauch. Teilweise sind solche Verein-

barungen gänzlich unbekannt und die bestehenden sind individuell auf das ausstellende Krankenhaus angepasst. Eine Einheitlichkeit besteht nicht. Außerdem bestehen Unsicherheiten bzgl. der Rechtsverbindlichkeit.

Im Vorfeld einer möglichen Tagung zu diesem Thema würden wir gern wissen,

in welchen Institutionen bereits mit solchen Vereinbarungen gearbeitet wird und welche Erfahrungen gemacht werden. Bitte um kurze Rückmeldung an [s.cordazitzen@phg-viersen.de](mailto:s.cordazitzen@phg-viersen.de)

Dr. Wassili Hinüber

## NEST – eine Hoffnung für psychisch erkrankte Menschen in Sri Lanka

Seit den Achtzigerjahren gibt es in Sri Lanka die kleine unabhängige und auf privater Initiative beruhende Hilfsorganisation „NEST“. Die Nichtregierungsorganisation, die sich ausschließlich über Spenden finanziert, engagiert sich für die Enthospitalisierung psychisch erkrankter Menschen, die – manchmal seit Jahrzehnten – in den großen Anstalten nahe der Hauptstadt Colombo leben. NEST ist aber auch in ländlichen, oft entlegenen Regionen des Landes aktiv, unterstützt mit kleinen psychosozialen Zentren und breit gefächelter Hilfe die Dorfbevölkerung und kümmert sich um schutz- und hilfebedürftige Kinder und Aids-Waisen. Die Organisation unterhält außerdem ein kleines Aus- und Fortbildungszentrum für Community Health Work.

Während meines Aufenthalts 2014 in Sri Lanka hatte ich im Rahmen mehrerer Projektbesuche die Gelegenheit, die beeindruckende Arbeit dieser Initiative kennen zu lernen. Nachdem ich in der DGSP darüber ausführlich berichtet habe

(siehe „Soziale Psychiatrie“ 3/2014), haben auch die RGSP, einige andere DGSP-Landesverbände und die Bundes-DGSP das Projekt mit Spenden unterstützt.

#### Psychisch krank und lebenslänglich in der Anstalt? Das muss sich ändern!

Es gibt drei große psychiatrische Krankenhäuser im Einzugsbereich von Colombo: das „Aniyakanda Hospital“ für männliche Langzeitpatienten mit zirka 150 Personen sowie das „National Institut of Mental Health“ mit ungefähr 1400 Frauen und Männern. Hier werden akut erkrankte Menschen aufgenommen, längerfristig mit Medikamenten behandelt und, wenn möglich, auch wieder entlassen. Und dann gibt es – in unmittelbarer Nachbarschaft dieser Anstalt – die große Frauenpsychiatrie, das „Mulleriyawa Psychiatric Hospital“.

Dort konnte ich die Arbeit der „Community Health Workers“ von NEST erleben,

und der Besuch in dieser der Anstalt hat mich ganz besonders bewegt:

Die Patientinnen leben hier auf engstem Raum, in jedem Saal stehen 50 Betten, dicht an dicht, es gibt keine Privatsphäre, manche Frauen haben hier schon seit Jahrzehnten „Asyl“ gefunden.

Perspektivlos, ohne Beschäftigungsmöglichkeit, oft ohne Kontakt zu Angehörigen und zumeist hoch sediert liegen sie in den Schlafsälen oder auf den Durchgangsfloren im Freien.

1984 lebten noch mehr als 1300 „vergesene“ Frauen dauerhaft hier, 2014 waren es noch etwa 500. Das ist ein Verdienst von NEST. Damals gab es noch Ketten. Sally, die Gründerin und Leiterin von NEST, hat diese Fesseln, geschockt über die Zustände, bei einem ersten Besuch in der Anstalt eigenhändig durchtrennt.

Das war der Beginn ihres Engagements. Seit 1987 ist NEST offiziell von der Regierung als NGO anerkannt, erhält aber keine finanziellen Zuschüsse.



Sally und ihre Mitarbeiter arbeiten unermüdlich daran, die „vergessenen“ Frauen herauszuholen. Und sie haben ihrem Ziel auch einen Namen gegeben. Sie taufte das Mulleriyawa Hospital um in „Half-way Home“.

Durch regelmäßige Besuche in den Anstalten, Kontaktpflege zu Psychiatern und Klinikleitung, und auch mit Unterstützung der BAG Integrationshilfen e. V. aus Deutschland, hat NEST im Laufe der Jahre erreicht, dass ein „Occupational Skills Centre“, ein Haus für Beschäftigungstherapie, in Kliniknähe eingerichtet wurde. Hier kann ein Teil der Frauen tagsüber für ein paar Stunden mit Singen, Tanzen, Nähen, Kochen, handwerklichen Tätigkeiten und dem Betreiben eines kleinen Ladens der erzwungenen Untätigkeit entfliehen und verlorene Fähigkeiten neu trainieren.

Wichtig vor allem aber sind hierbei die Bemühungen von NEST, den verloren gegangenen Kontakt zu den Verwandten der Patientinnen wiederherzustellen. Oft war und ist die Familie mit der psychischen Erkrankung total überfordert und weiß keinen anderen Ausweg, als die Patientinnen im Hospital zu lassen. Heime oder ambulante Hilfen gibt es in Sri Lanka so gut wie nicht, oder wenn, dann nur für zahlungskräftige Patienten.

NEST motiviert und unterstützt die Familien dabei, ihre Kranken wieder aufzunehmen. Für eine Übergangszeit können einige Patientinnen in einem von NEST betriebenen Haus („KARE House“, benannt nach einem norwegischen Spender) in der Nähe von Colombo leben; sie kochen dort für die Gemeinschaft, übernehmen Hausarbeiten, lernen einkaufen, schließen Kontakte und trainieren so die Fähigkeit, selbstständig zu handeln, bevor sie (wenn es gut geht) nach in ihre Familien zurückkehren können.

Im „KARE House“ werden aber auch alte und behinderte Menschen versorgt, Kinder aus dem Wohnviertel betreut und unterrichtet, Aids-Waisen finden dort ein vorübergehendes Zuhause; und außerdem ist die „Gladly School“, eine Fortbildungseinrichtung für die Mitarbeiter, dort untergebracht. Hier treffen sich die Community Health Workers von NEST regelmäßig zum Austausch, aber auch Medizinstudenten, in der Regel ausgebildet in biologisch orientierter Psychiatrie, werden dort erstmals mit der sozialpsychiatrischen Herangehensweise von NEST vertraut gemacht.

Diese in all ihrer Vielfalt gelebte Gemeinsamkeit im Haus zu erleben hat bei mir einen tiefen Eindruck hinterlassen. Inklusion praktisch!

Auch in der Anstalt für psychisch erkrankte Männer und – seit kurzem – in der Forensik versucht NEST durch regelmäßige Besuche Verbesserungen zu erreichen. Unsagbar trostlos erschien mir die Situation der zur Untätigkeit gezwungenen Langzeitpatienten. Da ist es schon ein Lichtblick und Grund zu großer Freude, wenn NEST-Mitarbeiter mit Farbe und Pinsel anrücken und mit den Männern gemeinsam einige Barackenwände bemalen...

#### **Aktivitäten auf dem Land**

Ein weiterer wichtiger Teil der Arbeit von NEST sind die Community-Health-Aktivitäten im ganzen Land. Ich hatte während meines Besuchs die Möglichkeit, einige Zeit in Ududumbara, einem Projekt in den Bergen, zu verbringen. Dort arbeiten zwei Gemeinwesenarbeiter, die mit dem Tuk-Tuk, einem Dreiradgefährt, die Dörfer der oft schwer zugänglichen Gebirgsregion besuchen. Es gibt dort keinerlei Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Manchmal werden die Kranken im Zustand der Psychose von den verzweifelten und hilflosen Angehörigen weggeschlossen oder angekettet. Die NEST-Mitarbeiter machen „Hometreatment“ (so würden wir es nennen), helfen und beraten, sorgen für die Medikamenteneinnahme und transportieren die Kranken bei heftigen Krisen ins 80 Kilometer entfernte Krankenhaus in Kandy. Dort ist ein einziger Psychiater tätig, im Wartezimmer sitzen oft über 100 Patienten.

Doch die NEST-Mitarbeiter kümmern sich nicht nur um psychiatrische Patienten und ihre Angehörigen. Es geht bei den Versammlungen mit der Landbevölkerung auch um die Kinder, deren Schulbesuch, um Transportprobleme, um Dorfstreitigkeiten, gemeinsame Hilfsaktionen bei Reparaturen und Zerstörungen durch Unwetter und – vor allem – um Hilfen bei der Existenzsicherung. So beraten die Gemeinwesenarbeiter zum Beispiel bei dem Anlegen und Bewirtschaften von Gemüsegärten und leisten dort tatkräftige Unterstützung – denn viele der älteren Frauen haben im Bürgerkrieg zwischen der tamilischen Aufstandsbewegung und dem sri-lankischen Staat von 1983 bis 2009 ihre Männer und Söhne verloren und sind so verarmt, dass sie kaum überleben

können. Seit dem Ende des Bürgerkriegs engagiert sich NEST auch hier mit Projekten, vor allem im Norden Sri Lankas.

#### **Das Engagement der Community Health Workers unterstützen!**

„We call them persons, not patients“, korrigierte mich freundlich meine sri-lankische Begleiterin, als ich sie fragte, wie viele Patientinnen in der großen Frauenpsychiatrie „Mulleriyawa Psychiatric Hospital“ leben. Ihre Antwort verdeutlicht, was die „Grundhaltung“ der Arbeit von NEST auszeichnet, die ich bei meinem Besuch immer wieder erlebt habe: Wertschätzung, Toleranz und Respekt vor der Würde der Menschen.

NEST hat zurzeit etwa 25 Mitarbeiter, die im ganzen Land in Projekten und kleinen psychosozialen Treffpunkten arbeiten. Sie alle leben und arbeiten vor Ort, gemeinsam mit den von ihnen betreuten Menschen, oft unter spartanischen Bedingungen. Ich habe alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als hoch engagiert erlebt. Ihr Gehalt beträgt im Schnitt 130 Dollar pro Monat und muss aus Spenden finanziert werden.

Seit vielen Jahren kümmern sich Christiane Haerlin und Arnd Schwendy vom Förderkreis NEST/Sri Lanka in Zusammenarbeit mit der BAG Integrationsfirmen um die Spendenakquise in Deutschland. Etwa 80 Dauerspender, darunter viele DGSP-Mitglieder, sorgen dafür, dass dem Projekt jedes Jahr etwa 15.000 Euro aus Deutschland überwiesen werden können. Damit die Hilfe der Bundes-DGSP sowie einiger Landesverbände (z. B. der RGSP) nachhaltig wirken kann, wurde vereinbart, dass aus diesen Spendengeldern das Jahresgehalt von jeweils zwei bis drei NEST-Mitarbeitern finanziert wird.

Sally, NEST-Gründerin und trotz ihres hohen Alters unermüdliche Aktivistin vor Ort, hat in ihrem Privathaus ein kleines Büro eingerichtet, von wo aus die gesamte Arbeit koordiniert wird. Sie schickt an Christiane Haerlin, an die BAG Integrationshilfen und die DGSP regelmäßig Berichte über den Fortgang der Arbeit in den einzelnen Regionen.



#### **„NEST bleibt am Ball“ – die aktuelle Situation**

An Sri Lanka kann man ablesen, wie lange ein Krieg seine Schatten auf die Lebenssituation der Bevölkerung wirft. Obwohl es wieder weitgehend friedlich zugeht, hat NEST stark mit den Folgen des Bürgerkrieges zu tun: Die Mitarbeiter kümmern sich darum, für Waisenkinder Patenfamilien zu finden, traumatisierten Familien eine Behandlung zu ermöglichen und den Menschen durch viele konkrete Hilfsaktionen wieder Hoffnung zu geben. „Was uns wirklich beeindruckt und ermutigt, weiterhin für NEST Spenden zu sammeln, ist deren unbeirrbarer Art, komme, was wolle, an ihren Hilfsaktionen festzuhalten“, schreibt Christiane Haerlin in ihrem aktuellen Jahresbericht an die Spender und schildert eines von vielen Beispielen: Mehrere Jahre hat die 20-jährige Milinda nicht mehr mit ihrer Familie gesprochen. Sie scheint traumatisiert, Psychiater konnten ihr nicht helfen, Medikamente seien nutzlos. NEST wurde eingeschaltet. Nach vier Monaten Kontaktaufbau kommt sie nun montags bis freitags zum psychosozialen Zentrum KARE-House. Sie hilft bei der Betreuung

der Kinder und erhält dafür einen kleinen Zuverdienst. Sie beginnt wieder Freude am Einkaufen zu haben, nimmt Kontakte auf und sieht einen Sinn im Leben. NEST will im nächsten Schritt durch Gespräche mit ihrer Familie für weitere Besserung sorgen. Das sei nichts „Spektakuläres“, so Haerlin, aber im Leben einer jungen Frau eine existenzielle Hilfe. Und so ist es überall: NEST bleibt am Ball. So wurde seit meinem Besuch vor zwei Jahren in der Frauenpsychiatrie nicht nur das „Occupational Skills Centre“ weiter verbessert, sondern auch ein kleines Restaurant für Snacks und Erfrischungen eröffnet, offen für alle Patienten. „Die zweimonatlichen Protokolle aller Zentren, die wir erhalten, sind so praktisch gehalten, dass wir die therapeutische Qualität der Arbeit spüren können“, so Christiane Haerlin. Dem kann ich mich nur anschließen.

Wer mehr erfahren will: Auf der Website von NEST kann sich jeder einen guten Überblick über die Arbeit in den psychosozialen Zentren des Landes und der psychiatrischen Anstalt bei Colombo verschaffen.

Um die Arbeit weiterführen zu können, benötigt NEST regelmäßige Spenden.

Wir freuen uns, wenn auch Sie dazu beitragen. Am sinnvollsten sind Daueraufträge. Schon mit fünf Euro monatlich (steuerlich absetzbar) können Sie wertvolle Hilfe leisten. Jeder Cent kommt im Projekt an, da sämtliche Verwaltungskosten von der BAG Integrationsfirmen getragen werden.

Internet: [www.nestsrilanka.com.lk](http://www.nestsrilanka.com.lk)

#### **Spendenkonto:**

BAG Integrationsfirmen e. V.  
Bank für Gemeinwirtschaft Köln  
Stichwort: Sri Lanka

#### **Bankverbindung:**

IBAN: DE82 3702 0500 0007 1041 00  
BIC: BFSWDE33XXX



*Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern  
Frohe Weihnachten und ein  
gutes neues Jahr 2017!*

**Impressum**

Herausgeber: Vorstand der  
Rheinischen Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e. V.  
ViSdP: Stefan Corda-Zitzen, Viersen  
Geschäftsstelle der RGSP beim  
Psychozialen Trägerverein e. V.

Eichenstr. 105-109  
42659 Solingen  
Ansprechpartnerin: Gabi End  
Vertreterin: Gabi Reimann  
Montag bis Donnerstag: 8.00-16.30 Uhr  
Freitag: 8.00-15.00 Uhr  
Telefondurchwahl: 0212-24821-20  
Faxdurchwahl: 0212-24821-55

[rgsp@ptv-solingen.de](mailto:rgsp@ptv-solingen.de)  
[www.rgsp.de](http://www.rgsp.de)

Namentlich gekennzeichnete  
Beiträge geben nicht unbedingt die  
Auffassung der Redaktion bzw. des  
RGSP-Vorstandes wieder.