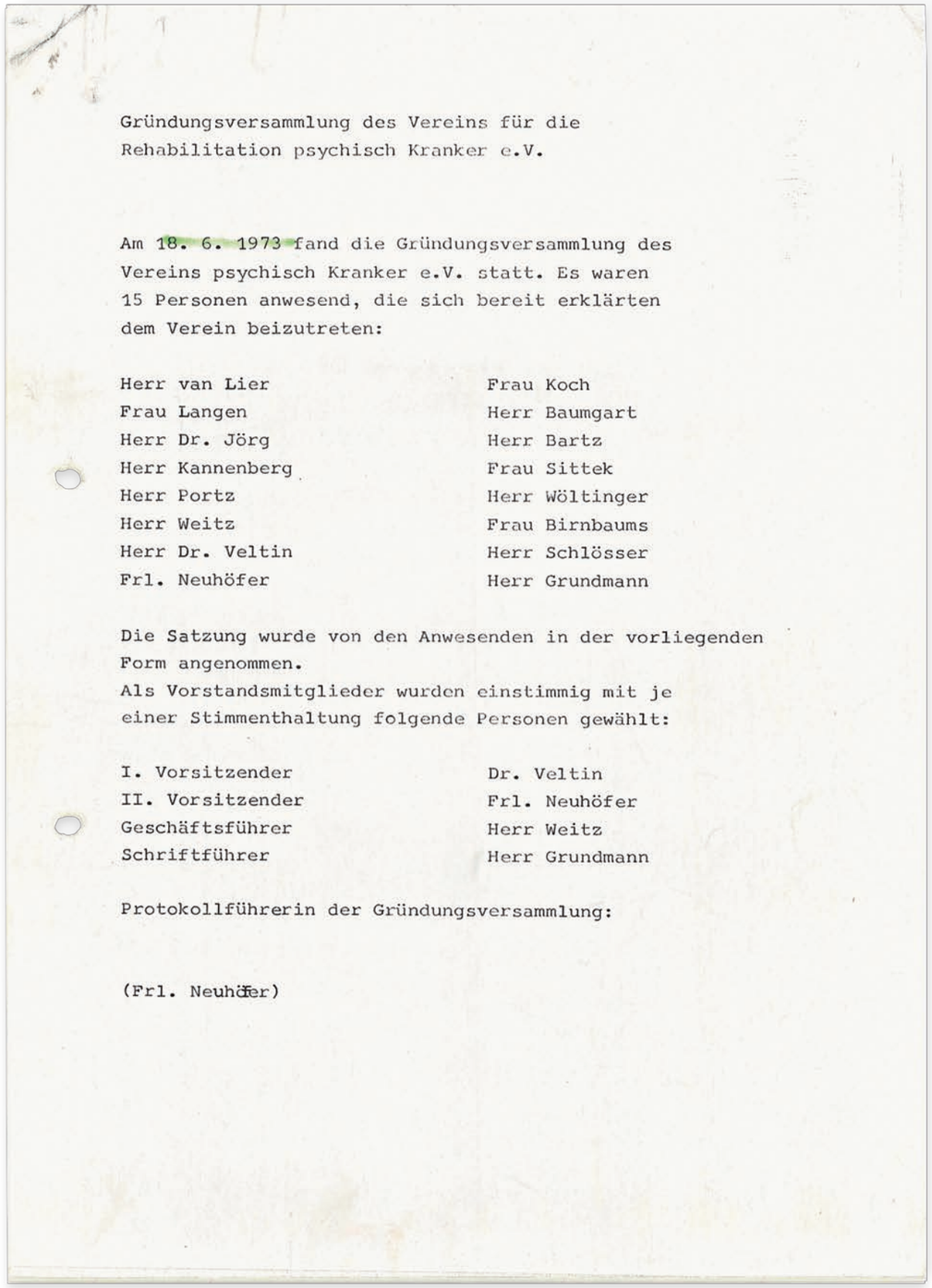
40 Jahre				**1**	**9**	**7**	**3**	1	9	7	4
1	9	7	5	1	9	7	6	1	9	7	7
1	9	7	8	1	9	7	9	1	9	8	0
1	9	8	1	1	9	8	2	1	9	8	3
1	9	8	4	1	9	8	5	1	9	8	6
1	9	8	7	1	9	8	8	1	9	8	9
1	9	9	0					1	9	9	1
1	9	9	2					1	9	9	3
1	9	9	4					1	9	9	5
1	9	9	6					1	9	9	7
1	9	9	8					1	9	9	9
2	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	2
2	0	0	3	2	0	0	4	2	0	0	5
2	0	0	6	2	0	0	7	2	0	0	8
2	0	0	9	2	0	1	0	2	0	1	1
2	0	1	2	**2**	**0**	**1**	**3**	**RehaVerein**			

Reha Verein

Mönchengladbach



Gründungsversammlung des Vereins für die
Rehabilitation psychisch Kranker e.V.

Am 18. 6. 1973 fand die Gründungsversammlung des Vereins psychisch Kranker e.V. statt. Es waren 15 Personen anwesend, die sich bereit erklärten dem Verein beizutreten:

Herr van Lier	Frau Koch
Frau Langen	Herr Baumgart
Herr Dr. Jörg	Herr Bartz
Herr Kannenberg	Frau Sittek
Herr Portz	Herr Wöltinger
Herr Weitz	Frau Birnbaums
Herr Dr. Veltin	Herr Schlösser
Frl. Neuhöfer	Herr Grundmann

Die Satzung wurde von den Anwesenden in der vorliegenden Form angenommen.
Als Vorstandsmitglieder wurden einstimmig mit je einer Stimmenthaltung folgende Personen gewählt:

I. Vorsitzender	Dr. Veltin
II. Vorsitzender	Frl. Neuhöfer
Geschäftsführer	Herr Weitz
Schriftführer	Herr Grundmann

Protokollführerin der Gründungsversammlung:

(Frl. Neuhöfer)

Abbildung des Gründungsprotokolls vom 18. Juni 1973

Inhaltsverzeichnis

Gruß- und Vorworte

Zum 40-jährigen Bestehen des RehaVereins • Dr. Alexander Veltin ..... Seite **04**

40 Jahre RehaVerein – über Wachstum, Entwicklung, Veränderungen und gute Traditionen • Dr. Silvia Schöller ..... Seite **05**

Beiträge

Gemeindenäher ist humaner • Harald Kamp ..... Seite **06**

Veränderungsprozesse in der Psychiatrie • Dr. Ralf Seidel ..... Seite **08**

Gemeindenahe Psychatrie ist die Sache aller • Eckhard Kleinlützum im Gespräch mit Prof. Günter Buhlmann ..... Seite **11**

Von meiner Couch zurück ins Leben – eine etwas längere Geschichte • Roland Beckers ..... Seite **16**

Verein für Angehörige von psychisch Kranken feiert sein dreißigjähriges Bestehen • Christine Ewald ..... Seite **19**

Alexander Veltin (1921 – 2013) • Dr. Anton Schlösser, Dr. Ralf Seidel, Dr. Elmar Spancken ..... Seite **20**

Vereinshistorie

1973 – 1976 - Mechthild Kappetein erzählt, wie der RehaVerein entstand • Dieter Schax ..... Seite **22**

1977 – 1982 - Erfahrungen als erste Mitarbeiterin des RehaVereins • Ulla Müller ..... Seite **24**

1983 – 2002 - Mein Engagement für den RehaVerein • Eckhard Kleinlützum ..... Seite **25**

2003 – heute - ... wie haben wir denn früher gearbeitet? • Dieter Schax ..... Seite **28**

Der RehaVerein heute – das SPZ als virtuelles Haus

Tagesstruktur im RehaVerein • Hilla Rinckens ..... Seite **30**

Ambulant Betreutes Wohnen • Ursula Weber ..... Seite **32**

Wohnheim • Ulla Müller ..... Seite **34**

Pflegedienst • Petra Ordegel ..... Seite **35**

Case Management • Ulrike Gerstenberg ..... Seite **36**

Integrationsfachdienst • Marianne Bienefeld, Ulla Reitz ..... Seite **38**

Verwaltung und Rechnungswesen • Klaudia Rudat ..... Seite **39**

Blick in die Zukunft

Stabilisierung, Nachhaltigkeit und Innovation! – Der Weg zum halben Jahrhundert • Klaudia Rudat, Dieter Schax ..... Seite **40**

Impressum ..... Seite **42**

Grußwort von Dr. Alexander Veltin
1. Vorstandsvorsitzender 1973 bis 1984
(21.12.1921 – 26.02.2013)

Zum 40-jährigen Bestehen des RehaVereins

Unter dem 18. Juni 1973 habe ich in meinem Tagebuch notiert: In Wirtschaftskonferenz Gründung des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker – siehe Protokoll.
Es war, wenn ich daran zurückdenke, eine in mehr als einer Hinsicht ungewöhnliche Vereinsgründung. Die vor einem halben Jahr, im Dezember 1972 offiziell eröffnete Klinik befand sich noch in den Wehen der Aufbauphase.

Anfang Juni hatte gerade die Suchtkrankenstation mit 4 Patienten ihre Arbeit aufgenommen. Die Teams der Stationen und in Verwaltung und Wirtschaft waren noch auf dem Wege, sich zu finden. Dennoch hatten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schon weitgehend mit den Aufgaben und Zielen der Klinik identifiziert. Das zeigte sich, als man im Rahmen von Überlegungen zur Wiedereingliederung hilfebedürftiger psychisch Kranker in die Gemeinde die Planung von Einrichtungen ins Auge fasste, für die institutionelle Mittel nicht oder nur in unzureichendem Umfang zur Verfügung standen.

Die Anregung wurde zustimmend aufgenommen und 16 Klinikangehörige unternahmen es, durch die Gründung eines gemeinnützigen Vereins die wirtschaftlichen Grundlagen für solche Vorhaben zu schaffen.

***Dr. Alexander Veltin**, Gründungsmitglied und 1. Vorsitzender des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.*

Nicht von ungefähr fand überdies die Gründungsversammlung in der Wirtschaftskonferenz statt. Die Konferenz am Wochenanfang, in der alle Bereiche vertreten waren, diente der Gestaltung eines möglichst reibungslosen Betriebsablaufes. Einmal im Monat standen in ihr als Krankenhauskonferenz grundsätzliche Probleme der Klinikorganisation und Planungsfragen auf der Tagesordnung.

Diese unkonventionelle enge organisatorische und personelle Verflechtung von Institution und gemeinnützigem Verein gab ihm für die ersten Entwicklungsschritte haltgebende Stütze. Sie lockerte sich mit der zunehmenden Ausweitung der Hilfsangebote und der damit notwendig werdenden Professionalisierung der Vereinsführung und wandelte sich zu einer dem jeweils eigenen Aufgabenkreis verpflichteten Versorgungspartnerschaft.

Über diese Entwicklung kann ein Gründungsmitglied und ehemaliger 1. Vorsitzender sich nur freuen. Ich wünsche dem Aufsichtsrat, dem Vorstand und allen Mitarbeitern des RehaVereins auch für die nächsten 40 Jahre eine erfolgreiche Arbeit zum Wohl der psychisch Kranken der Stadt Mönchengladbach.

Dr. Alexander Veltin

Vorwort von Dr. Silvia Schöller
Aufsichtsratsvorsitzende

40 Jahre RehaVerein – über Wachstum, Entwicklung, Veränderungen und gute Traditionen

Als ich 1994 als Oberärztin in Rheydt meine Arbeit aufnahm, hieß die Klinik Landesklinik und die Leitung des RehaVereins wurde von einem Geschäftsführer und einem Vorstand wahrgenommen. Geschäftsführer war Herr Kleinlützum, der Vorstandsvorsitzende Dr. Seidel, der Ärztliche Direktor der Landesklinik.
Dr. Seidels Erzählungen verdanke ich die Kenntnisse über die Anfänge des RehaVereins, über die Gründung aus der Klinik heraus und die gemeinsame Vision, allen psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürgern Mönchengladbachs, unter Berücksichtigung ihrer sozialen Kontexte, Angebote zur Behandlung, Unterstützung und Begleitung zu bieten.
Enge Zusammenarbeit und gleiche Interessen wurden durch gewachsenes Vertrauen einzelner Personen getragen.

Meine persönlichen Erfahrungen beginnen zu einer Zeit, als der RehaVerein sozusagen schon volljährig war. Wachstum und Entwicklung hatten umfänglich stattgefunden. Es gab in Mönchengladbach und Rheydt jeweils ein Sozialpsychiatrisches Zentrum, eine Kontaktstelle, ambulante psychiatrische Pflege, Ambulant Betreutes Wohnen und neue Projekte wurden anvisiert. Eines dieser Projekte war der Erwerb einer geeigneten Immobilie, um ein soziotherapeutisches Wohnheim für chronisch psychisch kranke Menschen zu eröffnen. Heute selbstverständlich als Wohnheim Nelkenstraße in Neuwerk bekannt, erinnere ich die Anstrengungen und Risiken, die damit verbunden waren. Für die Klinik verwirklichte sich damit ein lang gehegter Traum. Wir konnten chronisch psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten, die viele Jahre in der Klinik gelebt hatten, in ein neues Zuhause entlassen.
Ein weiteres Projekt stellte in dieser Zeit die Etablierung der INTRES GmbH dar, eine Gesellschaft des RehaVereins, mit dem Schwerpunkt, abhängigkeitserkrankte Bürgerinnen und Bürger der Stadt inklusive einem Wohnheim angemessene Betreuung zukommen zu lassen.

***Dr. Silvia Schöller**, Aufsichtsratsvorsitzende des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.*

Wie in jeder Organisation, die wächst, sich entwickelt, Veränderungen unterworfen ist, sich politischen Rahmenbedingungen anpassen muss und stets vor neuen Herausforderungen steht, sind Abgrenzungen auf dem Weg in die eigene Identität nicht nur unvermeidbar sondern spiegeln Kreativität und Lebendigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wider, ohne deren Engagement der RehaVerein nicht denkbar wäre.
Dem Wachstum und der damit verbundenen Verantwortung für eine große Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geschuldet, entschloss sich der RehaVerein, noch gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden Herrn Pfarrer Kamp und dem Geschäftsführer Herrn Schax, dem RehaVerein eine neue Geschäftsordnung zu geben.
Seitdem werden die Geschäfte des RehaVereins verantwortlich von dem Vorstand Herrn Schax und Frau Rudat geführt, kontrolliert werden sie vom Aufsichtsrat, dessen Vorsitz die Chefärztin der Allgemeinen Psychiatrie/Sucht der LVR-Klinik Mönchengladbach innehat.
Auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung und guter Traditionen ist es mein Anliegen, die Zusammenarbeit zwischen RehaVerein und Klinik konstruktiv zu gestalten, sie zukunftsfähig weiter zu entwickeln und gemeinsame Ziele partnerschaftlich zu verfolgen. In jüngster Zeit stehen die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes und der Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages beispielhaft für Kooperation, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit.

Ich bin sehr zuversichtlich, dass wir bei fruchtbarer Unterschiedlichkeit gemeinsam auch bei den sich stets verändernden politischen Rahmenbedingungen gut aufgestellt sind, bedanke mich für das Vertrauen, das gute Miteinander und nicht zuletzt für den nie versiegenden Humor auch in schwierigen Situationen.

Harald Kamp
1. Vorstandsvorsitzender 1996 bis 2009

Gemeindenäher ist humaner

Nein, ein Fachmann war ich nicht, als man mich als Mitglied des Rates der Stadt Mönchengladbach in den Beirat des RehaVereins schickte. So ergeht es ja den gewählten Volksvertretern nicht selten. Sie müssen sich in Dinge einarbeiten, die ihnen zunächst neu und fremd sind.
Also, learning by doing it – lerne, indem du es machst.
Damals gab es auf dem Gebiet der Psychiatrie Fachleute, die neu nachdachten über das Verhältnis der Gesellschaft zu psychisch kranken Menschen und deren Stellung im öffentlichen Bewusstsein.

Der einfachste Weg in den Augen der „normalen“ Gesellschaft ist bekanntlich immer die Ausgrenzung. Man verweist an die „Fachleute“ und schafft Inseln – wie z.B. die Klinik – auf die man das Nicht-Normale, das Fremde und nicht selten als bedrohlich Empfundene abschiebt. Zum Glück gibt es immer wieder Leute wie seinerzeit Dr. Veltin, Chefarzt der Rheinischen Landesklinik in Rheydt, die in der Ausgrenzung ihrer Klienten aus dem gelebten Alltag in unseren Kommunen eines der großen Probleme im Blick auf eine erfolgreiche Therapie sehen. Psychisch Kranke oder Behinderte brauchen natürlich die Hilfe des Arztes, aber um sich mit den vorhandenen oder verbliebenen Fähigkeiten in das normale gesellschaftliche Leben einbringen und daran teilhaben zu können, dürfen die Netze nicht reißen, durch die man mit dem Leben der Gesellschaft verwoben ist. Daher musste sich die klinische Psychiatrie öffnen zum Alltag des Lebens hin und Bereitschaft in der Gesellschaft wecken, sich auf die Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen an diesem Alltag einzulassen. Es ging und geht also darum, ein unvermintes Gelände zwischen Klinik und Bürgerschaft zu schaffen.

Eine rein klinisch bezogene Psychiatrie vernachlässigt den Blick auf den Alltag, in den die Klienten immer wieder zurückkehren und in dem sie letztlich leben und verankert sind und sein sollten. Damit wird es schwieriger, das Ziel, auf das hin therapiert werden soll, im Auge zu behalten. Umgekehrt müssen in der Gesellschaft Aufmerksamkeit, Verständnis und Akzeptanz für die Betroffenen geweckt werden.
Die Arbeit des RehaVereins hat gezeigt, dass dies auch möglich ist, allerdings unter der Voraussetzung, dass immer wieder die Glocke geläutet, d.h. für Präsenz in der Öffentlichkeit gesorgt wird und manchmal auch zur Attacke geblasen wird, wenn das rechte Verständnis für die Belange psychisch Kranker und Behinderter nicht aufkommen will. Eine Zeitlang, noch bevor ich in die ehrenvolle Aufgabe eines Vorsitzenden gewählt wurde, konnte ich die Arbeit des RehaVereins kennen lernen und verfolgen. Dabei brachte mir der zeitweise auch engere Kontakt mit dem Verein für Angehörige psychisch kranker Menschen manches Schlüsselerlebnis.
Mir wurde klar, wie schwer es oft für die Familien ist, sich tagtäglich auf Lebenswirklichkeiten einzustellen, die für alle Beteiligten außerordentlich belastend sein können. Dazu zählen z.B. Erfahrungen der „Uneinsichtigkeit“ in Bezug auf die Notwendigkeiten des Alltags seitens psychisch kranker Menschen oder deren „Egozentrik“, die keine Rücksicht auf die Belange der anderen Familienmitglieder zu kennen scheint. Dazu kommen nicht selten ständige Ängste vor Suizid oder Konflikten mit dem Gesetz und deren Ausführung durch die öffentliche Verwaltung.

Dabei will ich nicht vergessen, wie viel Verständnis, Entgegenkommen und auch Engagement seitens der verschiedenen Dienste in den Verwaltungen ich im Laufe der Zeit beobachten und erfahren konnte.

Freilich ist das jeweilige Dreieck Patient-Angehörige-Klinik usw. nicht ohne Probleme und Spannungen.
Nehmen wir als Beispiel den Kontakt der Klinik zu den Angehörigen. Oft wird die Bedeutung dieses Kontaktes herausgestellt oder sogar gefeiert, aber leider eher in feierlichen Reden. Im Alltag beißt man sich an den Realitäten eher die Zähne aus. Dabei ist ein bedeutendes Konfliktfeld die Schweige- und Vertrauenspflicht der Ärzte im Gespräch mit den Angehörigen. Gerne greift man auf Pflichten der Angehörigen zurück, wenn es darum geht, sich um den Kranken zu kümmern und diesen mit allen Schwierigkeiten und oft auch Risiken aufzufangen. Wo aber keine helfende Information ist, stochert man bekanntlich im Nebel herum oder befindet sich im Blindflug – mit allen Unwägbarkeiten. Dabei soll nicht verkannt werden, dass das Gespräch mit Angehörigen nicht nur sehr zeitaufwändig sein kann, sondern in eine zusätzliche Form von Therapie münden kann. Dennoch möchte ich noch einmal unterstreichen, wie wichtig die Verbindung Arzt und Angehörige für alle Beteiligten ist. Zumal die Angehörigen immer wieder vor der Frage stehen: Was habe ich falsch gemacht, oder was mache ich falsch, und wie kann ich es besser machen.

Ich konnte in den ersten Jahren meiner Verbindung mit dem RehaVerein nicht ahnen, dass ich vieles in der eigenen Familie einmal hautnah selber erleben sollte. Das bedeutete dann „Lernen durch Beteiligt sein“.

Die Entwicklung des RehaVereins machte und macht deutlich, wie wichtig es ist, auf spezielle Herausforderungen auch die passenden Antworten geben zu können. Das reicht vom Tagestreff, der eine wesentliche Hilfe zur Strukturierung des Tagesablaufes geben kann, über verschiedene Arbeitsangebote, bis hin zur Betreuung im Wohnheim und zur psychosozialen Betreuung in der eigenen Wohnung.

Wenn auch die Idee der gemeindenahen Psychiatrie nicht in Mönchengladbach zum ersten Mal gedacht worden ist, so ist sie doch hier auf fruchtbaren Boden gefallen, und ich halte sie nach wie vor für einen der wichtigsten Wege zur Entwicklung einer Alternative zu einer rein klinikbezogenen Therapie.
Eine psychische Erkrankung unterscheidet sich nun einmal sehr grundsätzlich von einem chirurgischen Eingriff an einem Knochenbruch. Man kann dankbar sein, wenn es zur Heilung einer psychischen Krankheit kommt, leider ist aber die Zahl der Rückfälle oder gar der permanenten Erkrankungen erheblich. Hinzu kommt leider eine ständig steigende Zahl von mehr oder weniger schweren Erkrankungen an verschiedenen Formen der Depression. Umso wichtiger ist, dass immer wieder Netze geknüpft werden, die solche Menschen auffangen können.

Man kann nur hoffen, dass sich an allen wichtigen Schaltstellen unserer Gesellschaft immer wieder Menschen finden, die Verständnis haben für eine gemeindenahe und offene Psychiatrie, denn sie ist ein wichtiger Beitrag zu einer humaneren Gesellschaft.

Dr. Ralf Seidel
1. Vorstandsvorsitzender 1984 bis 1996
2. Vorstandsvorsitzender 1996 bis 2006

Veränderungsprozesse in der Psychiatrie[1]

„Die Qualität des psychiatrischen Dienstes der letzten Bezirksstadt ist die sozial-ethische Visitenkarte eines Landes.“
K.P. Kisker

Psychiatrie ist vorrangig mit dem befasst, was Individuen zu Personen macht, dem was wir – reichlich unpräzise – das Subjektive, unsere „Innenseite“ nennen. Das Gehirn erst setzt uns in den Stand diese Innenseite als Empfinden, Verstand, Willen, Vorstellungsvermögen oder Urteilskraft nach außen zukehren, die Welt von uns zu rücken und sie somit „objektiv“ fassbar zu machen. Unsere Freiheit uns auf diese Weise Bilder zu schaffen, birgt jedoch zwingend die Gefährdung in sich an diesen Bildern zu zweifeln, ja zu verzweifeln, eben: verrückt zu werden.

Bis vor hundert Jahren hatten die Psychiater, oder wie man sie damals nannte, die Irrenärzte, weitgehend allein bestimmt was das Normale, Gesunde, Stimmige sei und wie man es von „gestörtem“ Verhalten zu unterscheiden hat. Die Psychiatrie verstand sich als naturwissenschaftliches Fach und sah sich damit frei von Bindungen an das sie umgebende soziale und kulturelle Geschehen.

Doch bald begann sich eine engagierte und zum Teil auch durch das eigene oder das Schicksal von Familienangehörigen betroffene Öffentlichkeit mit ihren Erfahrungen von Krankheit und Behandlung zu Wort zu melden. Die „Versorgungspsychiatrie“, der die Gesellschaft oft wenig Vertrauen schenkte, sah sich so gezwungen auf ihr Publikum zuzugehen und die Erzählungen der Betroffenen wahr zu nehmen und in ihr Verständnis von psychischer Krankheit einzubeziehen.
Und auch die „wissenschaftliche Psychiatrie“ fand auf diesem Wege eine neue Orientierung. Sie kehrte, ohne die Bedeutung der Funktion des Gehirns bei psychischen Krankheiten infrage zu stellen, zu ihrem erfahrungswissenschaftlichen Ursprung zurück. Man begann, statt Krankheitsursachen im Seziersaal zu suchen, die in der Klinik begegnende Verrücktheit zu beschreiben und zu benennen und deren Verlauf zu dokumentieren. Seither gilt es, naturwissenschaftlich orientiertes Erklären und geistes- bzw. sozialwissenschaftlich geprägtes Verstehen in ein praxistaugliches Gleichgewicht zu bringen. Aber noch eines kommt hinzu: Psychiatrie ist immer auch der Allgemeinheit verpflichtet.

Das muss unvermeidlich zu Konflikten zwischen „Betroffenen“ und „Experten“ führen. Der erste Weltkrieg schließlich hatte katastrophale Folgen für die Patienten der Psychiatrie.
Viele von ihnen – bis zu einem Drittel – waren an Hunger oder in dessen Folge an Infektionskrankheiten gestorben.

Der Sozialstaat der Zwanzigerjahre unterbrach den bis dahin gängigen Reflex, psychisch Kranke zur Behandlung ausschließlich in stationären Einrichtungen unterzubringen.
Kommunen eröffneten Anlaufstellen der offenen Fürsorge für Menschen in seelischer Not, deren Tätigkeit vor allem auf die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft abzielte.
Doch kamen auch diese Institutionen nicht umhin in Kooperation mit den Kommnen ordnungspolitische Maßnahmen mit wahrzunehmen. Darüber hinaus bildete die als durchaus fortschrittlich anzusehende Verlagerung der psychiatrischen Ressourcen in den ambulanten Bereich auch schon den Auftakt einer zunehmenden Ökonomisierung der Versorgung, die sich in der NS-Zeit weiter radikalisieren sollte.

Betrachtet man die Entwicklung der Reformpsychiatrie nach den siebziger Jahren, so sind Ähnlichkeiten mit dem was ein halbes Jahrhundert zuvor geschehen ist, nicht zu übersehen. Dennoch: die ökonomischen Voraussetzungen für Veränderungsprozesse waren diesmal deutlich günstiger, das Interesse an dem, was mit psychisch kranken Menschen geschieht, bei Politik und Öffentlichkeit zumindest anfangs auf außergewöhnliche Weise gegeben. Überdies waren die psychiatrisch Tätigen durch die allmählich einsetzende meist lokale Auseinandersetzung mit der NS-Zeit für die ihrer Arbeit innewohnenden Gefährdungen eher sensibilisiert.

Die anfangs gehegte Hoffnung, Chronifizierung gänzlich vermeiden oder psychische Krankheit gar wie eine Infektionskrankheit heilen zu können, war bald einer eher nüchternen Pragmatik gewichen.

Dass sich Mönchengladbach bei der Entwicklung einer gemeindepsychiatrischen Versorgung bundesweit zum Vorreiter entwickeln konnte, ist glücklichen Umständen zu verdanken. Ausgangspunkt war hier der Beschluss der Politiker und der Verwaltung des Landschaftsverbandes Rheinland, mit dem damaligen Gesundheitsdezernenten Caspar Kulenkampff an der Spitze, die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete an einem Ort erstmals praktisch umsetzen zu wollen.
Als Glücksfall erwies sich dabei bald das enge Zusammenwirken des ersten ärztlichen Direktors Dr. Alexander Veltin mit dem seinerzeitigen Sozialdezernenten der Stadt Mönchengladbach Günter Buhlmann. Hinzu kam der nicht zu unterschätzende Umstand, dass Mönchengladbach durch das wirken des „Volksvereins für das katholische Deutschland“ und der evangelischen Einrichtung „Hephata“, auf eine lange Tradition christlicher Sozialarbeit zurückblicken konnte.

So ließ sich das Projekt „Gemeindepsychiatrie Mönchengladbach“, trotz aller Skepsis, die ihm von konservativer Seite entgegengebracht wurde, in den siebziger und achtziger Jahren unter günstigen äußeren Bedingungen initiieren und fortentwickeln.

Die Geschichte der Psychiatrie hat uns immer wieder vor Augen geführt, dass auf Phasen fortschrittlicher Veränderungen, Phasen vermehrten Ausgrenzens, Verwahrens und vor allem Verwaltens folgen, in denen sich der Patient einer Politik und Öffentlichkeit gegenüber sieht, die ihn kaum noch als kranken oder gestörten Mitmenschen, sondern im Wesentlichen als Risiko für die eigene Sicherheit betrachtet.

Ein wucherndes Dokumentationswesen, fehlende Zeit für Kontakte, Umgang, Gespräche, geben Zeugnis davon. Auf diese Weise läuft die Psychiatrie Gefahr Patienten nur noch als ein Bündel von Eigenschaften und Verhaltensmerkmalen zu sehen. Wir sind heute in vielerlei Hinsicht wieder in eine Periode des „verwalteten Wahnsinns“[2] (D. Blasius) eingetreten.
Das Wiedererstehen komfortabler Behandlungsorte für wohlhabende Patienten und der Ressourcenabbau im Bereich der Pflichtversorgungskliniken sind eine logische Folge.
Der Medizinjournalist Rainer Flöhl[3] hat diese Entwicklung einmal scharf kritisiert. Er konnte deutlich machen wie über die Marketing-Strategie privater Krankenhausträger stationäre Behandlungsangebote für leichter Kranke vor allem im Bereich der psychosomatischen Medizin zu Lasten der allgemeinen Psychiatrie gehen.

Dies führt zu einer neuerlichen Benachteiligung der Versorgungspsychiatrie, die sich gerade der „schwierigen“, häufig psychotischen und – heute zunehmend – persönlichkeitsgestörten, oft mehrfach erkrankten Patienten annimmt. Mit Recht sieht der Autor darin eine Wiederkehr der einst verschmähten Zwei-Klassen-Psychiatrie. Und eine immer größer werdende „Dritte Klasse“ ist noch, sicher auch durch das Verschulden der Psychiater selbst, hinzugekommen: Die forensische Psychiatrie mit ihren immer längeren Verweildauern.
Sie bestimmt – und dies mit schlimmen Folgen – inzwischen weit gehend allein das Bild der Psychiatrie in der öffentlichen Wahrnehmung. Gerade hier hat das Bedürfnis nach Sicherheit dem Recht auf Freiheit einmal mehr den Rang abgelaufen.
Hinzu kommt, dass ökonomische Forderungen den Bereich der Gesundheit und des Sozialen inzwischen zunehmend beherrschen. Was dann zählt ist Beweglichkeit und Effizienz der Anbieter und der Konsumenten. Doch gerade der Verlust dieser Eigenschaften ist es ja häufig, der Menschen veranlasst, Hilfe in der Psychiatrie zu suchen.

Psychiatrie, gar Sozialpsychiatrie, an wechselnden Orten, bei entschwundener Zeit, wie soll das gehen? Heißt das, Psychiatrie ganz der Neurobiologie zu überlassen, Fragen nach dem Sinn der Verrücktheit als unwissenschaftlich abzutun, alles was sich nicht zählen und verrechnen lässt aus dem Repertoire der Begegnung mit dem Kranken zu streichen? Nun, das „krumme Holz des Menschseins“,[4] von dem Immanuel Kant einst gesprochen hat, lässt sich nicht einfach gerade biegen.

So wie vor hundert Jahren das historische Problem nicht in der Gründungs-, sondern in der Verlaufsgeschichte der Anstalten zu suchen war, dass man vermehrt Anstalten baute, dafür gab es einleuchtende Gründe, doch entfernte sich das Anstaltswesen immer weiter vom ursprünglichen Reformanliegen, von dem Gedanken sozialer Verantwortung (D. Blasius) – so ist zu hoffen, wie Renate Schernus einmal meinte, dass man in einigen Jahrzehnten nicht sagt: „Nur entfernte sich das gemeindepsychiatrische Anliegen unter dem Einfluss sich überschlagender Modernisierungsvorgänge immer weiter vom ursprünglichen Reformimpuls und von den Möglichkeiten, soziale Verantwortung wahrzunehmen.“[5]

[1] *Für Eckhard Kleinlützum*

[2] *Siehe das Buch des Autors mit dem Titel: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a. M., 1980*
[3] *FAZ v. 18.08.05*
[4] *Kant, I. (1978) – Ideen zu einer allgemeinen Geschichte in weltbürgerlicher Absicht. in: Werkausgabe, Bd. XI, S. 41*
[5] *Spancken, E. (2001) – Abteilung oder Fachkrankenhaus – Die falsche Front in: Sozialpsychiatrische Informationen 35,4, S. 20*

Zur stationären Aufnahme, zumindest in den sogenannten Regelstationen, gelangen heute fast nur noch Patienten mit den schwierigsten Krankheitsbildern, oft in sozial extrem belasteten Situationen. Dennoch bleibt es unsere unabweisbare Aufgabe, gerade in solchen Zeiten, „Inseln der Gelassenheit“ vorzusehen, wo unser methodisch geleitetes, auf rasche Veränderung zielendes Behandeln versagt.
Hier gilt es – Elmar Spancken hat das eindringlich dargelegt – Entwicklungsräume zu gestalten, in denen auch einmal Umsicht und Langmut den Ton angeben dürfen. Gemeindepsychiatrie entstand, um gerade den schwächsten psychisch kranken Bürgern bessere Hilfsmöglichkeiten zu bieten. Sie ist jedoch nicht die einzige und endgültige Lösung der Frage nach der besten Form der psychiatrischen Versorgung. Konkurrierende Lösungsansätze können durchaus das Spektrum unserer Handlungsmöglichkeiten bereichern, alternative Wege in vertrackten Situationen aufzeigen und gelegentlich Auswege bieten. So bleibt der Schutzraum, den ehemals nur die Großklinik zu gewähren vermochte, weiter unverzichtbar. Gelingt es nicht, ihn ins gemeindliche Umfeld zu übertragen, gerät das gesamte Projekt der Gemeindepsychiatrie in Gefahr zu scheitern.
Ebenso wird der gemeindepsychiatrische Verbund die Spezialisierungsmöglichkeiten ersetzen müssen, die eine Klinik zu bieten vermag.
In diesem Rahmen stellt sich zumindest die Frage, inwieweit nicht einer breit angelegten psychiatrischen Basisversorgung für die Gesamtbevölkerung doch vielleicht der Vorrang gegenüber dem Ausbau der Spezialversorgung für besonders benachteiligte Gruppen – wie etwa chronisch Kranke – eingeräumt werden sollte (W. Rössler).
Veränderte Umstände haben uns bereits gezwungen uns neu zu positionieren. Psychiatrie muss sich heute mehr auf den Ausschnitt des Augenblicks, auf momentane Symptome sowie auf umschriebene Störungen fokussieren. Therapeutische Verfahren wurden pragmatischer und auf eine beschränktere Dauer hin zugeschnitten. Das zieht nach sich, dass wir wieder „medizinischer“ werden mussten. Auf der anderen Seite besteht der Eindruck, dass sich auch die Einstellung vieler Patienten geändert hat. Sie erscheinen heute häufig, wie der Soziologe Zygmunt Bauman einmal meinte, wie „Vagabunden oder Touristen“, die nur kurze und eher oberflächliche Begegnungen suchen und sich dann um Unterstützung an anderer Stelle bemühen.

Als hilfreich im Dschungel der Angebote erweisen sich hier die „evidenzbasierten“ Empfehlungen für psychosoziale Therapien.[6] Sie können für die Planung der Hilfeleistungen ein ausgezeichnetes Instrumentarium bieten.[7] Auch ist es sicherlich ein Gewinn, dass heute Patienten und Angehörige sehr viel mehr als früher in den Planungsprozess (mit)einbezogen sind. Eine Erweiterung dieser Entwicklung stellen die EX-IN-Projekte dar, bei denen Betroffene als „Experten“ und Genesungsbegleiter mancherorts tätig werden. Hier setzt sich ein Beziehungswandel zwischen Helfern und Betroffenen fort, der vom Projekt der „therapeutischen Gemeinschaft“, wie es in der Mönchengladbacher Klinik in den siebziger Jahren realisiert wurde, ausging und sich ab den achtziger Jahren durch die Dienste und Aktivitäten des RehaVereins im Bereich des Wohnens, Arbeitens und ganz allgemein der Lebensgestaltung, weiterentwickelte.
Versucht man ein Fazit aus den Veränderungsprozessen zu ziehen, wie sie sich in den letzten 40 Jahren ergeben haben, so steht außer Frage, dass sich die Angebotsvielfalt insbesondere im ambulanten Bereich sowohl quantitativ wie qualitativ deutlich weiter entwickelt hat. Betroffenen bieten sich heute eine Vielzahl an Möglichkeiten, im kommunalen Umfeld Unterstützung zu erfahren. Als äußerst problematisch erweist sich allerdings die scheinbar unaufhaltsame Ökonomisierung aller psychiatrischer Hilfen, die im neuen Entgeltsystem einen Gipfelpunkt erreicht hat. Die Vorstellung, man könne durch wirtschaftliche Anreize den Faktor Zeit besiegen, macht den Menschen zum Gegenstand und sieht ihn nicht als handelnde Person.
Doch: Wer dem Menschen die Zeit, die Perspektive der Zeit, die er für sich braucht, nicht zugesteht, wird ihm am Ende nicht helfen können.[8]

[6] *Siehe: S. 3-Leitlinien Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN)*
[7] *Siehe: Brieger, P. - Das Soziale in der Psychitrie. Vortrag, DGPPN-Kongress 2012*
[8] *Dazu: Veltin, A. (2013) - Die Anstaltsfamilie, Köln, Psychiatrie Verlag*

Gemeindenahe Psychiatrie ist die Sache aller.

Eckhard Kleinlützum im Gespräch mit Herrn Prof. Günter Buhlmann

Der ehemalige Stadtdirektor und Sozialdezernent von Mönchengladbach, Prof. Günter Buhlmann, hat die Anfänge der Gemeindepsychiatrie in Mönchengladbach sehr stark mitgeprägt. Vor allem seine stets eindeutige Haltung zur kommunalen (Mit)Verantwortung für die Gemeindepsychiatrie war bereits vor über 20 Jahren beispielhaft. Prof. Günter Buhlmann hielt im Jahr 1990 einen vielbeachteten Vortrag auf der DGSP-Tagung, die damals in Mönchengladbach stattfand. Kurze Zeit später beendete er seinen aktiven Dienst.
Im Jahr 1992 fand ein längeres Gespräch mit Eckhard Kleinlützum statt, welches in der Sozialen Psychiatrie, Ausgabe September 1992, veröffentlicht wurde. Die Inhalte dieser Unterredung sind noch heute aktuell. Prof. Buhlmanns Sicht der Dinge kann auch gegenwärtig, nach über 20 Jahren, als wegweisend für eine moderne Psychiatrie betrachtet werden. Deshalb dokumentieren wir die wichtigsten Passagen aus diesem Gespräch in dieser Festschrift.

Soziale Psychiatrie (SP):
Prof. Buhlmann, Sie waren über 25 Jahre Sozialdezernent der Stadt Mönchengladbach und damit haben Sie die gesamte Entwicklung der Rheydter und später Mönchengladbacher Gemeindepsychiatrie begleitet und auch gefördert.
Die Rheinische Landesklinik Rheydt wurde am 15.12.1972 eröffnet und schon vorher gab es auf dem gleichen Gelände eine Tages- und Nachtklinik als Außenstelle des Landeskrankenhauses Viersen-Süchteln. Können Sie sich noch erinnern, wie es damals anfing?

Buhlmann:
Wenn ich zurückdenke, dann ist eigentlich mein erster Eindruck die Einführung von Herrn Dr. Alexander Veltin in dem früheren städtischen Krankenhaus Rheydt, das ja Standort der Landesklinik wurde. Und vor meinem Auge steht dann auch noch im Zusammenhang mit der Einführung von Herrn Veltin die Vorstellung seiner Gedanken, die er dort entwickelte und die schon ganz auf die Gemeindepsychiatrie abhoben. (…)

SP:
Wie hat sich – auch bei Ihnen selber – in der Zeit das Bild des psychisch kranken Menschen geändert?

Buhlmann:
Es hat sich insoweit geändert, als mit den zunehmenden Berührungspunkten auch die Betroffenheit stieg. Dazu kam in meiner Zeit die Erfahrung, dass auf vielen Gebieten, wie z.B. in der Alten- und in der Jugendhilfe, die Arbeit in großen stationären Einrichtungen durch die fachliche Entwicklung von offeneren Formen abgelöst wurde. Das erleichterte die Antwort auf die Frage, ob ähnliches auch für psychisch Kranke richtig sei.
Heute ist es in unserem Raum unumstritten, dass psychisch Erkrankte nicht isoliert gehören. Diese alte Vorstellung ist doch verschwunden. Man weiß, zu der Bürgerschaft vor Ort, zu denen, die hier leben, gehören auch Kranke – und eben auch psychisch Kranke. Ob sich jeder genug darüber im klaren ist, dass die psychische Erkrankungen auch jederzeit in seinem eigenen Erfarungsbereich auftreten können, das ist eine andere Frage. Aber ich glaube, das Bild von der großen Anstalt als dem sicheren Aufbewahrungsort und der Garantie für eine gewisse äußere Ordnung, wie man sie nun einmal geschätzt hat, das ist eigentlich weg. Dass Menschen mit Problemen zu uns gehören und eben auch unser Zusammenleben mitprägen, das setzt sich schon durch. (…)

SP:
Man kann wohl sagen, dass auch der Landschaftsverband Rheinland sich in seiner Art, mit Psychiatrie umzugehen, enorm gewandelt hat. Ursprünglich war er Träger der Landeskrankenhäuser und gleichzeitig als überörtlicher Sozialhilfe-Träger der größte Financier dieser Häuser. Inzwischen hat er vielfältige Angebote im außerstationären Bereich gefördert, mitfinanziert und auch oft initiiert und geplant. Das haben sich vor einigen Jahren viele Fachleute – auch in der DGSP – nicht vorstellen können und auch nicht gewünscht. Man war eher der Auffassung, Gemeindepsychiatrie sollte einhergehen mit kommunaler Finanzierung, Planung und Steuerung der Angebote, insbesondere im außerstationären Bereich.

Buhlmann:
Wenn ich für Tageskliniken – ob im Jugendlichen- oder im Erwachsenenbereich – die Trägerschaft des Landschaftsverbandes befürworte, dann einfach aus dem Zusammenhang mit den Erfahrungen im klinischen Betrieb schlechthin, wegen der Personalfragen, wegen vieler fachlicher Standards, also wegen ganz spezifischer Besonderheiten.
Es gibt eine Fülle anderer Angebote: im Heim- und im Wohnbereich, in Kontaktstellen und Tagestreffs, im Arbeitsbereich und was sich alles nennen ließe, wo man diese Vorgaben so nicht machen muss oder auch anders beurteilen kann.

Und ich glaube, dass die Trägervielfalt, die sich hier gezeigt hat, sich günstig ausgewirkt hat. Sie hat viele inhaltliche Initiativen interessierter Menschen freigesetzt, sie hat zu einem pluralen Angebot geführt, sie hat Wahlmöglichkeiten der Kranken mit geschaffen und gestärkt, und das kann man nur positiv sehen.
Ich zweifle an, ob Kommunen geeignete Träger sind, und zwar deshalb, weil ihnen für den einen Teil, den klinischen Bereich, einfach die entsprechende Erfahrung und das Personal fehlen. Im anderen Bereich, um den es schwergewichtig geht, Tagesstätten, Wohn-, Arbeits- und Freizeitangebote, fehlt ihnen die Flexibilität, die diese Einrichtungen zeigen müssen.
Auch eine Kommune ist Behörde, sie ist zwar wohnortnah, sie ist Selbstverwaltung, sie wird von den Problemen Tag für Tag gestellt und muss sich stellen, aber sie prägt bestimmte Strukturen der öffentlichen Verwaltung mit Kontroll- und Prüfungsmechanismen, die man auch nicht außer Kraft setzen kann, weil die Gleichmäßigkeit der Rechtsanwendung, letztlich auch der Einsatz von Steuermitteln und die Rechenschaftslegung für den letzten Pfennig eine Rolle spielen und natürlich dann auch Schemata mit ausprägen, die das Eigenleben und die Umstellungsgeschwindigkeit, die mit solchen Einrichtungen verbunden sind, hemmen. Zeitverbrauch und Hemmung sind sogar bewusst eingebaute rechtsstaatliche Mittel und nicht etwa von Bürokraten erfundene, aus eigener „Faulheit“ gepflegte Methoden. Aber das darf nicht zu dem Schluss führen, dass sich Kommunen damit sozusagen zurückziehen können und nicht in der Verantwortung stehen.
Denn sie haben nun einmal die rechtliche Verantwortung für Vor- und Nachsorge, und je kleiner stationäre Kerne ausgelegt werden können, je mehr sie entlastet werden können durch Angebote im Umfeld, um so mehr nimmt eben das zu, was man als Vor- oder Nachsorge verstehen kann. Damit wächst auch die kommunale Verantwortung, und zwar aus meiner Sicht nicht nur als freiwillige Aufgabe, sondern – jedenfalls in Nordrhein-Westfalen – schon mit einer gesetzlichen Grundlage. Das PsychKG mag nicht konkret genug sein, und das ist ein Punkt, den man sich in der Gesetzgebung stärker geregelt wünscht. Ich möchte deshalb hier auch ganz klar unterstreichen und betonen: Vor- und Nachsorge sind im PsychKG angesprochen, sie sind gesetzliche Aufgaben der Kommune, sie sind aus meiner Sicht – wenn auch sehr unvollkommen – als Verpflichtungen ausgestaltet, aber sie erlauben es nicht, das, was sie inhaltlich umfassen, einfach als freiwillig abzutun. Das ist im kommunalen Kreis nicht einhellige Meinung. Aber ich glaube, wenn man Vor- und Nachsorge als Teil eines ganzheitlichen Konzeptes sieht, in dem eben auch stationäre Angebote ihre wichtige Rolle spielen, dann bleibt gar nichts anderes übrig, als die rechtliche Verpflichtung zu bejahen. Man könnte noch einen Schritt weitergehen: Wenn diese Vorschriften im Inhalt sehr unbestimmt gehalten, damit ausfüllungsbedürftig und damit interpretationsfähig sind, dann zeigt sich doch auf der anderen Seite fachlicher Standard – und das bestimmt sich ja nicht von Kommune zu Kommune, sondern nach der Entwicklung der Psychiatrie – als eine Grenze, die auch örtlich beachtet werden muss. Ich meine, man könnte jetzt schon daraus ableiten, dass man den Inhalt von Vor- und Nachsorge nicht einfach so nach eigenem Gusto ermitteln oder, wenn von anderen ermittelt, ablehnen kann, sondern dass man aus dem Konzept der gemeindenahen Psychiatrie doch unmittelbar gewinnen kann, was Vor- und Nachsorge ist, und worin dann meine – als Kommune gesprochen – rechtliche Verpflichtung besteht.
Gerade weil das so unvollkommen geschieht, würde man sich wünschen, dass der Gesetzgeber den Mut hat, das, was er selber ja als Pflichtaufgabe nach PsychKG definiert hat, nun auch inhaltlich stärker zu konkretisieren. Dies wäre eine Annäherung an die Erfordernisse des Heute, und es würde klarstellen, dass Gemeindepsychiatrie eben auch Aufgabe der Kommune ist. Wenn nicht eigene Trägerschaft der Kommune, dann vor diesem Hintergrund und daraus abgeleitet doch die Gesamtverantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung, so wie wir das in anderen Bereichen der Sozialarbeit nach BSHG und JWG auch haben – und damit dann auch gleichzeitig die Mitfinanzierung für die Kommunen als Verpflichtung bejaht. Also, Beiträge der Kommunen für den Ausbau eines Netzes durch eine Bedarfsplanung gemeinsam mit den schon tätigen Trägern und die finanzielle Förderung der Träger, die vorhandene Lücken mit Angeboten füllen.

SP:
Das ist eine klare Aussage für eine Mischfinanzierung, wie sie z.B. beim Betreuten Wohnen im Rheinland praktiziert wird!

Buhlmann:
Ja, ich habe die Förderungsrichtlinien des Landschaftsverbandes Rheinland auf diesem Gebiet immer als sehr hilfreich empfunden und halte sie heute sogar für unverzichtbar, weil sie eben alle mit in die Verantwortung hineinnimmt: die Kommunen vor dem eben entwickelten rechtlichen Hintergrund, aber auch den Landschaftsverband selbst, der ja durch eine solche Konzeption in seinen stationären Aufgaben und in den Folgelasten dort entlastet wird.
Das ist eine faire Aufgabenteilung, und ich habe in meinen letzten Monaten im aktiven Dienst mit Bedauern verfolgen müssen, dass ja offenbar auch in den kommunal besetzten Gremien des Landschaftsverbandes eine Diskussion eingesetzt hat, ob man sich solche freiwilligen Ausgaben noch leisten könne oder nicht und ob sie was bewirkten oder nicht.
Ich bedaure das sehr und halte das auch für eine falsche Betrachtungsweise. Man muss erkennen, dass nicht nur die Landschaftsumlage mit ihren jeweiligen Messzahlen die kommunale Belastung wiedergibt, sondern auch der Gedanke des PsychKG sich als kommunale Belastung durchsetzen wird. Denn ob nun früher oder später – das Land wird gar nicht daran vorbeikönnen, der fachlichen Entwicklung in der Psychiatrie zu folgen. Angestoßen durch seine eigene Krankenhausplanung, wird es Wert darauf legen müssen, stationäre Kerne sehr eng anzulegen, Betten abzubauen, alles das aufzugreifen, was an fachlicher Entwicklung zur Entlastung beitragen kann.
Da wird es auf diese Bestimmungen des PsychKG zurückkommen und wird das Ausmaß kommunaler Verpflichtung etwas genauer bestimmen müssen, als das bisher der Fall gewesen ist. Deshalb sollte man sich davor hüten, sich unter finanziellen Gesichtspunkten etwas in die Tasche zu lügen in der Vorstellung, wenn wir da etwas streichen, können wir die Landschaftsumlage entlasten. Die Freude wird nicht von langer Dauer sein, sondern es werden sich ganz andere Lasten im kommunalen Bereich mit zeigen.
Dies gilt selbst dann, wenn eine Novellierung des PsychKG unterbliebe, dann bliebe es auch bei der jetzigen Motivation der Kommunen.
Dann bliebe es bei den überproportionalen stationären Lasten und außerhalb der Pflegesatzrelevanz bei einem weiteren Auftrieb der Umlage. Also insgesamt meine ich, dass der Landschaftsverband mit diesen Richtlinien – wiederum nur als Beispiel gesprochen – eine ganz wesentliche fachliche Kompetenz wahrnimmt. Er ist derjenige, der das größte und umfangreichste Expertenwissen vorhält im Bereich der kommunalen Familie des Rheinlandes.
Und wenn vor diesem Hintergrund der Landschaftsverband den Versuch macht, für eine zeitgemäße Aufgabenerfüllung in seinem Verbandsgebiet einzutreten, dann ist das richtig. Das entspricht nicht nur der fachlichen Verantwortung, sondern es entspricht auch der Verantwortung vor den Betroffenen. Es ermöglicht im Übrigen den kommunalen Gebietskörper schaften erst, für ihr Gebiet entsprechend angepasste Konzepte in angemessener Form zu entwickeln und umzusetzen. (…)

SP:
Sie haben kurz die freien Träger gestreift, wobei wir hier in der Stadt nur wenige Anbieter haben – eine Situation, die sich auch von vielen Regionen unterscheidet, wo manchmal eine Splittung bis in einzelne Teilangebote geht: Ein Träger macht die Kontaktstelle und das Betreute Wohnen, ein zweiter ein Heim und ein dritter den Psychosozialen Dienst, um mal so ein Spektrum zu sehen. Da ist die Frage – das wird ja auch innerhalb der Wohlfahrtsverbände diskutiert – wie plural ambulante bzw. komplementäre Angebote gestaltet werden sollten?

Buhlmann:
Diese Frage gibt Anlass, noch einmal etwas konkreter auf das Verhältnis Kommune – freie Träger einzugehen. Wir sind immer davon ausgegangen, in die Erfüllung öffentlicher Aufgaben möglichst freie Träger einzubeziehen, ja, ihnen viele Tätigkeitsfelder ganz zu überlassen und auf diese Weise den Bedarf in der Stadt zu erfüllen.

„Defizite erzwingen Entscheidungen. Diese Überlegung führt zu dem Anspruch, dass auch freie Träger bereit sein müssen, sich mit der Kommune abzustimmen, weil diese nun einmal die Gesamtverantwortung für ihre Bürgerschaft hat…“

Diese Einstellung halte ich nach wie vor für richtig. Aber dazu gehört natürlich auch, dass sich freie Träger – genau wie die Stadt – an dem jeweiligen Versorgungsbeitrag, an der Lebenslage der Betroffenen, für die sie ja arbeiten, messen lassen. Und da mache ich gar keinen Hehl daraus, dass manches auch sorgenvoll stimmen kann.

Was sich in bürokratischen Strukturen zeigen kann, kann auch bei freien Trägern auftreten: Beharrungsvermögen, vermeintlicher Anspruch auf bestimmte Arbeitsgebiete, ein „Erbhofdenken“. Es wäre schlimm, wenn wir nicht selber immer Korrektive einbauen würden; denn ein solches Erbhofdenken führe zu Erstarrung und wird sehr schnell von der Wirklichkeit eingeholt, weil sich ganz neue Probleme zeigen können, an die niemand gedacht hat, und weil diese neuen Probleme dann nicht aufgegriffen werden. Irgendwann gibt es dann Widerstand in der Bevölkerung – ich spreche jetzt gar nicht von kommunalen Gremien – und die Defizite erzwingen Entscheidungen. Diese Überlegung führt zu dem Anspruch, dass auch freie Träger bereit sein müssen, sich mit der Kommune abzustimmen, weil diese nun einmal die Gesamtverantwortung für ihre Bürgerschaft hat, und sie müssen bereit sein, sich untereinander abzustimmen. Das müssen nicht immer institutionalisierte Prozesse sein, aber es muss die Bereitschaft der Verantwortlichen da sein, miteinander auch Aufgabenverteilung zu diskutieren. Das kann beides Vorteile haben, es kann durchaus Pluralität in einer Einzelaufgabe einen Vorteil haben, weil jede Pluralität die Wahlmöglichkeiten von Menschen erhöht und damit auch Freiheit.
Aber es kann auch Nachteile haben, wenn eine Aufgabe soviel an Fachkenntnissen voraussetzt, dass man das Fachwissen nicht beliebig vermehren kann und im Gegenteil Mangel an ausgebildeten Fachkräften anzutreffen ist, es also darauf ankommt, die spezifischen Fachkenntnisse gezielt einzusetzen. Genau diese Frage stellt sich aus meiner Sicht bei der ambulanten Psychiatriepflege. Ich glaube nicht, dass es ein vielversprechender Weg wäre, sozusagen durch jede Sozialstation auch ambulante Psychiatriepflege anzubieten.

SP:
Die freien Träger haben nun mal das Problem, dass sie auf staatliche Geldmittel in hohem Maße angewiesen sind. Und da sehen wir, dass die Mittel der Kommunen und auch der Landschaftsverbände als Kommunalverbände immer stärker beschnitten werden. Sehen Sie da noch Auswege und Möglichkeiten, dass die Psychiatrie als eines der sozialen Felder, das lange am Rande gestanden hat, nicht wieder ganz an den Rand gedrängt wird?

Buhlmann:
Die Finanzenge öffentlicher Haushalte ist ja im Grunde chronisch…, und man muss eigentlich erkennen, dass die knappe Finanzierung öffentlicher Aufgaben fast selbst ein Prinzip ist. (…)
Vor diesem Hintergrund zeigt sich in der letzten Zeit eine ganz besonders starke Herausforderung durch knappe Haushaltsmittel, und es ist auch nicht zu erkennen, dass sich das über kurz oder lang ändert. (…) Das bedeutet für alle Aufgabengebiete Beschneidung, auch für die gemeindenahe Psychiatrie wie für die gesamte Sozialarbeit, aber natürlich auch für andere, außerhalb von Sozialarbeit.
Das einfachste Mittel ist ja für viele immer die Rasenmähermethode, das prozentuale Wachsenlassen, mit der Konsequenz, dass die Besonderheiten der Aufgaben in der jeweiligen Zeit verlorengehen. Da lässt sich trefflich darüber streiten, ob das richtig ist oder ob das nicht bei einem Spätstarter, wie es die Gemeindepsychiatrie ist, zu unvertretbaren Einbußen führt.
Die Möglichkeiten gegenzusteuern, sind sicher gering. Sie liegen einmal darin, dass Fachverwaltung – auch die kommunale Fachverwaltung – und die freien Träger selbst in der Sache übereinstimmen und ein einheitliches Konzept vertreten müssen. Nur die Zusammenarbeit vermag dann auch politisch zu überzeugen. Wenn dagegen schon aus fachlichen Gesichtspunkten unterschiedliche Wertungen einsetzen, ermöglicht dies jedem Gremium, das sich für ein anderes Aufgabenfeld mit einsetzen muss, sofort diese Unterschiede aufzugreifen und erst einmal in Frage zu stellen, dass fachlich überhaupt etwas stattfinden muss – und wenn ja, was. Das wäre etwas, was sich gemeindenahe Psychiatrie nicht leisten kann.

„Also nicht weit genug kann man die Kreise ziehen, bei denen Betroffenheit ausgelöst werden muss, damit gemeindenahe Psychiatrie immer mehr als eine gemeinsame Sache empfunden wird…“

Also die geschlossene Auffassung, die Übereinstimmung in der Sache, die bis in die zu finanzierenden Details hinein erarbeitet werden muss, ist eine ganz wichtige Voraussetzung, um in einer solchen Zeit zu bestehen.
Dazu gehört dann auch, Folgen sichtbar zu machen, z.B. Folgen aus der unzureichenden Wohnraumsituation für Kosten ganz anderer Art mit springenden Größenordnungen im Zwangsbereich, in der Sozialhilfe meinetwegen oder in den Kliniken.
Das stärker zu untermauern, auch mit Zahlen, mit einleuchtenden Argumenten, gehört dann mit dazu.
Und Gemeindepsychiatrie ist dann – abgesehen von diesem Zusammenspiel der für sie Verantwortlichen – mehr denn je darauf aufgewiesen, dass sie Betroffenheit erzeugt. Das ist ganz, ganz wichtig, nicht nur im Aufgabenkonzert der öffentlichen Verwaltung, sondern überhaupt in allen gesellschaftlichen Prozessen Betroffenheit auszulösen, d.h., in der Bürgerschaft klarzumachen, daß nicht nur die psychisch Kranken unmittelbar mit ihrer mehr oder weniger – für viele vielleicht – kleinen Zahl belastet sind, sondern dahinter die Angehörigen, die Familien, die dort Berufstätigen, die dort mit zur Pflege, die dort mit zu finanziellen Lasten Herangezogenen, die Mitbewohner und Nachbarn oder alle, die für die Folgen mit geradestehen müssen, die Obdachlosigkeit als Übel empfinden.
Also nicht weit genug kann man die Kreise ziehen, in denen Betroffenheit ausgelöst werden muss, damit gemeindenahe Psychiatrie immer mehr als eine gemeinsame Sache empfunden wird, die man einfach nicht aufgeben kann, genauso wenig wie man Fußballspielen aufgeben kann oder will und genauso wenig wie man andere Aktivitäten von Grund auf in Frage stellen kann, sondern immer in einem Stand erhalten muss, der es wenigstens ermöglicht, bei günstigeren Verhältnissen an die Entwicklung anzuschließen, und der uns nicht so weit zurückwirft, dass Strukturen, die da sind, verlorengehen.
Das, was gewachsen ist durch viele Initiativen im Arbeits-, im Wohnungs-, im Freizeitbereich, das muss dableiben, weil bei einem Einbruch, bei dem Wegnehmen einer Säule sofort die nächste Säule auch ins Kippen kommt, und wir damit zu einer Situation kämen, in der wir zum Schluss nur noch – Haushalt hin, Haushalt her, danach fragt dann keiner mehr; Defizit hin, Defizit her, auch das ist dann nicht mehr entscheidend – gesetzliche, bei den Verwaltungsgerichten einklagbare Ansprüche, die viel, viel teurer sind, erfüllen müssten, zu einem fachlichen Standard, der fast kein Standard mehr ist, nach den Anforderungen der jetzigen Zeit. Das wäre eigentlich das Ende der gemeindenahen Psychiatrie.

(Interview wurde ab hier von der Redaktion gekürzt.)

SP:
Meine letzte Frage ist, wie Sie weiter an der Gemeindepsychiatrie teilhaben werden?

Buhlmann:
Ich möchte zum Schluss gerne sagen, dass die Berührungspunkte mit der Psychiatrie und die Begegnungen mit den in ihr Tätigen, den Betroffenen und ihren Angehörigen zu der schönen Zeit meines Berufslebens gehören, und es war eine menschliche und fachliche Bereicherung. Ich werde die Entwicklung weiter verfolgen und gerne mit meinen verbliebenen Möglichkeiten dazu beitragen, dass Gemeindepsychiatrie sich durchsetzt – etwa als Vorsitzender des Kuratoriums deutsche Altershilfe oder einfach im Gespräch vor Ort.

SP:
Ich danke Ihnen sehr herzlich für dieses Gespräch.

Roland Beckers
langjähriger SPZ-Sprecher und Vertreter der Psychiatrieerfahrenen in der PSAG

Von meiner Couch zurück ins Leben – eine etwas längere Geschichte

Meine 20 Jahre mit dem jetzt 40-jährigen RehaVerein

Ich träume nachts vom weißen Blatt, welches beschrieben werden soll. Die Beschreibung meiner 20 jährigen Beziehung zum und mit dem RehaVerein. Und da vor allem mit dem Café 37 (SPZ RY). Nur noch 3 Tage Zeit bis zum Abgabetermin und ich bin so voll von Ereignissen und Erlebnissen, dass es droht, mich zu überschwemmen. Doch versuchen will ich´s, denn diese uralte Versagensangst in mir, sie soll mich nicht besiegen. Also los:

Der RehaVerein, dass Café 37, liegt mir im und am Herzen. Auch deshalb kann ich´s nicht kurz machen.

Nach langem Tagesklinikaufenthalt bin ich im Jahr 1993 entlassen worden und da kommt die Couch ins Spiel. Meine alte Couch wurde für mich zum Rückzugsort vor dem mir angstmachenden Leben draußen. Meine Gedanken wanderten oft in eine schwarze Leere und ich hatte viele Selbsttötungsphantasien, weil ich nicht wusste, wie es mit mir weiter gehen sollte. Ein Tipp eines guten Bekannten brachte mich dazu, meine Couch zu verlassen. Er sprach das Wort Café 37 aus und bat dringend, mich dort vorzustellen. Für mein Gehirn und meine Seele war das schon eine Entlastung, denn ich konnte mich aus dem Irrgarten meiner Gedanken und Gefühle etwas befreien. Das tat mir und meiner Familie gut. Das Vorstellungsgespräch mit der Chefin war so erfolgreich, dass ich schon wenig später in der Küche des Café 37 stand und mir eine weiße mit Schokosprenkeln versehene Schürze umbinden konnte. Bald wusste ich, wo diese Schokospritzer herkamen. Vom couvertieren der Nussecken. Wie viele dieser so leckeren und begehrten „Teilchen“ ich gebacken, couvertiert und gegessen habe, da bin ich überfragt. Ich war im Schlaraffenland angekommen. Ich durfte auch kochen und am Tresen die Gäste des Cafés bedienen.

Die überwiegend netten KollegInnen und die Chefin des Café 37 halfen mir sehr dabei, meine Ängste und meine Scheu zu überwinden. Mit dieser Chefin hatte ich so viele gute Gespräche und ihre Kombination aus Wissen und Mitgefühl machte so Vieles möglich, dass ich jetzt hier in der Morgenhitze des 19. Juli 2013 sitzen kann und aus einem großen und mit vielen Erlebnissen gefüllten Fundus berichten kann.
Aus den für mich Fremden wurden mit der Zeit gute Bekannte oder sogar FreundInnen. Die teils liebenswerten, teils mir Angst machenden „Macken“ dieser Menschen – auch sie erweiterten meinen Horizont. Ich konnte meine „Macken“ näher kennen und verstehen lernen, was dann auch mein Verständnis zu den Mitmenschen im Café 37 erhöhte.
Nach einiger Zeit durfte ich einen 18-monatigen Lehrgang im BTZ Köln (Berufs-Trainings-Zentrum) besuchen. Dort konnte ich mich ebenfalls seelisch, körperlich und fachlich weiter entwickeln. Auch und gerade auf Grund der positiven Erfahrungen im Café 37. Kurz danach kam der nächste Paukenschlag. Ich durfte im Bioladen arbeiten. Das war ein neues Projekt des RehaVereins: IDA (Integration durch Arbeit). Hier konnte ich KundInnen beraten und ihnen die guten Dinge verkaufen, wo auch ich voll hinterstand. Nach 3 Jahren machte sich bei mir zunehmend ein mir seit meiner Kindheit bekanntes Gefühl des Ausgebrannt-Seins bemerkbar. Die Folge war, dass ich auf Anraten meiner Chefin die Frührente beantragte. Auch bei diesem für mich sehr einschneidenden Schritt erfuhr ich die volle Unterstützung der Leiterin des Café 37 und durch andere Hilfskräfte des RehaVereins.
Seit nunmehr 12 Jahren der Berentung habe ich mit viel weniger Ängsten und Druck zu kämpfen. Jetzt, mit 62 Jahren, geht es mir trotz meiner (Über)-lebensängste um einiges besser, als in den ersten Jahrzehnten meines Lebens – auch Dank des RehaVereins und des Café 37.
Auch, wenn ich schon so viel ge- und beschrieben habe.
Da fehlt noch einiges Wesentliche. Das muss noch raus.

Die gemischte Gesprächsgruppe des Café 37, wo es neben intensiven Therapiegesprächen, die auch an mein „Eingemachtes“ gingen, auch schon mal eine Kopfmassage – keine Kopfwäsche – oder sogar eine Ganzkörpermassage gab. Oder wo wir unsere Stimmungen und Wünsche in Bildern ausdrücken konnten. Auch hierfür bin ich der Leiterin und den Mitglieder/-innen der Gruppe ewig dankbar.

Ab 2008 stellte ich in einer neu gegründeten Männergruppe fest, dass es auch für mich in einer reinen Männergesprächsgruppe bei manchen Themen etwas einfacher war, mich zu öffnen, z.B. beim Thema Sexualität. Auch hier bin ich heilfroh, dank des RehaVereins, die Erfahrung dieser Gespräche immer noch genießen und ausbauen zu können. Ich finde es sehr gut und wichtig, dass der RehaVerein die Gesprächsgruppen im Laufe der Jahre auch auf andere, zum Teil immer noch tabubehaftete Themen erweitert hat. Hier möchte ich auf den Monatskalender hinweisen, in dem möglichst viele der regelmäßig durchgeführten kleineren und größeren Veranstaltungen in Rheydt und Mönchengladbach aufgeführt werden. Es gibt ihn im Wand und Taschenformat. Bitte lesen – es lohnt sich!
Da war doch noch was – ja, im November 2007 stand der Umzug von der Brucknerallee 37 zur Dahlener Straße 116 an. Ein Einschnitt. Auch für mich. Die Beschauliche Brucknerallee mit der lauten und hektischeren Dahlener Straße zu tauschen. Nicht einfach – bis heute.

Das Leben ist eine Baustelle.
Das Betreute Wohnen nimmt immer mehr Platz ein und es müssen immer wieder neue Büroräume für immer wieder neue Mitarbeiter/-innen eingerichtet werden. Vertraute Personen wechseln und es herrscht ein reges Treiben, in der Küche, auf dem gepflasterten Eingangsbereich, in den Fluren. Die Namensschilder sind da eine kleine Hilfe, damit nicht alle nur mit „Hallo“ gegrüßt werden.

Ein relativ neuer Bereich des RehaVereins ist das Betreute Wohnen Plus (genannt BeWo Plus). Diese Wohnmöglichkeit mit mehr Betreuung für chronisch psychisch kranke Menschen findet auch auf dem gleichen Gelände wie das Café 37 statt.

Was nicht unerwähnt bleiben darf, ist die sportliche Betätigung im RehaVerein. Das monatliche Kegeln ist eine alte Einrichtung, die sich trotz kleinerer Flauten immer wieder bewährt hat. Das viele Lachen und die ironischen Zwischenrufe sind dabei genau so wichtig wie das Kegeln selbst. Die Gutscheine für die Besten des Tages und auch einen für den Pudelkönig/-königin haben einen hohen Stellenwert und sind noch etwas ausbaufähig.

Ja, und erst die Tischtennisplatte im Keller des Café 37. Hier Nebeneffekt für uns Gäste, da wir ja manchmal ganz schön gebeutelt sind vom Leben und an einigen kulturellen Veranstaltungen nicht so teilnehmen können, weil das Geld fehlt. Da kann selbst ein so einfacher Gutschein für ein Stück Kuchen oder ein Getränk etwas beruhigen.

Die Jogginggruppe tut mir in mehrerlei Hinsicht gut. Für´s Herz (es wird auch über Herzensangelegenheiten gesprochen). Die Natur (wir laufen durch den nahe gelegenen Schmölderpark). Durch beides werden alle Sinne angesprochen. Der schönste „Ausflug“ war für mich durch Schnee und Sonnenschein.
Das war Genuss pur und der Kopf wurde richtig durchgepustet.

Die Spiele im Café 37 müssten auch mal wieder gespielt werden, z.B. Activity, Spiel des Wissens oder Stadt, Land, Fluss, wer macht mit?

Die kleineren und größeren Fahrten machen auch einen guten Teil des RehaVereins aus. Da waren wir in einer Messer- und Scherenschleiferei und konnten beim Schmieden zuschauen. Wir besuchten eine Weberei und konnten erahnen, wie schwer und belastend diese Arbeit war. Ein anderes SPZ in Dormagen haben wir besucht, Dampfloks in Bochum – Dahlhausen. Die Auto-Oldiewerkstatt in Düsseldorf – Wersten war auch ein Höhepunkt. Diese und noch andere Fahrten sind mir unvergesslich geblieben. Auch hier wurden und werden alle Sinne angesprochen. Wir Gäste und die MitarbeiterInnen des RehaVereins suchen immer wieder neue interessante Ziele aus, die wir besuchen können.
Nicht unerwähnt bleiben darf, dass wir zwei oder dreimal im Jahr das Theater in Mönchengladbach-Rheydt besuchen können. Was auch für unseren schmalen Geldbeutel dank des Gruppenrabattes möglich ist. Auch hier ermöglicht es der RehaVerein besondere Erlebnisse mit nach Hause zu nehmen.
Die Gesprächsrunde mit Pastor Schicks aus der Pongser Gemeinde findet auch meist regen Anklang und wir haben einiges von einander lernen können, trotz unterschiedlichster Auffassungen. Auch hier ist jede und jeder willkommen, egal an was er glaubt oder an was er nicht glaubt.

Meine Zeit als SPZ-Sprecher hat mich auch geprägt. Da gab es manches zu klären, zu erklären, zu erfragen, zu erbitten. Einiges hätte ich ohne dieses „Amt“ sonst sicher nicht erfahren. Im Rahmen der PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) konnte ich viele Institutionen kennenlernen. Zum Beispiel die Forensik in Süchteln. Ich bin auch immer besser in der Lage mit „hohen Tieren“ zu sprechen und ihnen auch kritische Fragen zu stellen.
Die Vollversammlungen an jedem ersten Donnerstag im Monat (in Rheydt) wären ein eigenes längeres Kapitel wert. Die Besucher/-innenzahl ist sehr schwankend, doch einige eher skeptische „Geister“ sagten nach einem Besuch: „jetzt komme ich doch öfter“. Sie sahen und hörten, dass die Teilnahme an dieser Runde etwas oder sogar viel bringt – nämlich: Erkenntnisse, Neuigkeiten, gute Diskussionen, Kaffee und Kuchen. Hier ist unsere Meinung gefragt und erwünscht, auch Kritik in jede Richtung. Hohe Beteiligung erhöht die Chancen der zügigen Umsetzung von unseren Anliegen! Gerade hier gilt es immer wieder auf´s Neue, das Vertrauen der Menschen in den RehaVerein zu rechtfertigen, indem genannte Termine eingehalten, Informationen zügig weitergeleitet und besprochene Veränderungen und Projekte nicht auf die „lange Bank“ geschoben werden. Ein ganz zentrales Anliegen von uns allen. Wer gerne in zwangloser Runde singt, auch wenn sie/er meint, die Stimme „gebe nichts her“, kann jeden Donnerstag von 16 bis 17 Uhr im Musikraum der Rheinischen Landesklinik mitsingen. Das tut mir und meiner Frau sehr gut.
Das Beste kommt zum Schluss. Meine Frau habe ich auch im Café 37 kennen gelernt. Vor 8 Jahren. Vor fast 3 Jahren haben wir geheiratet und es gab uns zu Ehren eine schöne Feier, mit Kaffee, Kuchen und Geschenk.
Liebes Café 37 und lieber RehaVerein: danke dafür. Wir sind glücklich und besuchen das Café 37 regelmäßig gemeinsam oder einzeln. Hauptsächlich der Menschen wegen, die wir ins Herz geschlossen haben und die uns ins Herz geschlossen haben.

Das Sprachrohr.
Etwas Besonderes. Im Jahr 1990 als Stationszeitschrift der Klinik gegründet. Jetzt auch schon 23 Jahre „im Dienst“. Seit ca. 2002 bin ich mit dabei und es gibt mir viel. 14 tägig treffen wir uns in der Redaktion, die von zwei Mitarbeitern des RehaVereins begleitet wird. Die Themenvielfalt ist groß und das „Heft“ wird professioneller. Interviews, gemalte Bilder, Berichte aus der „Tiefsee“ unserer Seelen, humorvolles, politisches, Frauenrechte, Sport, Tierwelt. Bei uns hat alles seinen Platz – wenn es nicht ausgrenzend, beleidigend oder bloßstellend ist. Wir freuen uns immer über interessante Beiträge und jede und jeder die mitmachen möchten, ist willkommen.
Bald erscheint auch die lange angekündigte Jubiläumsausgabe des Sprachrohrs.

Meine Wünsche für die Zukunft an Dich, lieber RehaVerein:
- suche wieder verstärkt das Gespräch mit uns.
- Sorge dafür, dass Projekte (neuer Boden, Akustikverbesserung, Pflaster im Hof) zügig umgesetzt werden.
- Höre auch auf die kritischen Stimmen und deren berechtigte Anliegen und Anregungen.

Ich bin gespannt und freue mich auf die nächsten hoffentlich guten Jahre im Café 37 des RehaVereins.

Wenn ich etwas Wichtiges vergessen haben sollte, dann ohne Absicht.

Christine Ewald
1. Vorsitzende
Verein für Angehörige von psychisch Kranken e.V.

Verein für Angehörige von psychisch Kranken feiert sein dreißigjähriges Bestehen

1983 war das Jahr, als der Stern die vermeintlichen Hitler-Tagebücher veröffentlichte, es war das Jahr als Franz-Josef Strauß der DDR einen Milliardenkredit vermittelte und Udo Lindenberg im Berliner Palast der Republik den „Sonderzug nach Pankow“ rollen ließ. In Amerika kam das erste, 800g schwere, Mobiltelefon auf den Markt, und für Fußballfans: Der 1.FC Köln holte den DFB-Pokal und es war das Geburtsjahr von Philip Lahm.

Und genau in diesem Jahr wurde auch der Angehörigenverein geboren und am 30. September wird er 30 Jahre alt.

Damals war Heinz Schaefers der 1. Vorsitzende. Er war ein sehr engagierter Angehörigen-Vertreter, der sich auf allen Veranstaltungen im psychosozialen Bereich vehement eingebracht hat und die Wünsche der Angehörigenvertretung vertrat. Es war auch Herr Schaefers, der maßgeblich daran beteiligt war, dass zusätzlich zu dem bereits in Rheydt vorhandenen Sozialpsychiatrischen Zentrum 1988 das SPZ in Mönchengladbach in der Steinmetzstraße entstand und eröffnet wurde. Und hier wieder was für Fußballfans: 1988 ist auch das Geburtsjahr von Benedikt Höwedes und Fatmire „Lira“ Bajramaj.

1991, in dem Jahr als der zweite Golfkrieg stattfand und der Zwei-plus-Vier-Vertrag zur Wiedervereinigung Deutschlands unter Zustimmung der Siegermächte des Zweiten Weltkrieges ratifiziert wurde, verstarb Heinz Schaefers leider im Alter von 67 Jahren und Elisabeth Willemsen wurde zur neuen Vereins-Vorsitzenden gewählt. Sie bekleidete das Amt 17 Jahre lang bis 2008. In dem Jahr, in dem Barak Obama der 44. Präsident der Vereinigten Staaten wurde, gab es auch im Angehörigenverein einen erneuten Wechsel im Vorstand. Seit dieser Zeit ist Christine Ewald die Vorsitzende. Elisabeth Willemsen ist dem Verein immer noch als aktives Mitglied treu verbunden und steht dem jetzigen Vorstand weiter mit Rat und Tat zur Seite.
Genau wie sich die Mobiltelefone verändert haben, zum Beispiel ihr Gewicht doch gewaltig verringern konnten, haben sich natürlich auch in den 30 Jahren Vereinsgeschichte Änderungen und Entwicklungen ergeben.

Angehörigengruppen an Kliniken gab es seit etwa 1970. Es war aber alles noch sehr kümmerlich und nicht richtig etabliert, was da so lief.

1982 erschien das Buch: Freispruch der Familie von Klaus Dörner u.a. Dadurch erhielt die Angehörigenbewegung Schwung und entscheidende Impulse. Und so wurden aus den „Ungehörigen“ (Asmus Finzen) die Angehörigenverbände und die Selbsthilfegruppen vor Ort, die heute durchaus Gehör finden und eingebunden werden in die verschiedenen Prozesse innerhalb der psychiatrischen Landschaft.
1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet und inzwischen haben sich auch viele Landesverbände etabliert, unser Verband in NRW hat seinen Sitz in Münster.

Ziel und Forderung an die Psychiatrie ist heute, dass sie sich primär für alle an einem psychiatrischen Problem Beteiligten zuständig fühlt. Die Märtyrerhaltung der Angehörigen tritt mehr und mehr zurück, und das ist gut so.

Der Angehörigenverein ist in der psychosozialen Landschaft von Mönchengladbach gut vernetzt. Außer im Bundes- und Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker sind wir Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV), wir arbeiten weiterhin in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Stadt mit und sind aktiv am Psychose-Seminar beteiligt, das trialogisch arbeitet: Betroffene, Angehörige und professionell Tätige kommen miteinander ins Gespräch, begegnen sich auf Augenhöhe und lernen voneinander.

Seit 2010 hat der Verein ein eigenes Logo und bereits 2007 sind wir im Internet angekommen und versuchen so, die Menschen mit unserer Arbeit noch besser und effektiver bekannt zu machen.

Die Selbsthilfekontaktstelle im DPWV vermittelt uns Interessenten, und wo immer möglich versuchen wir, dem Stigma psychischer Krankheiten etwas entgegen zu setzen und für positive Öffentlichkeit zu sorgen.

Bei unseren Gruppentreffen, die jetzt im SPZ in Eicken auf der Thüringer Straße 12 stattfinden, in dem Stadtteil, in dem früher die Borussia zu Hause war, bringen wir unsere gemeinsame Betroffenheit ein und stehen uns mit Rat und Tat zur Seite und helfen uns so gegenseitig, unsere zum Teil doch recht schwierigen Lebenssituationen zu meistern.

Und so, wie die Welt sich immer wieder auf neue Ereignisse einstellen muss und Veränderungen den Lauf der Welt bestimmen, wird sich auch die Arbeit des Angehörigenvereins immer mit entwickeln, und wer weiß, vielleicht gelingt es uns in naher Zukunft, dass psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit positiver dargestellt werden und die Menschen mit diesen Störungen anders wahrgenommen werden und nicht nur das Stigma (im Sinne von Makel) an ihnen haftet sondern auch die positiven Besonderheiten berücksichtigt werden.
Wir arbeiten dran.

Dr. Anton Schlösser
Dr. Ralf Seidel
Dr. Elmar Spancken

Alexander Veltin (1921 – 2013)

Als Karl Jaspers 1945 den Zustand der Psychiatrie zu beschreiben hatte, sah er sich zwei durchaus unterschiedlichen Psychiatertypen gegenübergestellt. Da waren einmal die Anstaltsärzte, die mit einer „gewissen, manchmal sentimental wirkenden Menschlichkeit, aber auch robusten Tüchtigkeit“ ihre mühevolle Aufgabe erledigten, sowie die Universitätspsychiater andererseits, „die nicht mehr das Leben mit ihrem Kranken teilten“, sich in „endlose Messungen, Zählungen“ ergingen, dabei das „Bildhafte und Gestaltete“ aus dem Auge verloren und dennoch durch ihr Forschen eine entschiedene Bereicherung für die Psychiatrie darstellten. Erst die Verbindung beider jedoch könne „ein tiefer in die seelischen Zusammenhänge des Kranken eindringendes, nacherlebendes Einfühlen entwickeln“.[1]

Dem Psychiater Alexander Veltin ist es wie wenigen gelungen, diese Verbindung in seiner vor allem praktischen, wie jedoch auch wissenschaftlichen Arbeit herzustellen.

Veltin stammte aus Rheine in Westfalen. Sein Vater, der ein Textilgeschäft führte, war früh verstorben. So musste er schon in jungen Jahren als Ältester Verantwortung übernehmen.
Das klang später immer wieder deutlich in ihm nach. Wenn wir etwa über Begutachtungen bei Ladendiebstählen vorschnell Partei für die zu begutachtenden Delinquenten ergriffen, führte er uns die andere Seite, die des Bestohlenen, vor Augen. Und auch das Westfälische ließ sich, obwohl Veltin zur Karnevalszeit stets seinen im Rheinland gebotenen Pflichten nachkam, nie verleugnen. Aller Prunk, jede Art sich selbst in den Mittelpunkt zu stellen, war ihm vollkommen fremd. Was seine eigene Leistung anbelangte, stellte er sein Licht stets – gelegentlich auch zum Missmut seiner Mitarbeiter – unter den Scheffel. Betrachtet man das, was wir heute Reformpsychiatrie nennen, so taucht Veltins Namen viel zu selten auf. Er hat nicht in erster Linie geschrieben, sondern er hat gehandelt. Da fällt man weniger auf.

Psychiater war nicht Veltins erstes Berufsziel. Er wollte Internist werden. Sein naturwissenschaftliches Rüstzeug erwarb er sich am Institut für Physiologische Chemie in Bonn. Schließlich ging er, weil es hier noch am ehesten in der Nachkriegszeit möglich war eine bezahlte Assistentenstelle zu erlangen, in die Psychiatrie – und fand Gefallen an diesem Fach. Hier mag seine, durch seine christliche Grundeinstellung geprägte humanistische Haltung eine wesentliche Rolle gespielt haben. In der Psychiatrie gab es etwas zu verändern, hier konnte man den Menschen nahe sein. In seiner Zeit an der Tübinger Universitätsklinik (1952 – 1961) unter Ernst Kretschmer machte er seinen Facharzt. Und hier lernte er vor allem, beim Diktat, seine Frau Gertrud kennen.

Sie meinte später einmal, dass er beim Diktieren zwar nicht unbedingt der Schnellste gewesen sei, aber das man, wenn man seinen Text gelesen habe, dann auch – im Gegensatz zu manchem anderen – verstanden hätte was gemeint sei.
In Tübingen war Veltin zugleich mit Heinz Häfner als Stationsarzt eingesetzt. Häufig habe er dabei für Häfner die Alltagsarbeit, etwa die EKTs übernehmen müssen, weil dieser – doch dies sei auch durchaus wichtig gewesen – irgendwo Vorträge gehalten, oder Wissenschaftliches verfasst habe. Eine Situation, die sich in späteren Jahren wiederholen sollte: während in Mönchengladbach-Rheydt in den siebziger Jahren Gemeindepsychiatrie an Ort und Stelle praktiziert wurde, hat man in Mannheim, neben Hannover, erste sozialpsychiatrische Publikationen verfasst.
Später folgte Veltin W. Th. Winkler nach Gütersloh, wo er bis 1972 blieb. Er war dort überrascht, wie viel wohlgestalteter in diesem Landeskrankenhaus die räumlichen Bedingungen für die Patienten waren und wie viel den Menschen zugewandter sich die Haltung eines großen Teils des Pflegepersonals ihm dort offenbarte.

Dies habe vollkommen dem Bild widersprochen, dass man sich an den Universitätskliniken von den ländlichen Versorgungs einrichtungen, auf die man doch eher herabschaute, gemacht hatte. Dennoch gab es auch hier viel zu tun und es war Veltin vor allem, der hier die Versorgung mit anderen, wie Helmut Krüger und Volker Zumpe voran trieb. Das Wohnen und Leben im Bereich der Anstalt hatte, wie sich in seiner letzten Veröffentlichung „Die Anstaltsfamilie“ zeigt, prägende Spuren im Leben der Veltins hinterlassen. Dennoch verließ er seine Position als stellvertretender Direktor und nahm 1972 die ihm von Caspar Kulenkampff, dem Vorsitzenden der Enquetekommission und Dezernenten des Landschaftsverbands Rheinland angebotene Stellung, als Direktor der neu gegründeten Landesklinik Mönchengladbach-Rheydt an.

Hier sollte zum ersten Mal in der Bundesrepublik eine kleine Klinik mitten in der Stadt die volle Pflichtversorgung ihrer Bürger übernehmen. Und Veltin ist es gelungen, obwohl keiner der benachbarten Klinikchefs – außer Köster in Düren – das unbedingt erhoffte, das Experiment erfolgreich umzusetzen. Alexander Veltin war hier ein Chef, der stets erreichbar war, von dem man wusste, dass man sich auf ihn verlassen kann. Und der dennoch seinen Mitarbeitern, hatten sie einmal sein Vertrauen gewonnen, größtmögliche Freiheiten ließ. Und dies in politisch durchaus komplizierten Zeiten.

So war er es, der überzeugte Katholik, der die Herausgeber einer linken Mitarbeiterzeitung gegenüber dem Träger vehement in Schutz nahm und für alle ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Kollegen eintrat, wenn er von ihnen wusste, dass sie sich in der Arbeit mit den Patienten wirksam engagierten. Schon in den frühen siebziger Jahren gründete Veltin Patientenclubs und Gruppen für Angehörige. Überhaupt stand die Gruppenarbeit für ihn im Vordergrund. Das führte er auch auf die ärmliche Situation in der Nachkriegszeit zurück, die dazu zwang, gemeinschaftliche, solidarische Handlungswege zu beschreiten. So wurden für ihn auch die Ambulanz und die Tagesklinik mehr und mehr zu einem Mittelpunkt der kommunalen Pflichtversorgung.

Mönchengladbach-Rheydt war in den siebziger Jahren zum bundesweiten Vorbild für eine entwickelte sozialpsychiatrische Versorgung geworden – gerade auch der Langzeitpatienten, die zuvor kaum wahrgenommen worden waren und denen man in Universitätskliniken wenig Beachtung schenkte. Veltin vertrat, trotz seinem beharrlichen Eintreten für eine offene, gemeindeorientierte Psychiatrie, keine ideologisch besetzten Positionen. Er verknüpfte in der Praxis Traditionelles, wie die EKT-Behandlung, mit mutig Fortschrittlichem, wie das Konzept der Gruppentherapien und der offenen Türen. Veltins „Idee“ einer psychiatrischen Klinik zielte auf die Institution als eines lernenden, sich selbst und die Bedürfnisse der Patienten reflektierenden Organismus. Ein System von regelmäßig supervidierten Konferenzen bis hin zum „Großen Team“, band alle Mitarbeiter, vom Koch bis zum Chefarzt, in Entscheidungs- und Problemlösungsprozesse ein. Dies führte zu einem hohen Maß an eigenverantwortlichem Handeln und zur starken Identifizierung aller mit „ihrer Klinik“. Dieses Verständnis von Klinikkultur war nicht nur den allgemeinen emanzipatorischen Tendenzen geschuldet, wie sie in den siebziger Jahren generell verbreitet waren. Liest man in Veltins letztem Werk, so erkennt man einen Bogen, der von der humanen, „ursozialpsychiatrischen“ Intention der „Anstaltsfamilie“ zum „Mönchengladbacher Modell“ einer modernen Gemeindepsychiatrie führt: ein entscheidendes Wirkmoment der Heilung psychisch Kranker ist mehr noch als eine bestimmte Behandlungsmethode das Milieu als Ganzes mit seiner Beziehungs- und Kommunikationsstruktur. Nach seiner Pensionierung 1983 war Veltin zunächst noch Vorsitzender der bundesdeutschen Expertenkommission für die psychiatrische Versorgung. Eine Position, die er dann, aus Gesundheitsgründen, an Caspar Kulenkampff abgeben musste. Nach Tübingen zurückgekehrt, lebte er mit seiner Frau in einem bescheidenen, freundlichen Haus und schrieb, neben anderem, fachspezifische und essayistische Betrachtungen, zunächst für die Zeitschrift Psychiatrische Praxis, deren Mitbegründer er war.

Er genoss die Möglichkeit wieder viel zu lesen, Musil etwa oder Wilhelm Raabe und verfasste schließlich das kleine aber doch auf besondere Weise für unser psychiatrisches Tun anschauliche und zum Nachdenken anregende Buch „Die Anstaltsfamilie“. Darin kehrt Veltin zu den unverzichtbaren humanitären Grundlagen unseres Faches zurück. Gleichzeitig macht er deutlich, dass die Psychiatrie in ihrem Denken und Tun stets für Veränderungen und Alternativen offen bleiben muss. So meinte er einmal, als er eine Tagung in einem Zelt zu moderieren hatte: „Ein Zelt ist eine Behausung für die, die sich auf der Wanderschaft befinden. Ich denke, dass das Bild des Zeltes am ehesten den Erfordernissen entspricht, flexibel auf die Bedürfnisse der Betroffenen für ihren Lebensweg zu reagieren, und dass es darum geht Zelte zu bauen in einer nach Sesshaftigkeit strebenden Zeit. Sie gewähren Schutz, lassen sich aber gleichzeitig öffnen. Sie sind variabel, an allen Orten zu errichten, zugleich dauerhaft und doch nicht für die Ewigkeit bestimmt. Die Psychiatrie hat sich eigentlich immer dann auf Irrwegen befunden, wenn sie sich in festen Häusern etablierte, die bestenfalls im Augenblick der Planung den Bedürfnissen der zukünftigen Bewohner gerecht wurden. Aber schon wenn sie standen, genügten sie den Ansprüchen nicht mehr.“

Alexander Veltin starb am 26. Februar 2013 in Tübingen.

Er wird uns fehlen als einstiger Lehrer, wie als väterlicher Freund.

[1] *Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie, 8. Auflage, S. 706*

Mechthild Kappetein erzählt, wie der RehaVerein entstand

Ein Gespräch im Sommergarten
aufgezeichnet von Dieter Schax am 31.07.2013

Die Zeit drängt. Die Vorbereitungen für die Jubiläumsveranstaltung am 13.09. wollen abgeschlossen, die Einladungen müssen bald verschickt werden. Die Festschrift soll auch bis dahin fertig sein. Aber dennoch: Heute lasse ich mich nicht hetzen.

Es ist Freitag und ich bin mit Mechthild Kappetein verabredet. Wir kennen uns noch gar nicht, haben bisher lediglich miteinander telefoniert und uns für heute um 10 Uhr verabredet. Die Idee hierzu hatte Ralf Seidel. Als wir uns vor einigen Wochen trafen und über das Gründungsprotokoll redeten, erzählte er mir von Frl. Neuhöfer, die am 18.06.1973 das Protokoll der Gründungsversammlung verfasst hatte und in der Versammlung zur 2. Vorsitzenden gewählt wurde.
Frl. Neuhöfer heiße heute Frau Kappetein, wohne in Aachen und er habe immer noch regelmäßig Kontakt zu ihr. Sie wäre auch sicher zur Beerdigung von Herrn Dr. Veltin gekommen, wenn sie sich nicht kurz vorher den Fuß gebrochen hätte, erzählte Herr Seidel und so wurde ich neugierig, Mechthild Kappetein kennenzulernen. Gleichzeitig wuchs die Idee, mit ihr über die Entstehung des RehaVereins zu sprechen und darüber in der Festschrift zu berichten.

Also fahre ich an einem sonnigen und bereits sehr warmen Freitagvormittag nach Kornelimünster und habe alle Zeit der Welt. Ich möchte mich nicht unter Zeitdruck mit Frau Kappetein unterhalten, werde heute auch nicht mehr ins Büro fahren, sondern mich anschließend zuhause an den PC setzen und meine Eindrücke ganz frisch dokumentieren. Und dann ist Wochenende.

Als ich ankomme, ist Mechthild Kappetein bereits im Garten. Ich werde erst einmal zum Brötchenholen geschickt, sie bereitet unterdessen das Frühstück vor und deckt den Gartentisch, der unter einem großen Sonnenschirm steht. Sonst würden wir es im Garten wohl gar nicht aushalten können.
Beim Frühstück „wärmen“ wir uns schnell auf, erzählen allerlei über das malerische Kornelimünster, die schöne Eifel, die fantastischen Ausblicke an klaren Tagen, aber auch, dass es dort schwierig ist, Rad zu fahren. Da braucht man schon gute Kondition oder noch besser: ein E-Bike.
Mechthild Kappetein ist Soziologin. Ich hatte immer gedacht, sie sei als Sozialarbeiterin der Landesklinik Rheydt angestellt gewesen. Aber weit gefehlt. Sie ist Jahrgang 1947 und stammt aus Duisburg, studiert hat sie in Münster. In Gütersloh, wo sie ehrenamtlich während des Studiums auf einer offenen Station im dortigen Landeskrankenhaus (LKH) arbeitete, lernte sie Dr. Alexander Veltin kennen und mit ihm gleichzeitig auch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft.
Nach ihrer Diplomarbeit zum Thema „Psychiatrische Anstalt und Resozialisierung“ machte sie 1971 ihr Examen und arbeitete bereits 1972 für die Psychiatrie-Enquete als wissenschaftliche Assistentin. Hier kam es zur nächsten Begegnung mit Alexander Veltin. „Ich habe damals an den Sitzungen aller Kommissionen teilgenommen, bekam einen hervorragenden Einblick und knüpfte viele Kontakte. Irgendwann sagte Dr. Veltin zu mir: „Wenn Sie mal keine Lust mehr auf diese Arbeit haben und etwas anderes suchen, rufen Sie mich an, ich suche noch eine Soziologin“. An der Art, in der Mechthild Kappetein mir dieses erzählt, wird deutlich: Hier sind zwei Menschen aufeinander getroffen, die beruflich – und ich vermute wohl auch menschlich – auf einer Wellenlinie sendeten. Damals war sie gerade einmal 25 Jahre alt!

Alexander Veltin wurde zum 01.10.1972 vom Landschaftsverband Rheinland zum Direktor der neuen Landesklinik Rheydt ernannt und der Anruf von Frl. Neuhöfer ließ nicht lange auf sich warten. So kam es, dass sie als erste Soziologin überhaupt in einer psychiatrischen Klinik angestellt wurde. Sie gehörte mit zur Krankenhausleitung und erhielt den Auftrag, eine Psychiatrie für die Gemeinde Rheydt aufzubauen. Sie hatte im Wesentlichen zwei Arbeitsschwerpunkte. Innerhalb der Klinik förderte und unterstützte sie den Aufbau der Stationen und der interdisziplinären Teams im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. Dabei ging es vor allem darum, Strukturen zu schaffen, die die Kommunikation zwischen Patienten/-innen und Mitarbeiter/-innen, den Patienten untereinander sowie zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu fördern. Die Idee des „Großen Teams“, einer Besprechung von Mitarbeiter/-innen aus allen Abteilungen, die es auch heute noch gibt, wurde bereits 1973 geboren.
Der zweite Arbeitsschwerpunkt war der Aufbau der Gemeindepsychiatrie. Es galt, verbindliche Kontakte und gute Arbeitsbeziehungen zu den örtlichen Verwaltungen, der regionalen Politik, den Gesundheitsbehörden und Familienfürsorger/-innen aufzubauen. Die Achse Stadt – Landschaftsverband – Klinik musste geschmiedet werden. Nach der Gebietsreform im Jahr 1974 war es vor allem der damalige Mönchengladbacher Stadtdirektor und Sozialdezernent Buhlmann, der gemeinsam mit dem damaligen Landesrat Kulenkampf und mit Alexander Veltin die kommunale Verantwortung für psychiatrische Belange konzeptionell umsetzte.
Tages- und Nachtklinik waren in den ersten Jahren elementare Behandlungseinheiten. Nach der Eröffnung des Odenkirchener Burgheims als Übergangswohnheim wurde die Nachtklinik schon bald geschlossen, während die Tagesklinik sich als wesentlicher Baustein in der psychiatrischen Behandlung etablieren konnte. Frau Kappetein und ich sind uns einig, dass das Potential der tagesklinischen Behandlung auch heute noch lange nicht ausgeschöpft ist.

Als erste Begegnungsstätte für die Suchtkranken in Rheydt entstand damals bereits der Treffpunkt Gasstraße – in dieser Art bundesweit erstmalig. Elmar Spancken und Mechthild Kappetein begannen schon früh, die Angehörigenarbeit aufzubauen und Gesprächsgruppen für Angehörige anzubieten.

„Was waren denn eigentlich die Gründe, die dazu führten, einen Verein zu gründen?“ frage ich. Mechthild Kappetein überlegt kurz und holt dann aus. Was ich nun erfahre, spielte sich lange vor meiner aktiven Zeit ab und erweitert meinen Wissens- und Kenntnisstand um wichtige Facetten. Ihre Schilderung ist sehr spannend und lebendig, es macht großen Spaß zuzuhören.
„Es gab zwei Gruppen von Mitarbeiter/-innen. Die einen waren die „Reformer“ (auch wegen ihrer politischen Orientierung, die „Roten“ oder wegen ihres Wohnortes, die „Düsseldorfer“ genannt), die nach Rheydt gekommen waren, um hier sozialpsychiatrisch zu arbeiten. Ihr Anliegen war es, die Lebensbedingungen von psychisch Kranken in unserer Gesellschaft zu verbessern, im stationären und teilstationären Bereich der Klinik wie auch in der Gemeinde. Die Stationen galt es, als therapeutische Gemeinschaften mit offenen Türen zu führen und das Krankenhaus in die Gemeinde hinein und für diese zu öffnen. Die andere Gruppe waren „die Bewahrer“ (äußerlich an ihren weißen Kitteln und großen Schlüsselbunden zu erkennen), die es zwar begrüßten, in einer größenmäßig so überschaubaren Einrichtung zu arbeiten, sich aber nicht vorstellen konnten, dass Psychiatrie auch anders stattfinden kann und die keinen Reformbedarf erkennen konnten oder wollten. Diese Kontroverse erschwerte bzw. verlangsamte die Umsetzung des sozialpsychiatrischen Konzeptes. Und dabei gab es so viel zu tun: Übergangswohnheim, therapeutische Wohngemeinschaften, „beschützte“ Arbeitsplätze, Begegnungsstätten außerhalb der Klinik, ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen u.v.m. Wir benötigten gerade in der Bewegung nach außen mehr Flexibilität und Kreativität, als sie die Klinik hergab. Das war ein wesentlicher Grund für die Gründung eines Vereins. Bereits während meiner Zeit in Gütersloh hatte ich auch schon einen Vorläufer kennengelernt.“

Diese von Frau Kappetein beschriebene Kontroverse fand sich auch auf der Leitungsebene, sowohl innerhalb der Pflegedienstleitung als auch in der Auseinandersetzung mit der Verwaltung, wieder.

Die Geldmittel aus den Behandlungssätzen flexibel, dem jeweiligen Bedarf entsprechend einzusetzen, erwies sich als schwierig. „Was wir brauchten, war eine legale, schwarze Kasse“, lächelt Mechthild Kappetein mich an und ich verstehe sehr genau, was sie meint. Dann erzählt sie mir eine kleine Anekdote, die die Rolle des RehaVereins in den frühen Jahren der Landesklinik sehr gut wiedergibt: „Für die Weihnachtsfeier 1974 hatten wir ein Festtagsmenu geplant. Die Kosten hierfür sollten über den RehaVerein abgewickelt werden. Da alle teilnehmenden Mitarbeiter/-innen und Angehörige einen eigenen Beitrag dazu entrichteten, konnte unser damaliger Koch, Heinrich Jakobs, einen Überschuss erzielen. Daraufhin im großen Team angesprochen, sagte er: „Dat Geld habe ich Mechthilde sein Verein gegeben.“
Das war die Geburtsstunde eines zweiten Namens für den Verein.

Wer waren die frühen aktiven Protagonisten des Vereins? Wir überlegen gemeinsam, gehen noch einmal die Gründungsmitglieder durch: „Eigentlich waren das Herr Dr. Veltin und ich, Frau Koch, die erste Sozialarbeiterin, Franz van Lier, Anton Schlösser und Johannes Jörg waren auch dabei. Ich meine, es war dann schon sehr früh Eckhard Kleinlützum, der die Vereinsarbeit aktiv mit gestaltete.“

So wundert es mich auch gar nicht mehr, als ich kurz darauf erfahre, dass Dr. Veltin angeregt hat, Kontakte zu Gladbacher Unternehmen aufzubauen, um sich für Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in den Betrieben einzusetzen. Gemeinsam besuchten sie Firmenchefs und hielten Vorträge beim Verband junger Unternehmer. Dies wurde ein weiterer früher Baustein des RehaVereins, den die Klinik so hätte nicht leisten können. Und damit schließt sich dann auch langsam der Kreis unseres Gesprächs, denn mehr als zehn Jahre später gab es für diese Art Tätigkeit eine Finanzierung durch das Schwerbehindertengesetz, die sich zunächst Psychosozialer Dienst und später dann Integrationsfachdienst nannte. Ich selbst bin dafür im Jahr 1985 beim Verein eingestellt worden und habe das bis 2000 gemacht.
Schade eigentlich, dass Frau Kappetein die Klinik und den Verein schon nach etwas mehr als drei Jahren verlassen hat. „Es waren ausschließlich persönliche, d.h. familiäre Gründe: Ich habe in der Klinik meinen Mann kennen und lieben gelernt. Er war der katholische Krankenhausseelsorger – vielen bekannt als „Pater Johannes“. Der Abschied von der Klinik ist mir sehr schwer gefallen. Die Zeit in Mönchengladbach hat mich für mein weiteres Leben geprägt und ich habe dort wunderbare Menschen kennengelernt. Zu einigen habe ich auch heute noch Kontakt“, sagt sie nicht ganz ohne Wehmut und dann verabschieden wir uns. Aber wir werden uns spätestens bei der Jubiläumsveranstaltung im September wiedersehen.

Bei Ralf Seidel möchte ich mich abschließend bedanken. Ihm verdanke ich es, einen sehr angenehmen Vormittag verbracht und einen außergewöhnlichen Menschen kennengelernt zu haben.

Ulla Müller
Leitung Wohnheim

Erfahrungen als erste Mitarbeiterin des RehaVereins

Als Ende 1976 ein Praktikum im Rahmen meines Studiums der Sozialpädagogik anstand, beschloss ich mutig, mal in die Psychiatrie reinzuschauen.
Ich bekam eine Stelle auf der „Drei“, eine offene Station, die nach der Akutstation zur Vorbereitung auf die Entlassung diente. Die meisten Patienten verbrachten viele Wochen oder Monate dort, weil sie wegen ihres ständigen psychotischen Erlebens zu Hause nicht mehr zurechtkamen und in der wohnlichen Atmosphäre der Station mit den vertrauten Mitpatienten und Mitarbeitern immer wieder eine Zuflucht fanden.
Ich durfte an den Teambesprechungen teilnehmen und lernte Dr. Veltin kennen, der mich in die Diskussionen um schwierige Entscheidungen bei Krisen einzelner Patienten ganz selbstverständlich miteinbezog.

Während des Praktikums und auch in den folgenden Jahren, in denen ich einen Patienten der Klinik regelmäßig bei seiner Berufsvorbereitung und Freizeitgestaltung unterstützte, konnte ich die Entwicklung des RehaVereins verfolgen und später auch mitgestalten.

So wurde im Jahr 1978 die zweite Wohngemeinschaft des Vereins auf der Brucknerallee 37 eingerichtet. Acht ehemalige Patienten der Rheydter Klinik mussten in der damals in der Sozialszene angesagten anspruchsvollen Lebensform einer WG mit Gemeinschaftsküche miteinander zurechtkommen – auch eine Herausforderung für die Mitarbeiter der Klinik-Ambulanz, die die Gruppe betreuten.
Wie in der ersten WG auf der Dahlener Straße erfolgte die Renovierung durch den ehrenamtlichen Einsatz von Klinikmitarbeitern und die Einrichtung der Bewohnerzimmer durch Gebrauchtmöbelspenden.
Während meines Anerkennungsjahres als Sozialpädagogin, das ich ab 1979 natürlich auch wieder in der Rheydter Klinik absolvierte, wurde ich nach Durchlaufen sämtlicher anderer Bereiche in der Ambulanz eingesetzt und in die Betreuung der beiden Vereins-WGs einbezogen.

1980 gelang es Dr. Veltin nach langer und intensiver Vorarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland, die Finanzierung für eine eigene Sozialarbeiter/-innenstelle beim Verein zu erhalten. Ich hatte Glück und wurde als erste Vereinsmitarbeiterin am 03. Dezember 1980 eingestellt.

Nun war ich aber nicht nur zuständig für die Betreuung der beiden Wohngemeinschaften, sondern als einzige Angestellte auch für sämtliche Verwaltungstätigkeiten des Vereins einschließlich der Kontoverwaltung und der Überweisung meines Gehaltes. Jeden Monat saß ich mit Herrn Weitz, dem Verwaltungsleiter der Klinik und Geschäftsführer des Vereins zusammen und wir ermittelten anhand diverser Tabellen Brutto und Netto. Ebenfalls monatlich nahm ich an den Vorstandssitzungen teil, in denen die aktuellen Themen aus der Alltagsarbeit und die Gestaltung und Erweiterung der ambulanten Angebote des Vereins entwickelt wurden.
In diesen Jahren hat der regelmäßige Austausch mit Herrn Dr. Veltin meine Begeisterung für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, meine Haltung und meinen Anspruch an die Arbeit entscheidend geprägt und gefördert. Und es bereitete viel Freude, die Entwicklung des RehaVereins in einem wachsenden Kreis engagierter Kolleginnen und Kollegen voranzutreiben.

In der Chronologie des Vereins ist der nächste Meilenstein der Beginn des sogenannten „Donnerstags-Clubs“ 1982 in den Räumen der Tagesklinik auf der Brucknerallee, ein Ort der Begegnung und Freizeitgestaltung, der bis heute gemeinsam mit den Besuchern gestaltet wird.
Gleichzeitig wurde der Gedanke einer Kombination aus Freizeit- und Arbeitsangebot für die wachsende Zahl arbeitsloser Klienten weiterentwickelt, und wir bereiteten die Eröffnung des Café 37 in den Räumen der sich auflösenden Wohngemeinschaft auf der Brucknerallee 37 vor.

Eckhard Kleinlützum
Aufsichtsratsmitglied seit 2005
Vorstandsmitglied 1985 bis 2004

Mein Engagement für den RehaVerein

Nach den mehr schlechten als guten Erfahrungen, die ich als Zivildienstleistender in Hephata gemacht hatte, wollte ich versuchen, es besser zu machen und deshalb engagierte ich mich im „Projekt Psychiatrie“, was über mehrere Semester an der FH Niederrhein angeboten wurde. Für die meisten Teilnehmer/-innen bedeutete dies, anlässlich der vereinbarten Interviews zum ersten Mal in eine Psychiatrie zu kommen (nach Rheydt, Viersen-Süchteln, Alexius Neuss, zum Alexianer in Krefeld und nach Düsseldorf-Grafenberg).
Es wurden Kontakte hergestellt und Interview-Termine von jeweils 2 Studenten vereinbart. Ich hatte das Glück, mit einer Kollegin zur Landesklinik Rheydt gehen zu dürfen. Vertiefen konnte ich dann den kurzen Einblick durch die Ableistung des von der FH verlangten Blockpraktikums. So lernte ich meine späteren Kollegen/-innen in der Rheydter Psychiatrie kennen.

Schon während des Studiums arbeitete ich mit sehr viel Enthusiasmus in der Rheydter Psychiatrie. Ich lernte insbesondere Mechthild Neuhöfer und Udo Becker näher kennen, machte beim Freundeskreis Suchtkranker mit. Ich lernte sehr schnell, dass es sehr wichtig für eine psychiatrische Klinik ist, neben dem Drinnen auch das Draußen zu betrachten und zu berücksichtigen. Das bedeutet für einen Sozialarbeiter, nicht auf der Station zu bleiben, sondern zugunsten der psychisch kranken Menschen in der Gemeinde (Stadt) einzugreifen.

Mechthild machte mich dann auf den RehaVerein (Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.) aufmerksam, der in der Klinik für zukünftige Aufgaben außerhalb der Klinik gegründet worden war. Ab 1974 wurden die Vorbereitungen für betreute Wohngemeinschaften getroffen und im Jahr darauf wurde die erste WG auf der Dahlener Straße eingerichtet. Hierbei half uns der Autobahnbau im Mönchengladbacher Westen. Die Renovierung des von der Autobahnmeisterei des LVRs zur Verfügung gestellten Hauses wurde ehrenamtlich von Mitgliedern des Vereins und weiteren Mitarbeitern der Landesklinik Rheydt durchgeführt.

Parallel dazu wurde eine erste Kontaktstelle außerhalb der Klinik auf der Gasstraße 127 eingerichtet und in Betrieb genommen. Ich wirkte daran mit, obwohl ich ab September 1975 eine Anstellung auf der Suchtstation der Rheydter Klinik innehatte.

Da die Räume in der Gasstraße perspektivisch zu klein waren, wurde mit der Stadt mit dem Ziel verhandelt, von ihr ein größeres Gebäude zur Verfügung gestellt zu bekommen, was dann auch ab 1977 geschah: Die Brucknerallee 39 wurde unser

***Eckhard Kleinlützum**, Aufsichtsratmitglied*
des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.

Kontaktzentrum mit regelmäßigen Sprechstunden, die von Ambulanzpflegern und Sozialarbeitern durchgeführt wurden. Die möglichst tägliche Öffnung wurde durch einen Zivildienstleistenden sichergestellt.

Leider hat es auf die Dauer nicht funktioniert, wohl weil der ZDLer zuvor Schüler des in der Nähe sich befindenden Gymnasiums war. Er lud seine Schulkameraden auf einen Kaffee oder Tee ein, so dass an manchen Tagen die Schüler bei weitem in der Überzahl waren gegenüber den psychisch erkrankten Menschen, die oft noch in der Klinik oder erst kürzlich entlassen worden waren. Es gelang leider nicht, diese beiden Gruppen zusammenzuführen.

Das war eine sehr wichtige Erfahrung, die dazu führte, dass wir uns eine Kontaktstelle ab diesem Zeitpunkt nur mit zumindest einem sehr erfahrenen Mitarbeiter vorstellen konnten. Das Experiment wurde übrigens nach Ende der Zivildienstzeit des ZDLers beendet und das Gebäude fortan als Tagesklinik genutzt (plus verschiedene Abendtermine von diversen Gruppen). Die vorhandenen Ansätze in Bezug auf Kunstausstellungen wurden schon damals aufgegriffen, was z.B. dazu führte, dass Nik Ebert, später allseits bekannter Cartoonist der Rheinischen Post, in unserem Kontaktzentrum eine seiner ersten Ausstellungen hatte.

Im Jahr 1984 wechselte ich dann innerhalb der Klinik in die Ambulanz, und zwar aus persönlichen Gründen (es war meine Absicht, Ulli Hambuch – Krankenschwester auf der Suchtstation – zu heiraten).

Während 1983 die große Veröffentlichung von Veltin und Dimmek zu Aufbau und Inanspuchnahme psychiatrischer Dienste eines großstädtischen Gemeinwesens[1] erfolgte, war der RehaVerein noch nicht in der Lage, sich aktiv in die Versorgungslandschaft hinein zu geben. So war es nicht möglich, die geplante Erweiterung der Heimplätze (um 15) als neues Konzept laufen zu lassen, sondern lediglich als Erweiterung des bestehenden Heimbereiches der Landesklinik.

Aus einem der zahlreichen Gespräche mit Herrn Veltin weiß ich, dass ihm die Haltung des LVR's schon bei der Gründung des ersten Heimes eigentlich nicht passte, da er befürchtete, die Heimbewohner könnten in eine ähnliche Rolle wie zuvor die Langzeitpatienten der Kliniken kommen: als Personalreservoir, als stabilisierende Finanzreserve[2] – und nicht als mit eigener Dynamik sich entwickelnde selbständige Wohneinheit.
Inzwischen wurde eine Untersuchung im kleinen Modellprogramm über die Wohngemeinschaften des RehaVereins durchgeführt, die dann von Dimmek & Veltin[3] als Erfolgsdarstellung veröffentlicht wurde. An dieser sehr erfolgreichen Arbeit waren die Mitarbeiter/-innen der Ambulanz beteiligt, neben der einzigen hauptamtlichen Kraft, die der Verein über lange Jahre alleine beschäftigte.

Ein Bein in der Klinik – ein Bein draußen

So lautete das Motto, als ich mich 1985 entschloss, ganz auf die ambulante Psychiatrie und damit den RehaVerein zu setzen, und darin haben mich folgende Menschen sehr bestärkt:
Frau Dorothee Hüttersen vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und Dr. Ralf Seidel, mein damaliger Chef.
Weiterer wichtiger Anreger der ersten Stunden war
Prof. Dr. Günter Buhlmann, damals Stadtdirektor und Sozialdezernent in der Stadt Mönchengladbach, der mir stets wohlwollend zur Seite gestanden hat. So hat er sich nie vom Landschaftsverband Rheinland ins Bockshorn jagen lassen hinsichtlich der Versorgung von Alt-Mönchengladbach durch die Landesklinik Viersen und eine vom LVR damals befürwortete Übertragung der stationären Grenzen in MG auf die ambulante Versorgung. Stattdessen forderte er – ohne damals direkt Erfolg zu haben – jetzt einen Schritt in die richtige Richtung zu tun und die Tagesklinik (TK) der Rheydter Klinik anzuvertrauen (gewissermaßen ein erster Schritt in Richtung Vollversorgung der gesamten Stadt MG!).
Inzwischen ist das seit Herbst 2012 offizielle Beschlusslage des LVR: 20 TK-Plätze plus 40 stationäre Plätze werden in Viersen abgebaut und der Rheydter Klinik zugeschlagen, so dass ab spätestens Herbst 2014 die aus dem Gladbacher Norden kommenden Bürger auch in Mönchengladbach stationär psychiatrisch behandelt werden können und nicht mehr in die Klinik nach Viersen gehen müssen.

Dafür hat der LVR gerade in Rheydt das ehemalige Gesundheitsamt angekauft und will dort eine TK mit Ambulanz einrichten. (Siehe meine ausführlichere Darstellung der Entwicklung in: „Das Sprachrohr", Jubiläumsausgabe 2013).

Ich habe schon sehr schnell einen kleinen Kreis um mich versammelt (Winz, Dieckmann, Hambuch). So könnte man sagen, dass die erste Konzeption der ambulanten Psychiatrie am Küchentisch von Hambuchs entstanden ist. Das lag darin begründet, dass in 1985/86 durch einen sehr konservativen Vertreter der örtlichen Angehörigengruppe in einem gewissen Sinn Eile geboten war, um diesen reaktionären Einfluss zurückzudrängen. Gut war am Einfluss von Herrn Sch., dass sich alle Parteien in Mönchengladbach auf einmal mit der Lage der Psychiatrie vor Ort beschäftigten. Viele Teilnehmer des Arbeitskreises hatten allerdings schnell selbst Interesse, an der Versorgung teilzunehmen (z.B. ASB, Diakonie). Durch meine schon damals recht guten Kontakte zum LVR war ich in der Lage, Einfluss zu nehmen, bevor endgültige Entscheidungen getroffen wurden. Hier war vor allem von Bedeutung, dass die Stadt MG und der LVR sich relativ schnell einig wurden, dass ein Kontaktzentrum in Alt-MG der richtige Weg sei, um psychisch erkrankte Menschen nicht weiter zu isolieren, sondern sie an zentraler Stelle bei ihrem Wiedereintritt in die Gesellschaft zu unterstützen. Die Lage des SPZ am Rande der Fußgängerzone in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofes und des noch wichtigeren Busbahnhofes wirkte sich für die Betroffenen – wie erwartet – sehr positiv aus.

Hier ist der Stadt MG und vor allem Prof. Buhlmann sehr zu danken, dass sie sich nicht haben bange machen lassen durch integrationsfeindliche Äußerungen einzelner Menschen.
Auch von den Politikern des Sozialausschusses unter ihrem damaligen Vorsitzenden, Pfarrer Harald Kamp – dem späteren langjährigen ersten Vorsitzenden unseres Vereins – wurde das einmal gegebene Versprechen, die Finanzierung des Gebäudeumbaus zu übernehmen, nie ernsthaft in Frage gestellt.
Im Jahre 1985 gelang mir ein weiterer Coup. Ich engagierte meinen späteren Nachfolger Dieter Schax für ein neues Projekt des Vereins, den Psychosozialen Dienst zur Betreuung psychisch beeinträchtigten Menschen am Arbeitsplatz.
Dieter teilte sich zunächst eine Stelle mit einer Kollegin. Diese Stelle wurde neben der Hauptfürsorgestelle Rheinland zu Anfang von der Stadt Mönchengladbach per Ausfallgarantie abgesichert.

1991 wurde die Tagesstätte in Rheydt vom LVR zusammen mit 9 anderen bewilligt. Sie erfüllte schon bald die Hauptkriterien, wie der LVR und die wissenschaftliche Begleitforschung durch die Universität Siegen[4] herausstellten. Das wiederum machte ich immer wieder deutlich, wenn es um den weiteren Ausbau der Gemeindepsychiatrie in MG ging. So kam es, dass wir schon 1994 die zweite Tagesstätte in MG aufmachen konnten, als bis dahin erster und einziger Träger.

1993 richteten wir einen psychiatrischen Pflegedienst ein, der infolge der zu niedrigen Vergütungssätze der Krankenkassen ein Zuschussgeschäft war, wobei uns wiederum die Stadt MG mit einer pauschalen Zuwendung über viele Jahre unterstützte. Vor einigen Jahren wurde der Dienst um einen somatischen Teil erweitert, so dass es sich jetzt um eine Sozialstation mit besonderem Schwerpunkt handelt. Bis heute stellt dieser Dienst – obwohl immer noch ein Zuschussgeschäft – eine wertvolle Ergänzung der übrigen Angebote des RehaVereins dar.

Parallel dazu habe ich ab 1990 an einer Wohnheim-Konzeption gearbeitet, die zur Enthospitalisierung der letzten Gladbacher Patienten, die sich noch auf den Viersener Langzeitstationen befanden, beitragen sollte. Das Ganze sollte ebenfalls für die nur noch wenigen Langzeitpatienten der LK Mönchengladbach ein Angebot darstellen. Bedingung war von Anfang an, dass für die zukünftigen Bewohner eine Nachtwache eingeplant wurde. Nach 2 Jahren der Objektsuche fand ich schließlich in Mönchengladbach Bettrath ein geeignetes Objekt, ein weiteres Jahr ging mit dem Hinhalten des Eigentümers und der Planung des Umbaus ins Land. Auch die Verhandlungen mit dem LVR waren recht schwierig, soweit sie jedenfalls die Pflegesatzkommission betrafen. Hier musste ich Kompromisse machen, die fast noch zum Scheitern der Realisierung des Heimes geführt hätten.

So wurde die ursprüngliche Platzzahl von 15 auf 18 Bewohner erhöht, zu Lasten der Arbeitsräume des Personals.
Auch hier hatte ich zeitweise nur Dr. Seidel hinter mir und natürlich Ulla Müller (früher Dieckmann), die sich schon sehr früh für die Leitung der Einrichtung interessierte und einen Glücksfall für diese Position darstellt. Das ist nur ein Beispiel, das deutlich macht, dass es mir immer wieder gelungen ist, sehr qualifizierte Kolleginnen und Kollegen, häufig aus den Kliniken Rheydt und auch Viersen (allerdings in wesentlich kleinerem Umfang) zu gewinnen. Um tarifrechtliche Nachteile aufzuwiegen, haben wir das Instrument des „Dienstleistungsüberlassungsvertrages" genutzt, was bedeutete, dass der/die Kollege/-in beim bisherigen Arbeitgeber beschäftigt blieb, die Arbeitskraft aber ganz dem Verein zur Verfügung gestellt wurde.

Vierteljährlich wurde dann vom Arbeitgeber LVR über die Gesamtkosten incl. Arbeitgeberanteil SV und ZVK eine Rechnung erstellt, die vom Verein zu bezahlen war. Dieses Vorgehen war vor allem in der Anfangsphase der Vereinsarbeit sehr wichtig. Andere Träger, die diese Möglichkeit nicht hatten, haben uns immer um diese erfahrenen Leute beneidet.

Später – bei der Personalfindung fürs Wohnheim – zeigte sich, dass unser Ruf inzwischen so gut war, dass genug Personal auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stand. Am 15.11.1995 war es dann soweit, das Wohnheim nahm die ersten Bewohner auf.

Mitte der Neunziger Jahre war damit insgesamt eine sehr gute Basis für den RehaVerein und die Gemeindepsychiatrie in Mönchengladbach geschaffen. Für den ambulanten Teil hatten wir mit dem RehaVerein etwas erreicht, was für die stationäre Versorgung noch ca. 20 Jahre unerreichbar bleiben sollte:
Die Aufhebung der mitten durch die Stadt verlaufenden Sektorgrenzen für die psychiatrische Krankenhauspflichtversorgung.
Als letztes wichtiges Projekt konnte ich mich so dem Arbeitsmarkt für psychisch kranke Menschen zuwenden. Gemeinsam mit einigen Vereinsmitgliedern und Mitarbeiter/-innen haben wir im Jahr 1997 die gemeinnützige GmbH I.D.A. gegründet. Dieser Begriff stand für Integration durch Arbeit. Es ergab sich die Möglichkeit einen kleinen Bioladen in der Rheydter Innenstadt zu übernehmen.

Unterstützt durch Arbeitsamt und Hauptfürsorgestelle gingen wir mit großem Enthusiasmus ans Werk und konnten einige psychisch kranke Menschen in dem Laden beschäftigen.
Leider änderte sich der Markt für Bio-Waren Ende der 90er Jahre sprunghaft. Ketten wie z.B. Spinnrath schossen wie Pilze aus dem Boden, Drogerien erweiterten ihr Sortiment und bald gab es in jedem Supermarkt eine kleine Bio-Ecke. Dem hieraus entstehenden Konkurrenzdruck waren der kleine Laden und auch die psychisch kranken Beschäftigten nicht lange gewachsen.

Widerwillig mussten wir das kleine Projekt 2004 beenden.
Schaut man im Nachhinein auf die weiteren Lebensläufe unserer ehemaligen Beschäftigten, muss das Ganze dennoch als Erfolg gewertet werden.

Und so konnte ich dann im Jahr 2004 die Leitung des RehaVereins mit einem guten Gefühl an meinen Nachfolger übergeben.

[1] Projekt Mönchengladbach, Band 162 der Schriftenreihe des Bundesgesundheitsministers zum Modellprogramm Psychiatrie, Kohlhammer 1983
[2] siehe auch Gutachten des LVR-Dezernates Klinikverbund und Verbund heilpädagogischer Hilfen: Die Bereiche Soziale Rehabilitation an den LVR-Kliniken von August 2012
[3] Band 167 der Schriftenreihe des Gesundheitsministeriums zum Modellprogramm Psychiatrie, Kohlhammer Verlag 1986
[4] Siehe den Forschungsbericht, erstellt durch Prof. Dr. Regus unter den Titel „Beschäftigung und soziale Rehabilitation", Pulheim 1996

Dieter Schax
Vorstandsvorsitzender

...wie haben wir denn früher gearbeitet?

Im Jahre 2003 war ich bereits seit fast 20 Jahren Mitarbeiter des RehaVereins. Vieles von dem, was Eckhard Kleinlützum in seinem Beitrag niedergeschrieben hat, habe ich in irgendeiner Art und Weise miterlebt.
Als Eckhard aus gesundheitlichen Gründen die Leitung unseres Vereins niederlegte, stand die Entscheidung für einen Nachfolger an. Wir hatten das natürlich schon häufiger besprochen und von langer Hand geplant. Dennoch war die Übernahme der Geschäftsführung für mich persönlich damals ein großer Schritt. Das Maß an Verantwortung, welches von da an auf meinen Schultern lastete, war und ist nicht gering. Daran musste ich mich erst einmal gewöhnen, quasi in die neue Rolle hineinwachsen. Geholfen haben mir dabei mein zweites Studium an der Hochschule Niederrhein zum Sozialmanager sowie das Vertrauen und die Unterstützung durch den Vorstand. Dafür an dieser Stelle noch einmal mein ganz persönlicher Dank.

Es gab im Jahr 2004 ca. 50 Beschäftigte. Heute sind es über 130. In weniger als zehn Jahren hat sich die Mitarbeiterzahl also annähernd verdreifacht, der Verein ist immens gewachsen. Was ist da passiert? Wie war das möglich? Im Nachhinein denke ich oft: „Gerade mal zehn Jahre soll das her sein – wie haben wir denn früher gearbeitet?“
Das Ambulant Betreute Wohnen war pauschalfinanziert, der Stellenschlüssel war in der Regel 1:12, manchmal auch 1:6. Wir hatten damals 54 BeWo Plätze, mehr gab es nicht, denn um weitere Stellen einrichten und mehr Klientinnen und Klienten betreuen zu können, bedurfte es der beiderseitigen Genehmigung durch Kommune und Landschaftsverband Rheinland (LVR). Rechtlich befand sich das BeWo, wie es meistens genannt wird, in einer Art Grauzone. Befürworter hatten keine Probleme, diese Leistung mit einem Rechtsanspruch zu verknüpfen. Faktisch war es aber zu dieser Zeit noch eine freiwillige Leistung. Die Stadt litt bereits vor zehn Jahren unter der Last ihrer Schulden und daher war an eine Ausweitung der Plätze nicht zu denken. Wir alle hofften auf die sogenannte Hochzonung.

Ein seltsames Wort und für Außenstehende völlig unverständlich. Gemeint war aber, dass die Landesregierung in NRW plante, die Verantwortung für das BeWo landesweit den Landschaftsverbänden (LVR und LWL) allein zu übertragen. Der herbeigesehnten Ausweitung sollte damit endlich nichts mehr im Wege stehen, zumal ungefähr zeitgleich im Rahmen des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) ein Rechtsanspruch auf Leistungen zum Betreuten Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe realisiert wurde.

Eingebettet waren diese formalen Änderungen in eine beginnende und sich vehement verstärkende öffentliche inhaltliche Diskussion zu den Themen Behinderung, Barrieren, Teilhabe und Gleichberechtigung. Diese brachte die Rolle von Menschen mit Behinderungen viel stärker ins gesellschaftliche Bewusstsein.

Es war kein Zufall, dass in New York im Jahre 2006 die Vereinten Nationen die UN-Behindertenrechtskonvention verabschiedeten, die mittlerweile in über 150 Ländern ratifiziert wurde. In Deutschland war dies im Jahr 2008.

Diese Faktoren sollten auch die psychiatrische Landschaft nach-haltig verändern. Die Landschaftsverbände wurden als überörtlicher Sozialhilfeträger alleinverantwortlich für die Eingliederungshilfe und damit auch für das Betreute Wohnen in NRW. Die pauschale Finanzierung wurde gestrichen und es kam zu prospektiven Leistungsverträgen nach SGB XII. Gleichzeitig waren diese Verträge aber auch der Startschuss für eine ungeahnte Expansion der ambulanten Wohnleistungen. Jeder Mensch mit einer (drohenden) Behinderung hatte von da an einen Rechtsanspruch auf Leistungen und er konnte sogar auf sein Wunsch- und Wahlrecht pochen, welches ebenfalls im SGB IX verankert wurde. Verkürzt gesagt führte dies aus Sicht des RehaVereins zu zweierlei:

Erstens betreut der RehaVerein heute über 250 Menschen in seinem Wohnverbund (bestehend aus Ambulant Betreutem Wohnen, BeWo+ und dem Wohnheim), der überdies im Vergleich zu früher wesentlich mehr individuelle Betreuungskonzepte und -leistungen ermöglicht.

Zweitens veränderte sich die regionale Versorgungslandschaft. Vor 10 Jahren waren es 3-4 Träger, die sich um die ambulante Betreuung von psychisch kranken und abhängigkeitskranken Menschen in Mönchengladbach kümmerten, heute sind es ca. dreißig. Es entstand also ein regelrechter Markt, mit verschiedenen Elementen von Konkurrenz und Wettbewerb, wie sie auch aus der freien Wirtschaft bekannt sind. Das brachte Vorteile, aber auch Nachteile mit sich.
Um die negativen Entwicklungen von Marktwirtschaft im Sozial- und Gesundheitswesen einzudämmen und um Kontinuität und Koordination von Versorgungsverläufen weiterhin sicherstellen zu können, wurde im Jahr 2010 auf Betreiben der LVR-Klinik Mönchengladbach und des RehaVereins der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) Mönchengladbach gegründet.

Den meisten der im Bereich Wohnen betreuten Menschen ist allerdings mit klassischen Besuchskontakten im Rahmen des BeWo allein nicht gedient. Ohne das Angebot einer sinnvollen Wochen- und Tagesstruktur fehlt vielen Klientinnen und Klienten ein wirkungsvolles Instrument, um sich dauerhaft zu stabilisieren und dem eigenen Dasein einen Sinn zu geben.

Als Folge hieraus wurden auch die tagesstrukturierenden Angebote ausgebaut: Zu den Kontakt- und Beratungsstellen und den beiden Tagesstätten in Rheydt und Mönchengladbach kam der LT 24 hinzu, der es heute vielen Klientinnen und Klienten ermöglicht, tagesstrukturierende Angebote unterhalb des Tagesstätten Niveaus zu besuchen. Mit der ARGE Mönchengladbach – heute Jobcenter – wurden im Jahr 2009 zwei Maßnahmen konzipiert, die es Langzeitarbeitslosen mit psychischen Defiziten ermöglichen sollten, wieder Anschluss an das Arbeitsleben zu erlangen. Eine dieser Maßnahmen war für ehemalige Drogenabhängige gedacht, die mittlerweile in der Substitution waren. Aktuell sind es ca. 200 Menschen, die in der Abteilung Tagesstruktur regelmäßig Hilfe und Unterstützung erhalten. Hinzu kommen mehrere hundert Personen, die die Angebote der Kontakt- und Beratungsstelle nutzen.

Am Beispiel der Abteilung Tagesstruktur lässt sich auch der organisatorische Wandel im RehaVerein sehr gut nachvollziehen. Zunächst wurden im Jahr 2004 die SPZ-Teams aufgelöst. In diesen Teams waren Mitarbeiter/-innen sämtlicher Arbeitsgebiete (BeWo, Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle, IFD, Werkzentrum, …) jeweils für Mönchengladbach und Rheydt zusammengefasst. Das hatte sich über viele Jahre bewährt, da sich sowohl in Mönchengladbach als auch in Rheydt eine regionale Versorgungsstruktur aufbauen sollte. Mit dem Wachstum des Vereins konnte diese Konzeption aber bald nicht mehr Schritt halten, so dass wir uns dazu entschieden, den Verein in einzelne Abteilungen einzuteilen. So entstand in einem ersten Schritt die heutige Vereinsstruktur.

Ein zweiter Meilenstein war die Zusammenlegung der verschiedenen tagesstrukturierenden Bausteine zu einer Abteilung Tagesstruktur, was parallel zur Neuorganisation erfolgte. Dennoch hielten wir hier zunächst an der sektorbezogenen Aufteilung in Rheydt und Mönchengladbach fest. Einige Jahre danach haben wir dann die zwei Abteilungen innerhalb der Tagesstruktur zu einer umfunktioniert. Die verstärkte Nutzung von Synergien, aber auch eine verbesserte und einheitlichere Steuerung waren hierbei wichtige Ziele.

Auch der Integrationsfachdienst (IFD) wurde im Laufe der Jahre aus dem Teamverbund herausgelöst. Das Integrationsamt hatte ein Konzept erarbeitet, die Dienste besser zu bündeln und zu vernetzen: Das sogenannte Bündelungskonzept.
Seitdem arbeiten wir im Kooperationsverbund IFD-Mönchengladbach unter der Hauptträgerschaft des Zentrums für Körperbehinderte mit.

Last but not least bleibt noch unser Pflegedienst, den wir, trotz erheblicher Schwierigkeiten, über die ganzen Jahre hindurch erhalten haben. Aufgrund sich ständig verändernder Rahmen- und Finanzierungsbedingungen, wurde er in den vergangenen Jahren modernisiert, Strukturen und Arbeitsbedingungen wurden angepasst. Das war kein einfacher, aber letztendlich doch ein erfolgreicher Prozess. Heute versorgt unser Pflegedienst nach wie vor in erster Linie psychisch kranke Patientinnen und Patienten im Rahmen des SGB V, erbringt darüber hinaus aber auch Pflegeleistungen und Betreuungsleistungen nach SGB XI.

Ältere Menschen und ihre spezielle Lebenssituation stehen dabei besonders im Fokus. Aktuell arbeiten wir an einer verstärkten Versorgung von dementiell erkrankten Menschen.

Fazit: Der RehaVerein ist in den letzten zehn Jahren stark gewachsen und versorgt heute wesentlich mehr Nutzerinnen und Nutzer als damals. Dem Spagat zwischen wirtschaftlichen Anforderungen und guter Versorgungsqualität stellen wir uns permanent und sehen hierin eine besondere dauerhafte Herausforderung, der es konstruktiv zu begegnen gilt. Wir haben dies u.a. durch nachhaltiges Wachstum, bedarfsgerechtes Umstrukturieren und innovative Weiterentwicklung unserer Organisation getan. Die Implementierung eines bereichs- und abteilungsübergreifenden Case Managements, welches es im Rheinland in dieser konsequenten Form bisher nirgendwo anders gibt, ist hierfür ein herausragendes Beispiel. Gleichzeitig haben wir hiermit ein effektives Konzept für einen personenzentrierten Betreuungsansatz verwirklicht.
Das Erschließen neuer Arbeitsfelder führte auch zu Veränderungen und notwendigen Anpassungen in Bezug auf die Zielgruppe. Die klassischen Einteilungsparameter von früher sind mittlerweile überholt. Dennoch – oder gerade deshalb – muss es auch weiterhin unser Ziel bleiben, uns in erster Linie um die psychisch kranken Menschen zu kümmern, die die Hilfen am nötigsten haben oder wie Klaus Dörner es vor vielen Jahren formuliert hat: „Mit den Schwächsten beginnen“. In den vergangenen zehn Jahren waren wir hierbei sehr erfolgreich.

Hilla Rinckens
Leitung Tagesstruktur

Der RehaVerein heute – das SPZ als virtuelles Haus

Waren es vor einigen Jahren noch die zwei SPZ-Standorte Mönchengladbach und Rheydt und ein Wohnheim, die dem RehaVerein seine recht übersichtliche Struktur gaben, so sind es heute viele neue oder weiterentwickelte Bausteine. Mittlerweile ist der Verein an insgesamt fünf Standorten präsent, was einen hohen organisatorischen Aufwand und enorme logistische Anforderungen mit sich bringt. Da wir aber unsere Leistungen im gesamten Stadtgebiet immer nah an den Nutzer/-innen erbringen wollen, geht an einer derart dezentralen Struktur kein Weg vorbei. Im folgenden Kapitel wollen wir die Ist-Situation im Jahr 2013 darstellen.

Tagesstruktur im RehaVerein

In unserer Gesellschaft soll jeder seinen Platz finden können. Ja mehr noch: Jeder soll am gesellschaftlichen Zusammenleben teilhaben können. Das heißt auch, er soll das Zusammenleben mitgestalten können.
Gesellschaft ist der Rahmen, in dem wir unsere Grundbedürfnisse umsetzen. Im RehaVerein insgesamt orientieren wir uns mit allen unseren Angeboten daran, Menschen mit psychischen Erkrankungen darin zu unterstützen, ihre Grundbedürfnisse erfüllen zu können und damit ihren Platz in unserer Gesellschaft finden zu können.
Zu den Grundbedürfnissen gehören ganz grundlegende Dinge wie z.B. Essen, Trinken, Schlafen, Ein-Dach-über-dem-Kopf-haben. Das ist klar! Es gehören aber auch „komplexere“ Bedürfnisse dazu, wie z.B. das Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung, nach Arbeit und Mitgestaltungsmöglichkeiten oder nach Lernen und Freizeitgestaltung.
Für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind die Möglichkeiten, ihre Bedürfnisse nach Kontakt und Gestaltung zu erfüllen, sehr oft stark eingeschränkt: Ängste, Antriebsstörungen, Zwänge, niedrige Belastbarkeit etc. führen häufig dazu, sich lieber in die eigenen vier Wände zurückzuziehen, als sich in die Welt zu wagen. Trotzdem sind gerade diese zwischenmenschlichen Bedürfnisse – Kontakt und Beziehung und Mitgestaltung unserer Umgebung – für unsere seelische Gesundheit von so großer Bedeutung. Wir erfahren in der Begegnung mit Anderen und in der Möglichkeit zur Mitgestaltung Bedeutung: Wir spüren uns selbst und den Anderen, nehmen wahr und werden wahrgenommen, werden wichtig für den Anderen und der Andere wird wichtig für uns.

In der Abteilung Tagesstruktur des RehaVereins stehen diese Bedürfnisse und die individuellen Möglichkeiten unserer Besucher ganz im Mittelpunkt. Wir wollen Möglichkeiten für Begegnung schaffen und Menschen Mut machen, sich in die Welt zu wagen.
Die heutige Abteilung Tagestruktur im RehaVerein (kurz: TaSt) entwickelte sich in mehreren Teilschritten und die Organisationsstruktur wurde dem Wachstum und den Veränderungen immer wieder angepasst. Zunächst wurde 1975 eine Kontakt- und Beratungsstelle auf der Gasstraße in Rheydt eingerichtet, die aus Platzgründen bereits 1977 in die Brucknerallee 37 umzog.

Hier wurde das „Café 37“ aus der Taufe gehoben. Neben dem offenen Angebot des Cafés gab es auch damals bereits einen Patientenclub.

Im Jahr 1988 wurde in Mönchengladbach auf der Steinmetzstraße ein weiteres Café eröffnet, das inzwischen in die Thüringer Straße als „Café Thü“ umgezogen ist.
Zu Beginn der 90er Jahre entstanden die beiden Tagesstätten, zunächst in Rheydt, dann in Mönchengladbach.
Bei der Neuorganisation des RehaVereins ab dem Jahr 2004, wurden die verschiedenen Bereiche Kontakt und Beratung sowie Tagesstätten mit Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten zu einer Abteilung Tagesstruktur zusammengefasst.

Heute gibt es in diesen Bereichen der Abteilung Tagesstruktur (Arbeits- und Beschäftigungsangebote, Kontakt- und Beratungsstellen und offene Freizeitangebote) dank der vielfältigen Fähigkeiten und weitgefächerten Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein breites Angebot, in dem unsere Besucher in Kontakt und Begegnung, Mitgestaltung ihrer Umgebung und Freizeitgestaltung Bedeutung für sich und andere erfahren können und damit eine Möglichkeit finden, ihre Grundbedürfnisse zu verwirklichen.
Die Angebote berücksichtigen einerseits die unterschiedlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten unserer Besucher und andererseits reagieren wir hier auch auf die sich wandelnden Anforderungen und Erwartungen in unserer Umgebung.

Es gibt zurzeit an vier Standorten insgesamt 12 verschiedene Arbeitsgruppen

- Die drei Hauswirtschaftsgruppen kochen und backen für die Besucher und sorgen für eine gute Atmosphäre in den Cafés und im Bistro „Arkadien“ in der LVR-Klinik Mönchengladbach. Damit bekommen die Gruppenteilnehmer der Hauswirtschaftsgruppen Bedeutung für unsere Besucher: Sie werden in diesem Rahmen zu Gastgebern.

- In den kreativen Gruppen werden aus unterschiedlichen Rohmaterialien Produkte für den Verkauf auf Basaren, Märkten oder im Bistro „Arkadien“ hergestellt: Aus Holz werden dekorative Blumenstecker in Form von Fröschen und Vögeln oder originelle Kugelschreiber gefertigt, die inzwischen schon zu einem Markenzeichen für den RehaVerein geworden sind. Aus alten Glasflaschen werden Windlichter und Kerzenständer hergestellt. Aus Stoffen und Wolle werden Taschen und Kissen genäht und gestrickt. Hier werden ganz phantasievolle Recyclingideen geboren, wie z.B. gehäkelte Geschenktaschen aus alten Musikkassetten oder Tonbändern.

- Mit zwei Recyclinggruppen stellen wir uns auf preiswert zur Verfügung stehende Materialressourcen in unserer modernen Gesellschaft ein: In der Fahrradwerkstatt werden gebrauchte Fahrräder auseinander gebaut und repariert. An vier Montageständern werden Wartungsarbeiten und Fahrradpflege durchgeführt oder auch aus „Schrottfahrrädern“ wieder neue Fahrräder für den Verkauf zusammengebaut. Eine Beteiligung an öffentlichen Aktionen, wie z.B. im Rahmen des Projekts „200 Tage Fahrradstadt Mönchengladbach“ wird gerne wahrgenommen und macht sowohl den teilnehmenden Mitarbeitern als auch Nutzern großen Spaß. In solchen Aktivitäten wird gesellschaftliche Teilhabe gelebt und erfahrbar. Die PC Recyclinggruppe verwertet alles, was mit Elektronik zu tun hat. Egal ob PC, Notebook, Monitor oder Drucker – die, meist gespendeten, Geräte werden in Einzelteile zerlegt und je nach Zustand sortiert und einem adäquaten Recycling zugeführt oder gereinigt und fachmännisch zu neuen Geräten zusammengebaut. Diese runderneuerten Geräte werden zum Verkauf angeboten und bieten für viele Menschen mit einem niedrigen Einkommen eine gute und preiswerte Möglichkeit einen PC zu erwerben. Hier wird moderne Technik reproduziert und dadurch erfolgt echte Wertschöpfung!

Insgesamt können psychisch behinderte Menschen ihren Interessen und Neigungen folgend und ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprechend in den Arbeitsgruppen der TaSt einer Vielfalt von unterschiedlichsten Aufgaben und Tätigkeiten nachgehen. Der zeitliche Rahmen der Arbeit, sowohl was die wöchentliche als auch was die tägliche Arbeitszeit betrifft, wird individuell den jeweiligen Teilnehmern angepasst und bei Bedarf auch wieder verändert. Dies bedeutet eine große Flexibilität für die Nutzer.

Zusätzlich zu den Arbeitsmöglichkeiten unterhält der RehaVerein in Mönchengladbach auf der Thüringer Straße 12 und in Rheydt auf der Dahlener Straße 116 die Kontakt- und Beratungsstellen. Das „Café Thü“ in Mönchengladbach und das „Café 37“ in Rheydt sind offene Angebote, die für jeden nutzbar sind.
Hier ist jedermann willkommen, sei es zum Kaffee trinken, Mittag essen, Leute treffen, klönen oder spielen. Man muss nichts verzehren oder kaufen und man muss sich auch nicht erklären, sondern darf einfach nur da sein und mit anderen zusammen sein.
Die Cafés sind täglich geöffnet und bieten eine Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen, ihre Angehörigen und Freunde. Ein weiteres Café betreibt der RehaVerein in der LVR-Klinik Mönchengladbach. Hier, im Bistro „Arkadien“, können Patienten, Mitarbeiter und Besucher der Klinik abseits vom Klinikalltag ein wenig verweilen und sich begegnen.

Die vielfältigen offenen Freizeitangebote des RehaVereins sind eine gern genutzte Möglichkeit. Ob es um einen besonderen Ausflug geht, um sportliche Aktivitäten, um gemeinsame Hobbys oder Gesprächsgruppen zu unterschiedlichen Themen – für viele Menschen bilden sie nicht nur eine interessante und willkommene Abwechslung im Alltag, sondern eine Gelegenheit aus dem erkrankungsbedingten Rückzug herauszufinden und wieder Interesse an der Welt zu entwickeln.

Mit allen diesen unterschiedlichen Angeboten gestalten wir in der TaSt Erfahrungsräume, in denen unsere Nutzer sich in Kontakt und Beziehung zu ihrer Umgebung erleben, sich an der Gestaltung ihrer Lebenswelt beteiligen und Möglichkeiten zur aktiven Freizeitgestaltung wieder entdecken können.
So bietet die Abteilung Tagesstruktur innerhalb des Gesamtangebots des RehaVereins Chancen zur Verwirklichung der interpersonellen Grundbedürfnisse und fördert damit für psychisch beeinträchtigte Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Ursula Weber
Leitung Ambulant Betreutes Wohnen

Ambulant Betreutes Wohnen

23 Jahre BeWo-Erfahrung und (k)ein bisschen weise

Meine Aufgabe ist es hier, die Entwicklung des Betreuten Wohnens im RehaVerein darzustellen. Und dies kann ich gut machen, arbeite ich doch seit Oktober 1990 in dieser Abteilung des RehaVereins und verfüge somit über ein knappes Viertel-jahrhundert BeWo-Erfahrung.

Als ich 1990 anfing, startete ich zuerst einmal mit einer halben Stelle, gehörte zum SPZ–Team in Rheydt auf der Brucknerallee 37 und teilte mir das Büro mit meiner direkten Kollegin Ulla Müller, die mich sowohl in die Grundlagen der BeWo-Arbeit als auch in die Mönchengladbacher Gemeinde-psychiatrie einführte. Zwei Jahre später kam ein weiterer Kollege in unser Team und so waren wir schon 3 BeWos. Klar, im SPZ Mönchengladbach wurde auch BeWo angeboten, aber zu den Kollegen/-innen dort hatten wir, bis auf die monatlich stattfindenden großen Teams, keinen engeren Kontakt, da die Nutzer/-innen stadtteilbezogen von den BeWo-Teams der beiden SPZs unterstützt wurden. Eine enge Zusammenarbeit fand hingegen in den SPZ-Teams statt, die wöchentlich tagten, gemeinsame Supervisionen hatten und sich aus den Kollegen/-innen der Tagesstätte, des Pflegedienstes, der Kontakt- und Beratungsstelle und des BeWos zusammen setzten. Damals war es so, dass jede/r Kollege/in entsprechend seines Stellenumfangs eine bestimmte Anzahl von Nutzern hatte (das Verhältnis war i.d.R. 1:12) und dass die BeWo-Plätze vom LVR bzw. der Kommune finanziert wurden. Ein wichtiger Unter-schied zu heute war, dass die Platzzahl begrenzt war und somit nicht alle Menschen, die einen Unterstützungsbedarf hatten, diesen auch bekamen. Ein weiterer Unterschied zu heute ist der, dass die Hilfen einkommensunabhängig waren.

Aber was genau ist jetzt eigentlich BeWo oder, wie es ganz korrekt heißt, das Ambulant Betreute Wohnen?
BeWo bedeutet, dass psychisch kranke Menschen in einer von ihnen selbst angemieteten Wohnung im Stadtgebiet leben und von einer Fachkraft aus den Berufsgruppen Sozialarbeit, Sozialpädagogik oder Gesundheitspflege Unterstützung und Begleitung bekommen bei den alltäglichen Problemen des Lebens, mit denen sie sich überfordert fühlen oder die sie sich nicht zutrauen. Dies kann z.B. praktische Anleitung bei der Bewältigung des Haushalts sein, Begleitung zu Ämtern oder Ärzten, Motivation zur Tagesgestaltung, Unterstützung bei der Freizeitgestaltung und der Gestaltung sozialer Beziehungen oder einfach nur ein Entlastungsgespräch. Diese Liste könnte ich noch um ein Vielfaches ergänzen, verweise aber an dieser Stelle lieber auf das BeWo-Konzept, welches auf unserer Homepage zu finden ist.

Ganz häufig habe ich erlebt, dass interessierte Menschen die Sorge hatten, dass sie, wenn sie BeWo in Anspruch nehmen, nicht mehr über sich selbst und ihr Leben bestimmen dürfen. Angehörige und andere soziale und medizinische Einrichtungen haben demgegenüber eher die Erwartung, dass das BeWo eine 24-Stunden-Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleistet und in ständiger Einsatzbereitschaft ist. Aber keines von Beidem trifft zu. Im Grunde ist der Begriff des „Betreuten Wohnens“ irreführend und müsste umbenannt werden, z.B. in „Begleitender Dienst“.
Ganz wichtig ist für uns auf jeden Fall, dass die psychisch kranken Menschen ihre Selbständigkeit bewahren und selbst-verständlich das Recht haben, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, auch wenn es uns manchmal nicht gefällt. Die einzige Einschränkung ist dann gegeben, wenn der Mensch sein eigenes Leben oder das Leben anderer Menschen gefährdet. Dann sind wir sogar verpflichtet, die entsprechenden Wege zu gehen. Aber das kommt – Gott sei Dank – nicht so oft vor, da die BeWo-Bezugspersonen ihre Nutzer/-in meist über einen längeren Zeitraum begleiten, Krisen früh erkennen und über die Beziehungsarbeit mit dem Nutzer/-in im Vorfeld schon nach Lösungen suchen können.

Das Jahr 1995 war für mich von besonderer Bedeutung: Es war das Jahr, in dem das Wohnheim in Bettrath eröffnet wurde was für mich die Konsequenz hatte, mich von meiner geschätzten Kollegin Ulla Müller „verabschieden“ zu müssen, da sie die Wohnheimleitung übernahm.
Die nächsten Jahre waren geprägt von vielen Personalwechseln. Im Jahr 2000 übernahm ich neben meiner BeWo-Arbeit die SPZ-Leitung in Rheydt.
Als im Jahre 2004 die SPZ-Team-Struktur aufgelöst wurde und der RehaVerein in Fachabteilungen untergliedert wurde, wurde mir die Leitung der Abteilung Ambulant Betreutes Wohnen übertragen. Zunächst war es die Aufgabe der beiden bis dahin autonomen BeWo-Teams zu einem Team zusammen zu wachsen, was in meiner Erinnerung dank der guten Kooperation aller Kolleginnen und Kollegen recht schnell gelang.

Fast gleichzeitig wurde die pauschale Finanzierung auf eine leistungsbezogene Entgeltfinanzierung umgestellt. Die Stich-worte sind: Hochzonung, Individueller Hilfeplan, Fachleistungs-stunden, Hilfeplankonferenz, Marktöffnung für private Anbieter, Rechtsanspruch auf BeWo, LVR als alleiniger Kostenträger der Eingliederungshilfe und die einkommensabhängige Hilfe-gewährung.
Dies führte zu großen Veränderungen der gesamten Abläufe in der Arbeit mit den Nutzern/-innen, die personenzentrierter wurde, aber auch zu einem wesentlich höheren Verwaltungs-aufwand: Der Taschenrechner und das Controllen von Zahlen/Stunden, die Arbeit am PC, Erstellen von Listen und Tabellen etc. sind aus dem BeWo nicht mehr wegzudenken.

Und die Umstellung hat dazu geführt, dass die Abteilung BeWo von damals 6 auf aktuell 40 Mitarbeiter/-innen angewachsen ist. Natürlich werden jetzt auch entsprechend mehr Nutzer/-innen begleitet: 2004 waren es „nur“ 56, heute (Stand August 2013) sind es ca. 260 Nutzer/-innen, die durch das BeWo unterstützt werden.

2007 fand dann der Umzug von der Brucknerallee auf die Dahlener Straße 116 statt – eine wirklich gute Maßnahme, da auf der Brucknerallee sowohl für die Nutzer/-innen als auch die Mitarbeiterschaft zu wenig Platz war.
Zudem bot der neue Standort die Möglichkeit eines neuen Wohnprojekts, über welches im Netzwerk schon lange nachgedacht worden war. Es sollte die Lücke zwischen BeWo und Wohnheim schließen um Menschen, die die umfassende Unterstützung eines Wohnheims nicht benötigen, mit dem BeWo aber (noch) überfordert sind, ein passendes Wohn-angebot zu machen. Hier standen nun Räume zur Verfügung, die nach entsprechenden Umbaumaßnahmen geeignet waren, diese Ideen zu realisieren. Nach einer langen Planungsphase konnten im Juni 2012 endlich elf Mieter/-innen die Räume und Appartements des Ambulant Betreuten Wohnen Plus (kurz BeWo+) beziehen.
Das Plus bedeutet, dass den Menschen, neben den ganz individuellen Unterstützungsleistungen wie sie im BeWo angeboten werde, zusätzlich in den frühen Morgen- und Abend-stunden eine Fachkraft zur Verfügung steht. Zudem ist eine Nachbereitschaft installiert, die bei Bedarf gerufen werden kann. Da das Haus in unmittelbarer Nähe zum SPZ liegt, können die Menschen, ohne belastende Wegstrecken hinter sich bringen zu müssen, gleichzeitig die Beschäftigungs- und Freizeitangebote der Kontaktstelle nutzen.

Inzwischen ist das BeWo+ Konzept im Netzwerk bekannt und viele Anfragen bestätigen uns immer wieder, dass wir mit dem BeWo+ das richtige Wohnangebot gemacht haben.

BeWo, BeWo+ und Wohnheim: Nichts liegt näher, als diese drei Wohnangebote strukturell unter dem Begriff Wohnverbund zusammen zu fassen, was wir jetzt auch mit einem gemein-samen Konzept in die Realität umgesetzt haben. Dies ermöglicht ein hohes Maß an Durchlässigkeit für die Nutzer, die je nach persönlicher Entwicklung die Möglichkeit haben, vereinsintern in ein anderes Wohnangebot zu wechseln. Dies erfordert selbst-verständlich eine enge Kooperation zwischen den Abteilungen BeWo und Wohnheim sowie dem regionalem Netzwerk.
Für mich persönlich schließt sich damit auch wieder der Kreis. Nachdem ich mich 1995 von Ulla Müller in der direkten Zusammenarbeit verabschieden musste, haben wir jetzt im Wohnverbund wieder gemeinsam Aufgaben zu bewältigen.

In 2010 wurde im RehaVerein das Case Management eingeführt und hiermit veränderten sich die Aufgaben der BeWo-Mitarbeiter/-innen und auch meine eigene Rolle. Diesen Prozess sehe ich noch nicht als abgeschlossen an, da immer wieder Abstimmungsbedarf zwischen den Abteilungen entsteht. Das ist nicht immer einfach, aber es ist eine besondere Qualität des RehaVereins und seiner Mitarbeitern/-innen, immer wieder gemeinsam nach Lösungen zu suchen und diese auch zu finden.

Wenn ich jetzt insgesamt die 23 Jahre betrachte, dann ist klar, dass sich das BeWo, insbesondere in den vergangenen 10 Jahren, stark verändert hat. Positiv ist sicher, dass jetzt alle psychisch kranken Menschen die Möglichkeit haben, das BeWo in Anspruch zu nehmen. Und den IHP sehe ich als sehr gutes Instrument, die Nutzer zielorientierter zu unterstützen.
Aber hat sich durch die ganzen Entwicklungen auch etwas qualitativ an der BeWo-Arbeit verändert? Ich glaube dies nicht, denn letztlich ist die Qualität der BeWo-Arbeit nicht von Instrumenten abhängig, sondern von der eigenen inneren Haltung des jeweiligen Mitarbeiters zu den einzelnen Menschen und ihrer psychischen Erkrankung. Und hierbei sind aus meiner Sicht die Akzeptanz von Andersartigkeit, Empathie, Authentizität in der Begegnung, der Respekt vor dem Menschen mit seiner persönlichen Geschichte und das Vertrauen in seine Entwicklungsmöglichkeiten von herausragender Bedeutung.

Ulla Müller
Leitung Wohnheim

Wohnheim

**Das Wohnheim auf der Nelkenstraße –
ein unerlässlicher Teil unseres Wohnverbunds**

Das Wohnheim Nelkenstraße wurde nach mehrjähriger Vorbereitung durch den damaligen Vorstand Eckhard Kleinlützum und Dr. Ralf Seidel im November 1995 eröffnet. Es war konzipiert im Rahmen des groß angelegten Enthospitalisierungsprogramms des Landschaftsverbandes Rheinland, der sich Anfang der neunzehnhundertneunziger Jahre zum Ziel gesetzt hatte, die Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Kliniken in ihre Heimatgemeinden zu reintegrieren.

Die ersten Bewohnerinnen und Bewohner, die am 16.11.1995 einzogen, waren Langzeitpatient/-innen aus der LVR-Klinik Viersen. Der Umzug aus der jahrzehntelangen Hospitalisierung in den neuen Lebensraum eines Wohnhauses in einer ganz normalen Wohnstraße war für alle ein riesiger Schritt, verbunden mit einer Mischung aus Freude und Angst. Doch die ruhige und wohnliche Umgebung und die wachsende Akzeptanz innerhalb der Nachbarschaft verhalfen ihnen zu einem schnellen Einleben. Die nächste Bewohnergruppe kam nach und nach aus der LVR-Klinik Mönchengladbach hinzu.

Sowohl für die Bewohner/-innen als auch für das Mitarbeiterteam, das sich aus psychiatrieerfahrenen Fachkräften und Berufsanfängern zusammensetzte, waren die ersten Jahre eine große Herausforderung.
Die umfassende Aufgabe, eine angenehme Wohnatmosphäre und ein soziales Gefüge innerhalb der Gruppe zu schaffen, jedem Menschen in seiner Individualität gerecht zu werden und seine Lebensplanung gemeinsam zu gestalten, stellte von Anfang an einen hohen Anspruch an die Persönlichkeit, Fachlichkeit und Flexibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar.
Während in den ersten Jahren das Ziel darin bestand, dass jede/r Bewohner/in im Wohnheim und in der unmittelbaren Umgebung sein dauerhaftes Zuhause findet, sind im Laufe der Jahre immer mehr Menschen hinzugekommen, die nach langer Krise für einen begrenzten Zeitraum in dem beschützten und fördernden Setting auf die Selbstständigkeit in der eigenen Wohnung vorbereitet werden.
Das differenzierte Angebot des RehaVereins und die gute Vernetzung sowohl intern als auch extern eröffnen den Bewohnern und Bewohnerinnen die weiteren passenden Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten.
In diesem Angebotsrahmen stellt das Wohnheim eine wachsende Palette an Möglichkeiten für die Bewohner/-innen zur Verfügung. Sie reicht von aktivierenden tagesstrukturierenden Arbeits- und Freizeitangeboten bis zur intensiven Unterstützung zum Erhalt der Alltagsfähigkeiten mit einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Die Individualität der Wünsche und Ressourcen der Bewohner/-innen steht dabei immer im Vordergrund.
Einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität für die Bewohnerschaft stellt die über die Jahre gewachsene Inklusion innerhalb der Nachbarschaft auf der Nelkenstraße dar. Es finden gemeinsame Feste statt, und die nachbarschaftliche Hilfe erfolgt mittlerweile gegenseitig.

Das Wohnheim Nelkenstraße bietet 16 Einzelzimmer in fünf Wohngruppen und zwei Appartements als Außenwohnplätze in der näheren Umgebung.
Das Mitarbeiterteam ist multiprofessionell mit erfahrenen Fachkräften besetzt und wird ständig durch junge Auszubildende und Praktikant/-innen ergänzt.

Petra Ordegel
Leitung Pflegedienst

Pflegedienst

Der ambulante Pflegedienst ist ein Fachpflegedienst für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. Was für den gesunden Menschen selbstverständlich ist, kann Betroffene vor unüberwindbare Schwierigkeiten stellen. Sie in ihrem individuellen Menschsein anzunehmen und zu respektieren, ist unser besonderes Anliegen. Durch den Aufbau einer vertrauten Beziehung und gegenseitige Anerkennung versuchen wir unseren Patienten eine Unterstützung in ihren Lebensaktivitäten zu geben. Aus dem Umgang mit den uns anvertrauten Menschen wissen wir: Die Art und Weise des gemeinschaftlichen Umgangs hat mindestens einen genauso starken Einfluss auf das Befinden wie das fachlich souveräne Ausführen unserer Pflegearbeit. Seit vielen Jahren betreuen wir unsere Patienten in diesem Sinne.

Die psychiatrische Pflege von heute hat sich stark gewandelt. Sie stand in der internen Hierarchie der Pflegeberufe lange Zeit ziemlich weit unten – weit weg von den hygienisch einwandfrei sauberen und aller Individualität beraubten Stationen. Psychiatrische Pflege war zwar irgendwie auch Pflege, aber doch eher diskriminiert und verbunden mit der Vorstellung von Wärtern, die Zwangsjacken anlegten und Patienten in Dauerbäder setzten. Ambulante psychiatrische Pflege gab es früher gar nicht.
Seit ca. 1970 wurde die Handlungskompetenz von Pflegenden in der Psychiatrie immer weiter gestärkt und die psychiatrische Versorgung bis in die heutige Zeit immer wieder verbessert.
Das erste Modellprojekt für ambulante psychiatrische Pflege wurde 1980 in Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Seitdem wurden über viele Jahre auf Basis von Einzelfallentscheidungen und Sondervereinbarungen ambulante psychiatrische Pflege angebote erprobt, die jedoch weder flächendeckend noch regelfinanziert waren. Seit 2005 gibt es die ambulante psychiatrische Pflege bundesweit.
Ambulante psychiatrische Pflege als Behandlungspflege umfasst Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegekräfte delegiert werden können. Die Patient/-innen und deren Angehörige heute sind aktiv an der Pflege beteiligt.

1993
Start der ambulanten psychiatrischen Pflege im RehaVerein. Bis zum Jahr 2005 arbeitete der Dienst ausschließlich ohne somatische Behandlungs- und Grundkrankenpflege.

Im RehaVerein haben wir im Jahr 1993 einen Pflegedienst eingerichtet. Es war damals auch politisch gewollt, dass diese ambulante Behandlungsform für psychisch kranke Menschen sich etablieren sollte. Sie sollten nicht länger nur stationär versorgt und behandelt werden. Neben den Angeboten der Sozial- bzw. Eingliederungshilfe entstanden im bescheidenen Rahmen nun ambulante Pflegedienste, die sich die Versorgung psychiatrischer Patient/-innen zur Aufgabe machten.
Die Idee eines ambulanten Pflegedienstes war allerdings nichts Neues. Wir alle kennen diese Form von ambulanter Hilfe, die in erster Linie alte und gebrechliche Menschen in ihrem direkten Wohnumfeld versorgt und unterstützt. Ein Ziel dabei ist, die Menschen so lange wie möglich vor der Unterbringung in einem Heim zu bewahren. Bei psychisch kranken Menschen muss dieses Ziel ein wenig modifiziert werden. Die Patient/-innen sind häufig jung, eine Heimunterbringung steht gar nicht zur Debatte. Durch die Fortführung der ärztlich/medizinischen Behandlung geht es aber darum, den Behandlungserfolg abzusichern, die Patient/-innen weiter zu stabilisieren und so den nächsten Klinikaufenthalt möglichst zu verhindern. Eine klassische Form medizinischer Nachsorge. Die Etablierung eines solchen Dienstes für psychisch kranke Menschen war und ist allerdings nicht unproblematisch.

2006
wurden dann auch Verträge zur Erbringung von Leistungen zur Grundkrankenpflege mit den Pflegekassen geschlossen.

Die Leistungen der Pflegedienste werden von den Krankenkassen in Zeiteinheiten vergütet, das ist bei psychiatrischen Patient/-innen nicht anders. Wie oben geschildert ist die Arbeit mit diesem Personenkreis aber in erster Linie Beziehungsarbeit, die eigentlich viel mehr Zeit braucht, als vorhanden. Psychiatrische Pflegedienste haben deshalb immer ein Zeit- und/oder Finanzierungsproblem. Weil das 1993 nicht anders war, haben das Land NRW und die Kommunen Anschubfinanzierungen geleistet. Zunächst musste nur etwa ein Drittel der Kosten über die Krankenkassen refinanziert werden. Die Zuschüsse fielen im Laufe der Jahre weg und heute erwirtschaftet unser Pflegedienst seine Erlöse einzig über die Krankenkassen (SGB V) und die Pflegekassen (SGB XI). Natürlich führte das dazu, dass wir den Dienst effizienter machen mussten indem eine Touren- und Einsatzplanung eingeführt und professionalisiert wurde. Außerdem haben wir die Zielgruppe vorsichtig erweitert, ohne unseren vorrangigen Auftrag aus den Augen zu verlieren. Der RehaVerein versorgt heute mehr als 100 Patientinnen und Patienten.

Ulrike Gerstenberg
Leitung Case Management

Case Management

Im Zusammenhang mit Konzepten zum personenzentrieten Arbeiten, die im Gegensatz zur Angebotsstruktur alter Schule stehen sollten, begann der RehaVerein vor über drei Jahren damit, ein Konzept für seine eigenen Angebote zu entwickeln. Da wir seit mehr als 20 Jahren eine hervorragende Kooperation mit dem IBS[1] in Aachen pflegen, lag es nahe, dass wir uns dem Thema Fallmanagement auch aus einer systemischen Sicht nähern wollten. So veranstalteten wir im Jahr 2010 einen zweitägigen Workshop mit ca. 20 Beschäftigten aus allen Bereichen. Das Ziel war es, durch die Implementierung des Systemischen Case Managements, den personenzentrieten Ansatz im RehaVerein umzusetzen.

Herausgekommen ist dabei die neue Abteilung Case Management, die abteilungsübergreifend konzipiert wurde. Im Hintergrund standen dabei die Erfahrungen, dass Nutzer/-innen, die im BeWo nach Unterstützung fragten, auch BeWo bekamen, wer in der Tagesstätte fragte, erhielt einen Tagesstättenplatz, so denn einer frei war. Im Wohnheim das gleiche Bild.
Wir wollten von dieser starren Angebotsstruktur weg. Sie stand und steht an vielen Stellen noch immer unserem Verständnis von personenzentrierten Hilfen entgegen. Seit drei Jahren werden nun in den Erstgesprächen die Hilfebedarfe abteilungsübergreifend vom Case Management ermittelt. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Unterstützung suchen, werden von den Mitarbeiter/-innen des Case Managements beraten und die notwendigen Hilfen werden installiert. Die Ziele und Bedürfnisse der Nutzer/-innen stehen dabei eindeutig im Vordergrund, dennoch kommt häufig was ganz anderes, als zunächst erwartet, heraus.

Zwei Beispiele aus der Arbeit:

- Der RehaVerein erbringt z.B. teilweise nur einen Teil der Hilfen, während andere Formen der Unterstützung durch andere Anbieter aus dem psychiatrischen Kontext oder durch nichtpsychiatrische Hilfen sichergestellt werden.

- Die Unterstützungen durch den RehaVerein sind nicht mehr so linear zuzuordnen, die Verläufe sind viel dynamischer und durchlässiger.

Das Case Management arbeitet auch im weiteren Betreuungsverlauf abteilungsübergreifend und behält die Fallverantwortung in jedem Einzelfall. Dabei koordiniert es als Bindeglied sowohl zwischen den Abteilungen des RehaVereins als auch zu den externen Kooperationspartnern die Leistungen für jede/n einzelne/n Nutzer/in.

In der Regel dient der individuelle Hilfeplan (IHP) als Arbeitsgrundlage. Er wird gemeinsam erarbeitet, die Nutzer/-innen können ihre Ziele, Stärken und Probleme darstellen.
Die Aktualität der Ziele wird in dreimonatig stattfindenden Monitoring Gesprächen überprüft. Wenn notwendig, werden weitere Hilfen installiert oder andere beendet.
Das Konzept des Monitorings sieht vor, dass alle am Fall beteiligten Personen teilnehmen. Dabei sollen Kollegen/-innen von anderen Organisationen und auch die gesetzlichen Betreuer/-innen besonders mit einbezogen werden. Das gelingt längst nicht immer, gewinnt aber zusehends an Akzeptanz.

Am Ende eines Bewilligungszeitraumes (ein IHP wird in der Regel für ein bis zwei Jahre bewilligt) findet eine Auswertung statt, die die Grundlage für einen neuen IHP oder für die Beendigung der Hilfen sein kann.

Die Unterstützung, die die einzelnen Nutzer erhalten, kann stark variieren. Im BeWo sind Aufgaben wie Unterstützung bei Behördenangelegenheiten, Wohnungspflege, im Arbeitsbereich, Auffinden von Freizeitmöglichkeiten und Motivation dazu, Schwerpunkte. Häufige Themen sind auch der Umgang mit der eigenen Erkrankung und die Gestaltung von Freundschaften. Durch die Gespräche mit den BeWo Kollegen können die Nutzer ihr eigenes Verhalten reflektieren und neue Muster erarbeiten.
Im Bereich der TaSt haben sie die Möglichkeit, ihren Tag gemeinsam mit anderen Nutzer/-innen zu verbringen, leichte Tätigkeiten auszuüben und dadurch wieder mehr Selbstwertgefühl zu erlangen. Für einige ist dies die Vorbereitung auf den ersten Arbeitsmarkt, für andere ist es eine Möglichkeit der dauerhaften Beschäftigung.

Die Einführung des Case Managements im RehaVerein war nicht immer einfach…

Alte Strukturen wurden aufgebrochen, neue Zuständigkeiten verteilt und eingeführt, und das bleibt nicht immer diskussionslos. Gerade das erste Jahr war geprägt von vielen Absprachen, verwirrenden Fragen, wer macht was, informiert wann, wen, warum?! Die Mailflut wurde länger, und manch einer hat sich gefragt, und das soll´s jetzt sein? Warum das Ganze? Aber mit Nachbesserungen, einem gemeinsamen Workshop nach einem Jahr, sind die Mails wieder weniger geworden, die Aufgabenverteilung klarer und die Arbeit mit den Monitoringzielen fester Bestandteil im RehaVerein.

Durch die regelmäßigen Monitoringgespräche haben die Nutzer die Möglichkeit, konzentriert ihre Belange, Wünsche und Ziele einzubringen. Immer mehr Nutzer fragen nach den nächsten Terminen und entwickeln Ideen und Perspektiven dafür.

Kleine Veränderungen und Fortschritte, die im Alltag häufig untergehen, werden in den Gesprächen deutlich. Eine gemeinsame Unterstützung ist durch den Austausch von allen Beteiligten sehr viel einfacher. Individuelle und kreative Lösungen können schneller gefunden werden. So hat sich die Arbeit trotz anfänglicher Schwierigkeiten immer stärker zum personenzentrieten Ansatz entwickelt und weiter weg vom „über den Nutzer reden“ hin zum „mit dem Nutzer Lösungen und Wege suchen“.

Aber nicht nur innerhalb des RehaVereins hat die Einführung des Case Management zu anfänglichen Diskussionen geführt, auch in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Organisationen kamen Fragen auf, wo bleibt da die Beziehungsarbeit, ist dies nicht noch aufgepropft oben drauf, noch eine Person mehr im System, wozu das Ganze? Aber im Tun haben sich diese Sorgen schnell zerschlagen. Im Gegenteil – durch den abteilungsübergreifenden BIick der Case Manager sind die Angebote transparenter geworden, Aufnahmen konnten beschleunigt werden und individuellere Unterstützungspakte geschnürt werden.

Nach fast 4 Jahren Case Management kann ich die Einführung als vollen Erfolg sehen, der den Nutzern zugute kommt, mit allen Hürden, die der Alltag bereit hält.

[1] *Das IBS ist das systemische Institut für Beratung und Supervision und wurde vom ehemaligen, mittlerweile verstorbenen Mönchengladbacher Hochschulprofessor Heinz Kersting gegründet.*

Marianne Bienefeld
Ulla Reitz
Integrationsfachdienst

Integrationsfachdienst

Die Integrationsfachdienste (IFD), früher Psychosoziale Dienste, wurden Mitte der 80er Jahre ins Leben gerufen. Leitgedanke war dabei, dass psychisch kranke Menschen besondere Hilfen im Arbeitsleben benötigen und dass diese über das Schwerbehindertengesetz finanzierbar sind. Über Modell- und Forschungsprojekte wurden Arbeitsgrundlagen und Konzepte für diese Dienste entwickelt. Heute ist der Integrationsfachdienst ein ambulanter professioneller Dienstleister zur Teilhabe (schwer)behinderter Menschen am Arbeitsleben. Der IFD arbeitet im Auftrag des LVR Integrationsamtes.

Der IFD unterstützt behinderte Arbeitnehmer/-innen bei der Sicherung oder Erlangung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses. Für Arbeitgeber bietet der IFD Information und Hilfestellung bei unterschiedlichen Problemsituationen rund um die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen.

Im Vorgriff auf eine Änderung des Schwerbehindertengesetzes im Jahre 1986 konnte im Mai 1985 mit Unterstützung der Stadt Mönchengladbach und dem heutigen LVR Integrationsamt die erste Stelle für die psychosoziale Betreuung von seelisch behinderten Arbeitnehmer/-innen beim RehaVerein eingerichtet werden.
Die alleinige Aufgabe des Integrationsfachdienstes war zunächst die Betreuung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben.
Sukzessive wurden diese Dienste dann in den nächsten Jahren rheinlandweit bei freien, gemeinnützigen Trägern, die eine entsprechende behindertenspezifische Fachkompetenz vorhielten, eingerichtet.

Mit dem In-Kraft-Treten des Gesetzes zum Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen und der Novellierung des SGB IX wurde für die Integrationsfachdienste eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Es kam zur Stellen- und Aufgabenausweitung. Die Aufgabenbereiche umfassten nun die psychosoziale Beratung und Berufsbegleitung, hinzu kamen mit Finanzierungsbeteiligung der Bundesanstalt für Arbeit, die Bereiche der Integrationsbegleitung und Vermittlung in Arbeit für schwerbehinderte Menschen.
So konnte dann im Jahr 2001 eine zweite Stelle beim RehaVerein eingerichtet werden. Seitdem übernehmen zwei Mitarbeiterinnen die Aufgaben der Berufsbegleitung und Vermittlung in Arbeit.

Die Veränderungen der Rahmen- und Arbeitsbedingungen erfolgten von da ab in viel kürzerer Taktung. Hier ein kurzer Überblick:

- Durch gesetzliche und sozialpolitische Veränderungen änderten sich die Zielgruppen und Arbeitsweisen der IFD
- 2004 übernahm das Integrationsamt die alleinige Strukturverantwortung für die IFD
- Alle Träger der beruflichen Rehabilitation können auf der Grundlage gemeinsamer Empfehlungen die IFD beauftragen
- 2011 endete das freie Beauftragungsverfahren durch die Arbeitsagentur für Vermittlung von schwerbehinderten Arbeitssuchenden
- Die Stellenanteile der IFD-Träger konnten durch Ausweitung anderer Arbeitsbereiche im Wesentlichen erhalten bleiben. Dadurch konnten Kündigungen vermieden und die hohe Beratungs- und Betreuungskompetenz der Beschäftigten erhalten werden

Alle ehemals eigenständigen IFD-Träger, wie auch der RehaVerein, sind mittlerweile Partner in einem Kooperationsbündnis. Pro Arbeitsagenturbezirk ist im Kooperationsverbund für das Integrationsamt ein Hauptpartner zuständig.
In Mönchengladbach ist dies das Zentrum für Körperbehinderte e.V.
Der zentrale Beratungsstandort für die IFD Fachberater für alle Behinderungsarten (bis auf Sehbehinderung) ist seit 2009 in Mönchengladbach im Beratungsgebäude des Zentrums für Körperbehinderte e.V. auf der Krefelder Straße angesiedelt.
Dabei bleibt die IFD Beratung und Begleitung der Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen weiterhin in erster Linie Aufgabe der Mitarbeiterinnen des RehaVereins.
Der RehaVerein hält im Hause Thüringer Straße 12 noch ein zusätzliches Beratungsbüro für den IFD vor.
Im Verbund IFD-Mönchengladbach arbeiten zurzeit acht Fachkräfte, spezialisiert für die jeweiligen Behinderungsarten. Ihre Aufgaben sind Begleitung am Arbeitsplatz, Vermittlung von Rehabilitanden, Übergangsbegleitung von der Werkstatt in den allgemeinen Arbeitsmarkt und berufsorientierte Vorbereitung und Begleitung von Schülern mit erhöhtem Förderbedarf.

Aktuell im Jahr 2013 sind die beiden Mitarbeiterinnen des RehaVereins für die Bereiche Arbeitsplatzsicherung, Vermittlung von Rehabilitanden in Arbeit, Übergang Werkstatt allgemeiner Arbeitsmarkt, Information und Beratung von Arbeitgebern, Betriebsräten und Kollegen zur Beschäftigung von (schwer)behinderten Mitarbeiter/-innen sowie für Schulungen und Informationsveranstaltungen zu Beschäftigung psychisch erkrankter Mitarbeiter zuständig.

Klaudia Rudat
stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Verwaltung und Rechnungswesen – die Mannschaft im Hintergrund

Im Jahr 2004, als Dieter Schax die Geschäftsführung des RehaVereins übernahm, erfolgte auch der Startschuss zum Aufbau einer leistungsfähigen Verwaltung inklusive Rechnungswesen, die flexibel und schnell auf verschiedenste Anforderungen reagieren kann.

Dieter Schax sah die Notwendigkeit, den Bereich Verwaltung und Rechnungswesen (ReWe) auszubauen, der bis dahin im Wesentlichen von zwei Teilzeitkräften für Abrechnungen und Personalangelegenheiten sowie einer Sekretariatskraft abgedeckt wurde. Unterstützung gab es immer mal wieder durch Praktikanten oder ASH (Arbeit statt Sozialhilfe) – Kräfte, welche durch das Sozialamt bezahlt wurden und für max. zwei Jahre im Verein beschäftigt werden konnten.
Viele Verwaltungstätigkeiten erledigten die pädagogischen Mitarbeiter nach der alten Tradition „Jeder macht Alles“, was es einer Geschäftsführung generell erschwert, schnell einen umfassenden Überblick über relevante Vorgänge zu erlangen, ganz abgesehen davon, dass dadurch auch weniger Zeit für die Arbeit mit den Nutzer/-innen zur Verfügung stand.
Da zu diesem Zeitpunkt auch die Umstellung der Refinanzierung des Ambulant Betreuten Wohnens von der Pauschalfinanzierung zur Abrechnung nach erbrachten Fachleistungsstunden vollzogen wurde, ergaben sich ein wesentlich höherer Bearbeitungsaufwand und vor allem der Bedarf eines Controllings.

2005 übertrug Dieter Schax mir die Leitung von Verwaltung und ReWe nachdem er sich davon überzeugt hatte, dass wir in den entscheidenden Fragen zur wirtschaftlichen Führung des RehaVereins übereinstimmen.
Nach wie vor stehen keine rein ökonomischen Interessen im Vordergrund, bei denen z.B. die Gewinnmaximierung eine herausragende Rolle spielen würde. Vielmehr werden die Perspektiven der Nutzer/-innen, der Mitarbeiter/-innen und der Öffentlichkeit bei der Unternehmenssteuerung in hohem Maß berücksichtigt, was an unserer Balanced Scorecard, ein Instrument der Unternehmenssteuerung, sichtbar ist.
Selbstverständlich ist die Finanzperspektive unverzichtbar, hat sie doch die Aufgabe, durch umsichtiges Haushalten die Basis für ein gesundes und erfolgreiches Unternehmen zu gewährleisten. Sichere Arbeitsplätze, ausreichende Mittel für Investitionen und die fortwährende Verbesserung der Angebotspalette für unsere Nutzer/-innen sind erkennbare Merkmale dafür, dass diese Aufgabe erfüllt wird.

Eine ständig wachsende Zahl von Nutzer/-innen, eine deutlich gesteigerte Beschäftigtenquote als Folge neuer und erweiterter Tätigkeitsfelder, blieben und bleiben nicht ohne Einfluss auf die Abteilung Verwaltung und ReWe.

Zentrale Anlaufstellen an unseren Standorten Mönchengladbach und Rheydt erfordern eine hohe Erreichbarkeit des Vereins und eine zügige Weitervermittlung an zuständige Abteilungen.

Der Bereich Personalverwaltung ist ebenso wie der Bereich Buchhaltung mit speziell ausgebildeten Fachkräften besetzt, die zeitnah benötigte Informationen und Zahlen liefern können, was nicht immer selbstverständlich war – es gab einfach nicht genügend Verwaltungsstellen.
Heute wird die schnelle Lieferung von Daten aber sowohl von externen Stellen, wie z.B. dem LVR und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, als auch von Mitarbeiter/-innen der anderen Abteilungen erwartet und für die Geschäftsführung ist eine schnelle Datenverfügbarkeit wichtig in Bezug auf die Fundierung von Unternehmensentscheidungen.
Mittlerweile ist der soziale Sektor vom Marktgeschehen genauso betroffen wie die freie Wirtschaft und betriebswirtschaftliches Know-how ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer Non-Profit Organisation wie dem RehaVerein.
Seit 2010 lassen wir unsere Jahresabschlüsse freiwillig von einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft prüfen, die auch unser internes Kontrollsystem begutachtet und uns wichtige Hinweise für Verbesserungen gibt. Dies gibt Aufsichtsrat und Vorstand die Sicherheit, dass der RehaVerein auch aus wirtschaftlicher Sicht die richtigen Wege geht.

Aber unsere Verwaltung leistet heute noch mehr als nur Datenbearbeitung: vielfältige Sachbearbeitungen inklusive Korrespondenz, Versicherungswesen, Immobilienverwaltung und Verwaltung des Fuhrparks runden das Spektrum ab, die verwaltungsnahen Stabsstellen Informationstechnik und Qualitätsmanagement haben die wesentliche Funktion Informationsfluss, Vernetzung und permanente Qualitätskontrolle der Geschäftsprozesse abzusichern.

Und weil die Geschäftsführung des RehaVereins noch viele Ziele für die Zukunft hat, um Angebote und Leistungen für psychisch erkrankte Menschen in unserer Region zu verbessern und zu erweitern, werden auch die Verwaltung und das Rechnungswesen ihre Kapazitäten erhöhen müssen, um alle unterstützenden Arbeiten im Hintergrund erledigen zu können.

Wir freuen uns und sind bereit.

Blick in die Zukunft

Dieter Schax
Vorstandsvorsitzender

Klaudia Rudat
stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Stabilisierung, Nachhaltigkeit und Innovation! – Der Weg zum halben Jahrhundert

Satzungsänderung

Bereits vor über drei Jahren haben wir damit begonnen, den Verein „wind- und wetterfest“ zu machen. Dies betraf zunächst die Bereiche, die vormals reine Bastionen des Ehrenamts waren. Die Umwandlung des ehrenamtlichen in einen hauptamtlichen Vorstand und die Implementierung eines Aufsichtsrats bedurften einer umfangreichen Satzungsänderung. Relativ unbemerkt von der Öffentlichkeit wurde hierdurch an einer entscheidenden Stelle ein wesentlicher Schritt in Richtung professionelle Steuerung und Unternehmensführung getan.

Mitarbeiterzufriedenheit

Die Arbeit im RehaVerein war stets geprägt von der hohen Fachkompetenz, aber auch vom persönlichen Engagement der Mitarbeiterschaft. In den ersten Jahren, als der Verein nur aus einer Handvoll von Personen bestand, war das selbstverständlich, um die Idee der Gemeindepsychiatrie weiterentwickeln zu können. Aber auch heute, in dem wesentlich größeren Unternehmen RehaVerein, nach den ganzen Veränderungen der letzten Jahre, lebt der sozialpsychiatrische Geist weiter und prägt eine besondere Arbeitsatmosphäre in unserem Verein.
Bei allen nicht zu leugnenden Schwierigkeiten und Widrigkeiten, die ein Wachstums- und Veränderungsprozess, wie ihn der RehaVerein seit vielen Jahren durchmacht, mit sich bringt, haben wir es geschafft, dass sich unsere Beschäftigten weiterhin gut aufgehoben und wohl fühlen. Der RehaVerein ist nach wie vor mehr als ein „Arbeitgeber“!
Dieses besondere Klima wirkt sich letztendlich positiv auf den Umgang mit den Klientinnen und Klienten und damit auf die hohe Qualität der Versorgung aus. Das war es in der Vergangenheit, ist es in der Gegenwart und wird auch für die Zukunft eine unabdingbare Voraussetzung sein.
Weil die hohe Leistungsbereitschaft und das große Engagement unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dennoch nicht selbstverständlich sind: an dieser Stelle ein ganz herzliches Dankeschön für all das, was in den vergangenen Jahren erreicht werden konnte.

***Dieter Schax**, Vorstandsvorsitzender*
des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.

EDV und Software

Nach einem ersten Fehlschlag vor einigen Jahren und anschließender langer Suche haben wir im vergangenen Jahr eine Betreuungssoftware gefunden, die unsere Vereinsstruktur gut abbildet und die gleichzeitig nutzer- und anwenderfreundlich ist. Für 2013 haben wir die Inbetriebnahme geplant und sind derzeit im Einführungsprozess. Dabei kommt viel Neues auf uns zu, was geschult, eingeübt und trainiert werden muss. Bis zum Jahresende wird es dauern, bis sich Routinen einspielen und Erleichterungen im Arbeitsprozess spürbar werden. Bis dahin brauchen alle viel Geduld und Disziplin. Das starke Wachstum des RehaVereins in den vergangenen Jahren lässt uns aber keine andere Wahl und rechtfertigt sowohl die Investition als auch diesen einmaligen Kraftakt.

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Auch an anderen Stellen bedarf es eines Zuwachses an Professionalität und Methodenkompetenz.
Ein Beispiel ist die Kooperation in sozialen Netzwerken. Durch die Veränderungen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft mussten Beziehungen neu entwickelt und aufgestellt werden. Eine große Hilfe war hierbei das LVR-Projekt „Förderung von Verbundstrukturen“, welches uns in engem Schulterschluss mit der LVR-Klinik Mönchengladbach und dem Gesundheitsamt der Stadt zu guter Letzt zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) in Mönchengladbach geführt hat. Hieran sind mittlerweile 15 Organisationen beteiligt.
Der GPV ist einmal mehr ein Indiz dafür, dass auch nach über 30 Jahren die wesentlichen Impulse für konstruktive Weiterentwicklungen und Veränderungen über die Achse Landschaftsverband Rheinland – Stadt Mönchengladbach – LVR-Klinik Mönchengladbach – RehaVerein laufen. Diese starke Partnerschaft hat sich über Jahrzehnte bewährt und der Psychiatrie in Mönchengladbach weit über die Landesgrenzen hinaus hohes Ansehen beschert. Der GPV, als kooperierende Gemeinschaft verschiedener Träger, offeriert durch die Vielfalt seiner Hilfsangebote die Möglichkeit, einer psychiatrischen Pflichtversorgung durch freiwillige Vereinbarungen ein Stück näher zu kommen.

***Klaudia Rudat**, stellvertretende Vorstandsvorsitzende*
des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.

Integrierte Versorgung

Der Ausbau von Behandlungsmöglichkeiten nach dem Sozialgesetzbuch V im ambulanten Bereich ist uns seit jeher ein großes Anliegen, auch um die Krankenkassen gezielt bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu involvieren. Bisher ist es lediglich der Pflegedienst, welcher von den Krankenkassen finanziert wird, seit längerem beschäftigen wir uns mit der Etablierung von Soziotherapie in Mönchengladbach, die Eröffnung einer ergotherapeutischen Praxis ist für das Jahr 2014 vorgesehen.
Unser aktuellstes Projekt ist allerdings die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff. Gemeinsam mit der LVR-Klinik Mönchengladbach und der Gesellschaft für psychische Gesundheit NRW (GpG) wollen wir als Partner der Krankenkassen gezielt eine neue Form ambulanter Behandlungsmöglichkeiten in Mönchengladbach etablieren. Dass wir dabei die innovative Idee eines organisationsübergreifenden gemeinsamen Teams aus RehaVerein und LVR-Klinik Mönchengladbach entwickelt haben, darf schon jetzt als modellhaft für das Rheinland und Westfalen angesehen werden. Der Start ist für den 01.10.2013 geplant.

Arbeitsplätze, Integrationsunternehmen

Neben den Wohnangeboten ist der Psychosoziale Dienst (PSD), der heute Integrationsfachdienst (IFD) genannt wird, das Aufgabenfeld, in welchen der RehaVerein am längsten tätig ist. Das deutet an, welch hohe Bedeutung wir dem Thema Arbeit für psychsich kranke Menschen von Beginn an zuerkannt haben.

Bereits Alexander Veltin und viele seiner späteren Wegbegleiter hatten erkannt, wie wichtig Arbeit und Beschäftigung für das Leben von Menschen, im Besonderen von psychisch kranken Menschen, ist.

So ist es in der Fachwelt heute unumstritten, dass der Ausbau sinnvoller und bedarfsgerechter Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke andere Hilfeleistungen wie z.B. Wohnangebote zu einem nicht unwesentlichen Teil ersetzen könnte. Dieser Tatsache entsprechend sind Zuverdienstprojekte, Firmen für psychisch Kranke und auch Integrationsbetriebe in ganz Deutschland entstanden, leider nicht in der benötigten Anzahl. Daher sind die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) auch für psychisch behinderte Menschen oft die einzige Möglichkeit, einer geschützten Beschäftigung nachzugehen. Dies ist auch in Mönchengladbach nicht anders.
Denkt man aber die aktuelle Diskussion um Inklusion, die sich im Wesentlichen auf Schulen und Kindertagesstätten bezieht, ein kleines Stück weiter, so ergibt sich zwangsläufig die Frage, wo ein inklusiv beschulter behinderter Mensch denn später einmal arbeiten soll? In einer WfbM?
Das kann die Antwort nicht sein und der Arbeitsmarkt wird sich dieser Frage in den nächsten Jahren stellen müssen.
Auch der RehaVerein wird dies tun und somit seinen Beitrag leisten. Es gibt zwar bereits einige Integrationsbetriebe in Mönchengladbach, aber die Beschäftigung von psychisch kranken Menschen ist dort eher die Ausnahme.
Daher ist die Gründung und Etablierung eines solchen Unternehmens, das sich zum Ziel setzt, in erster Linie psychisch kranken und abhängigkeitskranken Menschen tariflich entlohnte Arbeit- und Beschäftigung anzubieten, ein vorrangiges Ziel der nächsten Jahre.

Es gibt also weiter viel zu tun.
Der RehaVerein kann und wird nicht stagnieren. Es wird garantiert nicht langweilig. Wenn wir uns zum 50. Vereinsjubiläum in zehn Jahren treffen, werden wir überprüfen, wo wir dann sind.

Impressum

Festschrift zum 40-jährigen Jubiläum

Herausgeber:

Verein für die Rehabilitation
psychisch Kranker e.V. Mönchengladbach

Thüringer Straße 12
41063 Mönchengladbach
Telefon: 0 21 61 - 69 777 0
Telefax: 0 21 61 - 69 777 29
E-Mail: spz-mg@rehaverein-mg.de
www.rehaverein-mg.de

Aufsichtsratsvorsitzende:
Dr. Silvia Schöller

Vorstand:
Dieter Schax, Klaudia Rudat

Konzept und Design:
thieme|grafik
Thorsten Thieme
Pongser Straße 86
41239 Mönchengladbach
www.thieme-grafik.de

Die Verantwortlichkeit für die Inhalte der einzelnen Beiträge liegt bei den jeweiligen Autoren.

© 2013 Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des RehaVereins Mönchengladbach e.V. gestattet.

Verein für die Rehabilitation
psychisch Kranker e.V. Mönchengladbach
Thüringer Straße 12
41063 Mönchengladbach

www.rehaverein-mg.de

September 2013