

Ausgabe Sommer 2003

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hoffentlich rechtzeitig zum Ferienbeginn kommt mit dem EB eine mögliche Ergänzung der Urlaubslektüre – wobei der Unterhaltungswert sozialpsychiatrischer Informationen sich ja leider in Grenzen hält.

Wir würdigen eingehend den 25. Geburtstag des Solinger Trägervereins (nebenstehend) und gehen vielleicht etwas zu knapp auf den des Beruflichen Trainingszentrums Köln ein (S. 6). Dieses schaut immerhin auch auf zehn Jahre einer sozialpsychiatrisch ungemein wichtigen Arbeit zurück.

Wer das Extrablatt eingehender durchschaut, wird Hinweise auf geplante Aktivitäten der RGSP entdecken, unter anderem eine Veranstaltung zum Thema „Wohnen“ gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland.

Einige Wohnheime und Werkstätten für behinderte Menschen werden in den nächsten Tagen Post von uns erhalten. Es geht dabei um die seit Anfang des Jahres wirksame Kürzung des Selbstbehaltes aus Arbeitsbelohnung bei Wohnheimbewohnern. Wir fragen an, welche Auswirkungen wahrgenommen werden (siehe S. 6/7).

Einen schönen weiteren Sommer und gegebenenfalls. erholsamen Urlaub wünscht
Norbert Schalast

Trägerverein Solingen feiert 25. Geburtstag

Die RGSP gratuliert und wünscht allen Beteiligten Erfolg und Rückhalt für die weitere Arbeit

Im Jahre 1978 wurde der Psychosoziale Trägerverein von Solinger Bürgern gegründet. Der bescheidene Anfang bestand in einem Besuchsdienst für aus Solingen stammende Patientinnen und Patienten der Landeslinik Langenfeld und einer regelmäßigen Kaffeerrunde für Betroffene in Solingen. Heute verfügt dieser Hilfsverein über rund 140 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und versorgt etwa 700 psychisch kranke Bürgerinnen und Bürger mit differenzierten Hilfsangeboten. Im Laufe der Jahre wurde ein wirklich vorbildliches Hilfenetz aufgebaut (siehe untenstehender Kasten). Auch in Krisensituation, in denen in anderen Regionen der Weg in die stationäre Hilfe der Klinik oft

unumgänglich ist, stehen im PTV Hilfen zur Verfügung.

Die RGSP ist dem Verein in besonderer Weise verbunden. Seit vielen Jahren befindet sich in der dortigen Zentrale die RGSP-Geschäftsstelle, lange betreut von Lothar Bücher. Seit zwei Jahren liegt das Amt in den zuverlässigen Händen der Verwaltungsmitarbeiterin Gabi End.

Nils Greve, Geschäftsführer und leitender Arzt des Trägervereins war lange RGSP-Vorstandsmitglied und Extrablatt-Redakteur. Das EB hat die Gelegenheit genutzt, ihm einige Fragen zur aktuellen und zukünftigen Arbeit des Vereins zu stellen. Das Interview, welches Richard Suhre führte, beginnt auf der folgenden Seite.

Inhalt

Solinger Trägerverein 25 Jahre	1
Interview mit Nils Greve	2
Impressum	3
Selbstbestimmt Leben – Tagungsbericht	4
Magdeburger Thesen	5
Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatr. Verbände?	5
10 Jahre BTZ Köln	6
Kürzung des Selbstbehalts bei Wohnheimbewohnern in WfbM	6
Thesen „Geschützte Wohn- möglichkeiten“	7
Leserbrief	8

Die Angebotsstruktur des PTV Solingen

- Wohnheim: 51 Plätze in vier dezentralen Wohngruppen
- Tagesstätte: übers Jahr ca. 30 Klienten auf 15 Plätzen (Überbelegung, Fluktuation)
- Runder Tisch, Klubangebote etc.: 145 Besucher im Laufe des letzten Jahres
- Ambulante Beratung und Betreuung (einschließlich Betreuten Wohnens): ca. 240 Klienten im Verlaufe eines Jahres
- Klinischer Bereich (Tagesklinik + Krisenwohngruppe): ca. 150 Patienten pro Jahr
- Institutsambulanz: 100 Patienten pro Quartal, das mögen rund 200 verschiedene Menschen im Verlaufe eines Jahres sein
- Integrationsfachdienst: ca. 170 Klienten (Beratung plus Betreuung)
- Bei uns tätige Klienten und Maßnahmeteilnehmer: gleichzeitig ca. 35 Personen

Nutzerbeteiligung von Anfang an

Interview mit Nils Greve

EB: *Wie lässt sich die Grundphilosophie der Arbeit des Trägervereins beschreiben?*

NG: Der Verein wurde von einer Gruppe Solinger Bürger mit dem Ziel ins Leben gerufen, professionelle psychiatrische Hilfen für psychisch kranke Solinger vor Ort aufzubauen. Maßstab sind die Bedürfnisse dieser Personengruppe: Alles, was sie an Hilfe benötigen, um ein erfolgreiches und zufriedenes Leben in der „Gemeinde“ zu führen – soweit nicht andere Institutionen bereits eine entsprechende Hilfe anbieten – soll der Psychosoziale Trägerverein sich bemühen aufzubauen. Leitlinien waren und sind dabei

- die Konzentration auf die Stadt Solingen
- „Niedrigschwelligkeit“ der Angebote, d. h. der möglichst weit gehende Verzicht auf alles, was den Zugang für Klienten erschweren könnte
- „Pflichtversorgung“ und „Vorrang für schwer Kranke“, und zwar in dem Sinne, dass alle Personen, die der Zielgruppe angehören, Hilfe vom Trägerverein bekommen können und niemand wegen störenden Verhaltens, sozialer Unangepasstheit o. ä. abgewiesen oder ausgeschlossen wird
- personelle Kontinuität der Hilfen, also das Angebot einer Bezugsperson („Stammbetreuer“), die die Klienten durch alle Hilfeformen hindurch begleitet
- Vernetzung aller Angebote, d. h. eine möglichst enge Kooperation aller Beteiligten auf gleicher Augenhöhe
- Beteiligung der „Nutzer“ (Klienten, Angehörige und ehrenamtlichen Bürgerhelfer) an der Arbeit des Vereins mit substanziellen Mitwirkungsrechten
- Hilfe zur Selbsthilfe: Mit Unterstützung des Vereins sollen Klienten in ihren persönlichen Kompetenzen gefördert und zu Autonomie und selbständiger Lebensgestaltung ermutigt werden.

Natürlich können wir nicht alle diese Idealvorstellungen in jedem Einzelfall verwirklichen, aber diese Prinzi-

pien können aus meiner Sicht als Richtschnur der gesamten Arbeit gelten.

EB: *Trafen die Gründer des Solinger Trägervereins und deren Nachfolger in Solingen auf besonders günstige Bedingungen zum Aufbau des bestehenden Hilfesystems?*

NG: Eine „günstige“ Startbedingung war das Fehlen psychiatrischer Hilfen in Solingen – das war damals, 1978, hier in Solingen ebenso wie praktisch überall in Deutschland. Die Aufbauarbeit wurde auch dadurch sehr erleichtert, dass es im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege keine weiteren Träger gab, die Interesse an psychiatrischem Engagement hatten. Von daher konnten die Verantwortlichen Neuland betreten und nach ihren Vorstellungen gestalten.

Eine große Hilfe erfuhr der Verein dann vom Landschaftsverband Rheinland sowie von der Stadt Solingen und den Krankenkassen, und zwar über die Jahre hinweg bis heute: Wenn wir unorthodoxe Ideen für möglichst passgenaue, individuelle Hilfen ins Gespräch brachten, haben wir meist Verständnis und praktische Unterstützung erhalten. So konnten in Solingen unter Nutzung von Synergieeffekten einige Hilfen aufgebaut und bis heute erhalten werden, für die es keine regulären Geldtöpfe und Richtlinien gab und gibt. Beispiel dafür ist unser Krisendienst rund um die Uhr mit telefonischer Beratung, zugehender Krisenhilfe und eigenen Krisenbetten. Dass wir hierfür gelegentlich politische Geburtshelfer hatten, denen wir zu Dank verpflichtet sind, können sich die Extrablatt-Leser sicher aus eigener Erfahrung gut vorstellen.

EB: *Welche besonderen Qualitäten in der Arbeit und der Struktur des Trägervereins geben Anlass, vom Solinger Modell zu sprechen?*

NG: Ich weiß nicht, ob es heute noch gerechtfertigt wäre, von einem „Solinger Modell“ zu sprechen, denn es

gibt ja mittlerweile gerade im Rheinland viele gemeindepsychiatrische Trägervereine mit ähnlichen Strukturen und mit vielen Merkmalen, von denen wiederum wir in Solingen auch lernen können.

Immerhin weist der Solinger Verein aber drei Besonderheiten auf, die (leider) bis heute ungewöhnlich geblieben sind:

- Unsere „Nutzerbeteiligung“, die wir der Gründung durch Ehrenamtliche verdanken, ist in dem bei uns praktizierten Ausmaß anscheinend etwas Besonderes.

- Der schon erwähnte dreistufige Krisendienst ist in dieser Form (ein einziger Verein als Träger, Beschränkung auf psychiatrische Problemlagen, Krisenbetten) ein Unikum geblieben.

- Schließlich sind wir neben dem gemeindepsychiatrischen Standardangebot, das es in ähnlicher Form inzwischen im Rheinland flächendeckend gibt, seit 1991 auch Krankenhausträger mit einer Tagesklinik und einer Institutsambulanz. Dadurch konnten wir Therapie und medizinische Behandlung in unseren Verbund integrieren, während ja sonst die Gemeindepsychiatrie und die Krankenhauspsychiatrie als zwei getrennte Welten nebeneinander existieren.

EB: *Seit einigen Jahren wird in der sozialpsychiatrischen Diskussion viel vom „Trialog“ gesprochen. Welche Erfahrungen wurden im Trägerverein mit dem „Trialog“ gemacht und wie lassen sich diese in Bezug auf die Entwicklung des Gesamtprojekts bewerten?*

NG: Wie schon dargestellt, gehörte die „Nutzerbeteiligung“ von Anfang an zu den Grundprinzipien unserer Arbeit. Aus meiner Sicht haben wir da einige Elemente des Trialogs vorweggenommen, insbesondere die Vorstellung eines Gespräches unter Gleichberechtigten. Wir haben allerdings erfahren müssen, dass die Seite der Professionellen, besonders die

Leitungen der Bereiche, letztlich unvermeidlich einen Vorsprung an Informationen und Rechten hatte, dass sich also ein Machtgefälle herausbildete. Dem haben wir durch eine Umstrukturierung Rechnung zu tragen versucht, und ich hoffe, dass uns dies gelungen ist. Mindestens ist es gelungen, dass sich in Solingen Vereine der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen gebildet haben, die ein sehr reges Eigenleben entfaltet haben, und dass kontinuierlich etwa ein Dutzend Solinger Bürger (darunter auch Angehörige und Psychiatrieerfahrene) an der Arbeit des Vereins in der einen oder anderen Weise beteiligt ist.

So viel zur Ebene der Organe und Strukturen des Vereins. Ergänzend möchte ich die individuelle („personenzentrierte“) Hilfeplanung, die ebenfalls von Anfang an zu unseren Grundprinzipien gehört hat, sowie das Solinger Psychoseseminar erwähnen, das die drei Vereine vor etwa vier Jahren gemeinsam ins Leben gerufen haben und das von einer „triologischen“ Vorbereitungsgruppe getragen wird.

Ich meine, dass wir der Beteiligung der „Nutzer“ einige entscheidende Impulse zur Entwicklung innovativer, ungewöhnlicher Hilfeformen verdanken, und ich hoffe, dass dies auch in Zukunft so sein wird. Außerdem vermute ich, dass Nutzer unserer Arbeit sich bei uns trotz des beschriebenen Machtgefälles weniger ausgeliefert fühlen, weil sie über die Selbsthilfevereine und über mehrere Vereinsorgane mit eigenen Stimmen Gehör finden.

EB: *Hat der PTV heute mit seiner Vielzahl von Angeboten und seinen über 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine „kritische“ Größe erreicht, die Anlass gibt, über Reorganisation nachzudenken, um Effekte einer „Großinstitution“ zu verhindern?*

NG: Wie viele vergleichbare Vereine haben wir in der Tat eine „kritische Größe“ erreicht, die uns schon vor Jahren zu einer Strukturreform veranlasst hat. Mit der jetzigen Organisationsstruktur (hauptamtlicher Vorstand, von den Mitgliedern gewählter

„Aufsichtsrat“, „Bürgerbeirat“ der Nutzer, Ombudsleute als internes Beschwerdemanagement) kommen wir gut zurecht.

Dabei kommt uns zu Gute, dass wir mit rund 140 Mitarbeitern eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben bewältigen, so dass jede Hilfeform jeweils von einem relativ kleinen Team geleistet wird (Ausnahme ist da lediglich das Wohnheim, das aber in vier Wohngruppen mit sehr unterschiedlicher Atmosphäre geführt wird). So können wir Verkrustungen und Bürokratisierungen weit gehend vermeiden oder doch wenigstens stark abmildern.

EB: *Was sind die besonderen Herausforderungen bzw. hiervon abgeleitete Zielsetzungen des PTV für die nächsten 10 Jahre?*

NG: Ich sehe vor allem folgende Aufgaben vor uns:

- Wir werden wie alle vergleichbaren Leistungserbringer (nach Klaus Dörner) „aus leeren Kassen Kapital“ zu schlagen haben, um trotz bedrohter Finanzen der öffentlichen Hände und der Sozialversicherung handlungsfähig zu bleiben.

- Dabei steht im Moment die Umstellung der „ambulanten Eingliederungshilfe zum selbständigen Wohnen“ an, und dann wird die personenzentrierte Hilfeplanung zum Bereich des Wohnens und der alltäglichen Lebensführung die Problematik der Relation zwischen ambulanter und stationärer Hilfe (Wohnheim) neu aufwerfen.

- Eine sozusagen „ständige Herausforderung“ ist die Sicherung und der Ausbau unserer Hilfen im Bereich Arbeit und Rehabilitation (Integrationsfachdienst, Beschäftigungsförderung, beschützte Arbeitsplätze). Ich hoffe sehr, dass die sich derzeit schnell ändernden Rahmenbedingungen nach dem obigen Dörner-Motto genutzt werden können.

- Wir haben bereits damit begonnen, die Zielgruppe unserer Arbeit zu erweitern. Während früher Menschen mit Psychosen die (einzige) Kerngruppe bildeten, hat sich das Spektrum der Hilfe Suchenden allmählich erweitert; auch die bisher gültige Grenzziehung gegen Abhängige und Süchtige lässt sich nicht aufrecht er-

halten. Denn einerseits nimmt die Zahl der Psychoseerfahrenen in Relation zu anderen Gruppen allmählich ab (und vor allem die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen deutlich zu), andererseits halten wir es auch nicht für gerechtfertigt, gemeindepsychiatrische Hilfen auf eine Untergruppe der Psychiatrieerfahrenen einzuengen, auch wenn diese natürlich weiterhin zu den wichtigsten Klientengruppen gehören wird.

- Schließlich möchten wir unsere besonderen Erfahrungen in der Zusammenführung von Gemeinde- und Klinikpsychiatrie ausbauen und hoffen, dass sich Möglichkeiten ergeben, die stationäre Krankenhausbehandlung nach Solingen zu holen und mit den vorhandenen Angeboten eng zu vernetzen.

EB: *Lieber Nils, wir danken für dieses Gespräch, und wir wünschen den Nutzern, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und den Freunden und Förderern des PTV, dass sie zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Extrablatts auf eine „rauschende“ Jubiläumsfeier am 17. Juli zurückblicken können.*

Das Interview führte für das Extrablatt Richard Suhre.

Impressum:

Herausgeber: Vorstand der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
V i s d P: Dr. Norbert Schalast, Nettetal

Geschäftsstelle der RGSP beim
Psychosozialen Trägerverein e.V.
Eichenstr. 105 – 109
42659 Solingen

Ansprechpartnerin: Gabi End
Vertreterin: Gabi Reimann
Montag bis Donnerstag 8.00 – 16.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr
Telefondurchwahl 0212-24821-20
Faxdurchwahl 0212-24821-10
rgsp@ptv-solingen.de
www.rgsp.de

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

Selbstbestimmt leben – Werkstatt Trialogische Psychiatrie

Magdeburg 27. – 29. März 2003

Gemeinsame Fachtagung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE),
des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) und der
Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

Ein (subjektiver) Tagungsbericht von *Jürgen Bombosch*

Die Gründung eines Landesverbandes des BPE in Sachsen-Anhalt liegt in der Luft!

Um es gleich vorweg zu sagen, aus meiner Sicht war die Tagung in Magdeburg allein deshalb schon ein voller Erfolg, weil bereits am ersten Tag ein Psychiatrie-Erfahrener aus Magdeburg aufstand und zur Gründung eines Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen in Sachsen-Anhalt aufrief. Dies nahm dann Ruth Fricke, Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand des BPE, zum Anlass, alle interessierten Sachsen-AnhaltinerInnen um sich zu versammeln, um diesen Aufruf aufzugreifen und mit der Erfahrung und Unterstützung des BPE-Vorstands weiter zu treiben! Falls es inzwischen zu einer offiziellen Gründung gekommen sein sollte: aus dem Westen herzliche Glückwünsche!

Deutungs- und Definitionsmacht nach wie vor primär bei den Profis

Nicht nur in Sachsen-Anhalt, auch in den anderen Bundesländern einschließlich der „alten“, treffen wir bei den psychiatrischen Profis noch häufig auf die Überzeugung, ziemlich genau zu wissen, was für Angehörige und Psychiatrieerfahrene richtig oder falsch ist. Hier wie dort gibt es aber auch so etwas wie kreative und angstfreie „Nester“ sozialpsychiatrischen Handelns, in denen es Profis eher zu gelingen scheint, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als gleichberechtigte Partner und Experten in eigener Sache anzuerkennen. Dies wurde in allen Vorträgen und Arbeitsgruppen deutlich. Als Beispiele seien hier nur die Regionen Gütersloh / Bielefeld / Herford sowie Magdeburg genannt (näheres dazu in der Langfassung dieses Beitrags). Empfehlenswerte Artikel zum Thema Trialog von Urbahn/Schliebner/Fricke und Osterfeld sind nachzulesen in: Martin Wollschläger (Hrsg.): „Sozial-

psychiatrie: Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven“, dgvt-Verlag, ISBN: 3-87159-038-X. Alle genannten AutorInnen hatten in Magdeburg aktive Rollen. Mit der Lesung aus ihrem Buch: „Gut, dass wir mal darüber sprechen!“, setzte Sibylle Prins, Autorin und Psychiatrie-Erfahrene, ein Highlight in Magdeburg! Paranus-Verlag ISBN: 3-926200-49-9; meine Empfehlung: unbedingt lesen! Eine Rezension finden Sie in der „Kerbe“ 1/2003.

Ist der Trialog in Sachsen-Anhalt auf dem Weg?

In der abschließenden Diskussionsrunde am dritten Tagungstag (es waren immer noch rund 70 Teilnehmende im Plenum) waren ausschließlich ExpertInnen aus Sachsen-Anhalt auf dem Podium vertreten. Als Resultat kann m.E. zusammengefasst werden: Im Lande Sachsen-Anhalt gibt es noch viel zu tun auf dem Weg zur „Trialogischen Psychiatrie“. Vor allem fehlt bisher die bereits erwähnte Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen durch diese selbst. Doch diesbezüglich ist die geplante Gründung eines Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen in Sachsen-Anhalt ein ganz wichtiger Schritt! Dies wünschen sich auch die seit Längerem organisierten Angehörigen, wie Karin Hanschke bekräftigte. Klaus Thiel will als Vertreter des federführenden Ministeriums die qualitätsorientierte und innovative Neuauflage des seit 1996 nicht mehr novellierten Psychiatrie-Planes für Sachsen-Anhalt vortreiben.

Annegret Winkel trug noch ein eigenes Gedicht aus dem Buch: „Anders sind wir alle“ vor, ein Schreibprojekt von und für Psychiatrie-Erfahrene, herausgegeben vom Literaturverein Pelikan e.V. in Sachsen-Anhalt! Dies war das abschließende Highlight der Magdeburger Tagung. Das Buch ist

erschienen im: „dr. zichten verlag, Oschersleben“. Hrsg. Dorothea Iser. ISBN: 3-935358-12-1. Herzlichen Glückwunsch und danke für die Vorstellung dieser kreativen Initiative aus Halle!

Übrigens: Der DGSP-Landesverband Sachsen-Anhalts hat Interesse an einem intensiveren fachlichen Austausch mit der RGSP geäußert. Einen solchen Ost-West und West-Ost Transfer kann ich mir spannend vorstellen! Ansprechpartnerin in Magdeburg ist die Vorsitzende des Landesverbandes Gabi Haberland: ghaberland@mdlv.paritaet.org

Magdeburger Thesen zur „Trialogischen Psychiatrie“

Eine Herausforderung für den Moderator (diese Rolle durfte ich spielen) waren Diskussion und Abstimmung der Magdeburger Thesen zur „Trialogischen Psychiatrie“. Dies in einem trialogischen Plenum mit rund 70 Teilnehmenden qualifiziert zu entwickeln war nicht einfach. Das Ergebnis war aber ein überwiegend überzeugender Kompromiss (nur wenige Gegenstimmen und Enthaltungen).

Und, warum sind die Magdeburger Thesen nun so wichtig? Weil wir in Magdeburg meines Erachtens einen Schritt auf dem noch langen Weg zur Trialogischen Psychiatrie und damit einer demokratischen Psychiatrie weitergekommen sind, in der Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige die reale Chance haben, einen gleichberechtigten Part zu spielen. Nicht mehr, aber vor allem nicht weniger!

Einen ausführlichen Artikel des Autors zu der Magdeburger Tagung finden Sie unter: www.psychiatrie.de (unter dem Stichwort „Trialog“ auf der Eingangsseite).

Auf der nächsten Seite werden die Magdeburger Thesen dokumentiert.

Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie

[1] Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige psychisch kranker Menschen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen psychiatrischen Handlungsfeldern, die miteinander auf gleicher Augenhöhe in Austausch treten, pflegen den Dialog.

[2] Im Dialog gehen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige jeweils als Experten in eigener Sache aufeinander zu, um von einander zu lernen. So entsteht erst die Chance, psychiatrisches Denken und Handeln auf eine erfahrungswissenschaftliche Basis zu stellen.

[3] Der Dialog trägt dazu bei, die einseitige Definitionsmacht der psychiatrisch Tätigen in eine demokratische Handlungskultur überzuführen, indem er allen Beteiligten ermöglicht, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen.

[4] Die Verwirklichung einer demokratischen Psychiatrie, die auf dem Dialog fußt, erfordert die volle Unterstützung der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger.

[5] In allen Fragen:

- der Planung und strukturellen Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote
- von Gesetzesnovellierungen für den gesamten psychiatrischen Bereich
- der Aus-, Fort und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger in allen Arbeitsfeldern
- der psychiatrischen Forschung
- der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für eine dialogische Praxis
- der Weiterentwicklung des gesetzlich festgelegten Grundsatzes: „Ambulant vor stationär“ und der Forderung Selbsthilfe vor Fremdhilfe

sind grundsätzlich Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene demokratisch zu beteiligen!

[6] Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Magdeburger Tagung: „Selbstbestimmt leben – Werkstatt Dialogische Psychiatrie“ rufen alle fachlich und politisch Verantwortlichen in der Bundesrepublik Deutschland auf, die Weiterentwicklung einer „Dialogischen Psychiatrie“ zu fördern und auf allen Ebenen durchzusetzen!

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Magdeburger Tagung erklären sich bereit, die Idee des Dialogs in ihren jeweiligen Handlungsfeldern bekannt zu machen und weiter zu entwickeln.

Magdeburg, 29. März 2003

Gründung einer „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände“ in der Diskussion

Bericht von Richard Suhre

In Kassel fand vom 3. bis 4. Juli 2003 eine Fachtagung der Aktion Psychisch Kranke unter dem Titel „Die Zukunft hat begonnen - Personenzentrierte Hilfen - Erfahrungen und Perspektiven“ statt. Im Anschluss an diese Tagung trafen sich VertreterInnen aus den Modellregionen zu einem Workshop. Neben dem Erfahrungsaustausch zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes wurde auch über die Gründung einer „Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV)“ diskutiert. Ulrich Krüger - wissenschaftlicher Mitarbeiter und Geschäftsführer der APK - erläuterte zunächst, was er unter einem Gemeindepsychiatrischen Verbund versteht. Aus seiner Sicht ist der GPV der Zusammenschluss der Leistungserbringer in einer definierten Versorgungs-

region. Der Zweck des GPV ergibt sich aus der

1. Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe in den verschiedenen Leistungsbereichen (Selbstversorgung / Wohnen / Tagesgestaltung / Kontakt / sozialpsychiatrische Grundversorgung).
2. Verstärkung der Kooperation
3. kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Die Leistungserbringer, die sich in einem gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenschließen, regeln ihr Verhältnis zueinander in einem Kooperationsvertrag. Der GPV soll als juristische Person vertragsfähig sein! Selbstverständlich soll er die Pflichtversorgung garantieren und hierzu die notwendige Angebotspalette an Hilfen bereit halten. Die Leistungen werden im Bedarfsfall als Komplexleistung

angeboten, was entsprechende Planungen und Absprachen der Leistungserbringer voraussetzt. Um Mängel im Versorgungssystem wahrzunehmen, wird eine Informationspflicht vorgesehen.

Die Leistungserbringer im GPV legen sich auf folgende Qualitätsstandards fest:

- konsequente Orientierung am individuellen Bedarf
- Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen
- Zusammenarbeit mit Angehörigen / Bezugspersonen
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Fortbildung, Supervision und Qualifizierung
- Beachtung des Datenschutz.

Die Leistungserbringer legen sich eine Verpflichtung zur einzelfallbezogenen Kooperation bei Menschen mit komplexem Hilfebedarf auf. Grundlage der Leistungserbringung sollen hier die Prinzipien der personenzentrierten Hilfen unter Beachtung der bekannten Planungs- und Dokumentationsverfahren sein. Auf der Ebene des GPV soll es Maßnahmen des Qualitätsma-

nagements geben, es sollen Beschwerden behandelt und an der regionalen Gesundheitsberichterstattung mitgewirkt werden. Zur Weiterentwicklung sollen Kooperationen mit anderen Gemeindepsychiatrischen Verbänden angestrebt werden, um so z.B. mittels Besuchskommissionen einen fachlichen Austausch zu pflegen. Gegenüber Kostenträgern, Kommunen und anderen Planungsgremien soll der GPV bei einrichtungsübergreifenden Themen verhandlungsberechtigt sein. Eine Mitgliedschaft im GPV ist freiwillig und nur möglich, wenn die vorgenannten Standards und Bedingungen von den einzelnen Leistungserbringern erfüllt werden.

Zur Sicherstellung des bundesweiten Erfahrungsaustauschs und der bundesweiten einrichtungübergreifenden Interessenvertretung soll eine „Bundesarbeitsgemeinschaft GPV“ gegründet werden. Ein Besuchs- und Beratungsdienst dieser BAG soll die Einhaltung der Mindeststandards überwachen und die Qualitätsentwicklung vorantreiben.

Die hier sehr geraffte Darstellung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und einer BAG GPV fand bei den Anwesenden Interesse. Einige Veränderungsvorschläge, insbesondere die Frage der Rechtsform des GPV, wurden strittig diskutiert. Auch die von Ulrich Krüger gewünschte Bezeichnung GPV für den Zusammenschluss der Leistungserbringer führte zu Widerspruch, da in einigen Psychischkrankengesetzen dieser Begriff schon besetzt sei.

Die Anwesenden vereinbarten weitere Treffen zur Fortsetzung der Diskussion mit dem Ziel, im Frühjahr des nächsten Jahres eine „BAG GPV“ – oder wie immer sie denn dann heißen mag - aus der Taufe zu heben. Man darf gespannt sein, wie sich an dieser Konstruktion die bestehenden Zusammenschlüsse auf kommunaler und Länderebene reiben werden, wenn es z.B. um Vertretungsansprüche gegenüber Kostenträgern geht.

10 Jahre Berufliches Trainingszentrum Köln

Am 22. Mai diesen Jahres wurde das 10-jährige Bestehen des Beruflichen Trainingszentrums -BTZ- Köln gefeiert. Es bietet psychischen kranken Menschen Unterstützung beim Wiedereinstieg ins Berufsleben an. Das Leistungsspektrum des BTZ gliedert sich in 5 Module:

- Information und Beratung
- Orientierung
- Qualifizierung
- Wiedereingliederung
- Hilfen beim Start

Seit Bestehen des BTZ wurden über 500 Menschen mit psychischen Erkrankungen betreut und auf dem Weg ins Berufsleben begleitet. Die anfänglichen 15 Plätze wurden auf 72 Plätze bei über 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgeweitet. Im Bereich Information und Beratung haben in den zurückliegenden Jahren 15000 Menschen die Dienste des BTZ genutzt. Die Zuweisungen kamen zu 70% aus der Klinik und dem psychosozialen Feld. Kostenträger der Maßnahmen sind die Arbeitsverwaltung mit 68,9%, die LVA mit 15,9% und die BfA mit 14,7%. Gesellschafter der BTZ Berufliche Bildung Köln gGmbH sind die Rheinische Akademie Köln und die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Rheinland e.V. Weitere Informationen unter 0221/ 954400 0 oder www.btz-koeln.de.

Das RGSP-Extrablatt gratuliert den Kollegen und Kolleginnen vom BTZ und wünscht für die zukünftige Arbeit weiterhin viel Erfolg!

„Da fragt man sich doch, ob sich die Mühe noch lohnt“

Höhere Kostenbeteiligung aus Arbeitseinkommen bei gleichzeitiger Unterbringung in einem Wohnheim

von Achim Dochat

Während im Winter für die Mitarbeiter im öffentlichen Dienst harte Tarifaussparungen liefen, erlebten viele Mitarbeiter von Werkstätten für behinderte Menschen im Rheinland eine Lohnrunde ganz anderer Art. Ergebnis war keine Anpassung, auch keine Nullrunde, sondern eine drastische Absenkung des Einkommens.

Bisher blieben für Bewohner von Wohnheimen Einkommen aus Werkstätten, Zuverdienstprojekten oder Jobs des Arbeitsmarkts bis 79 € anrechnungsfrei. Dieser relativ geringe Betrag wurde nun zum 1.1.2003 noch einmal fast halbiert auf 39 €. Was darüber hinaus verdient wird, muss zu etwa 70 % abgeführt werden.

Das bedeutet für die behinderten Menschen, die so regelmäßig es ihnen möglich ist, einer Arbeit nachgehen, einen Einkommensverlust von etwa 40 € im Monat. Das sind angesichts der i.d.R. ohnehin nur geringen Arbeitsprämien etwa 20 – 40 % des monatlichen Arbeitseinkommens.

Die Bezugsgröße für die Berechnung des Beitrages von Wohnheimbewoh-

nern an ihren Betreuungskosten betrug bis Ende des letzten Jahres ein Viertel des Sozialhilferegelsatzes. Erst die darüber liegenden Einkünfte wurden bei der Berechnung der Kostenbeteiligung berücksichtigt. Angesichts der Kostenexplosion im Bereich der Sozialhilfe hat sich der Landschaftsverband Rheinland (LVR) dazu entschlossen, diese Bezugsgröße auf ein Achtel abzusinken. Er orientiert sich damit, wie auch Sozialhilfeträger in anderen Bundesländern, an der im BSHG festgelegten Untergrenze.

Die Bemühung, gesetzlich vertretbare Einspareffekte zu erzielen, kann aber leicht zum Bumerang werden. Ob der Sozialhilfeträger tatsächlich Zusatzeinnahmen im errechneten Umfang erzielen wird, muss sich noch erweisen. Nicht wenige Betroffene passen ihre Leistungsbereitschaft den neuen Verdienstgrenzen an. Für (fast) gleichen Lohn reicht ja nun deutlich weniger Arbeit.

Der massive Einschnitt ist für die Heimbewohner kein Anreiz zum Verlassen des Versorgungssystems, son-

dem umgekehrt eher ein Anreiz, sich dauerhaft darin einzurichten. Die Grundversorgung bleibt weiterhin sichergestellt, Initiative und Bemühung um Weiterentwicklung werden kaum belohnt.

Wir danken Achim Dochat für die Genehmigung zum Abdruck dieser Stellungnahme, die – etwas ausführlicher – bereits in den Sozialpsychiatrischen Informationen abgedruckt war. Siehe auch nebenstehender Kasten.

Zur Kürzung des Selbstbehaltes aus Arbeitsbelohnung bei Wohnheimpatienten

Befragung von Trägern und Einrichtungen geplant

Am 24. Juni 03 fand eine gemeinsame Vorstandssitzung von RGSP und AGpR (Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland) beim Regenbogen e.V. in Duisburg statt. Bei dieser Gelegenheit haben wir uns auch mit der in der Stellungnahme von Achim Dochat kritisierten Regelung des LVR befasst.

Die RGSP plant, in den nächsten Wochen Wohneinrichtungen, Zugewinnbetriebe und Werkstätten für behinderte Menschen zu kontaktieren. Auf einem kurzen Fragebogen wollen wir um Rückmeldung über die Auswirkungen der Regelung bitten, die zum Jahresbeginn in Kraft getreten ist. Über das Ergebnis werden wir im nächsten EB (Herbst 2003) berichten.

Thesen zum Thema „Geschützte Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen“

Im RGSP-Vorstand gibt es Überlegungen zu einer gemeinsamen Tagung mit der AGpR, die das Thema Wohnen behandeln soll. Für die letzte RGSP-Vorstandssitzung hat Ruth Vogel die folgenden Thesen formuliert, die Grundlage unserer weiteren Diskussion sein sollen.

Die Wünsche hinsichtlich der Wohnverhältnisse unterscheiden sich bei psychisch kranken Menschen nicht von denen anderer Menschen. Sie benötigen ausreichend große Räume, zweckmäßige Sanitärräume, eine Einrichtung nach ihrem eigenen Geschmack und Rückzugsmöglichkeiten, damit die Intimsphäre gewahrt werden kann.

Die Trennung zwischen ambulanten und stationären Wohnformen könnte aufgehoben werden, wenn den Anbietern beschützter Wohnfor-

men nur noch ihre Betreuungsleistungen finanziert würden – wie bisher im Betreuten Wohnen. Die sonstigen Hilfen zum Lebensunterhalt müssten von den Rentenversicherungsträgern bzw. dem Sozialhilfeträger bestritten werden.

Die Vielfalt der Wohnmöglichkeiten sollte nicht eingeschränkt werden. Nicht alle psychisch kranken Menschen wollen oder können alleine in einer eigenen Wohnung leben. Auch für diesen Personenkreis sollte die Wohnqualität nicht schlechter

sein als bei Menschen, die in einer eigenen Wohnung leben.

Das Hilfeplanverfahren, das in Zukunft zur Beantragung von Leistungen dienen soll, darf nicht zu einer Ausgrenzung derjenigen führen, die nicht in der Lage sind, diesen Plan zu verstehen oder ihn abzulehnen. Daneben müssen die Befindlichkeitsschwankungen von psychisch kranken Menschen ausreichend berücksichtigt werden.

Alle Träger beschützter Wohnformen für psychisch kranke sollten sich verpflichten, jede Fördermöglichkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu nutzen, die der Weiterentwicklung in Richtung Selbständigkeit und vor allem der Teilhabe an der Gesellschaft dienen. Aus diesem Grund wäre zu überlegen, ob nicht eine Mindestfluktuation der Bewohnerinnen und Bewohner von z.B. 10 % pro Jahr angeregt werden sollte.

Skandinavien

Genuss für den Körper Entspannung für die Seele

Abenteuerreisen, Skilanglauf, Hundeschlittentouren, von Hütte zu Hütte, Ferienhäuser, Städtereisen, Hurtigroute, Skier bauen ...

Gratis-kataloge anfordern bei:

SCANDINAVIUM
Die Nordeuropaspezialisten

SCANDINAVIUM Aktiv
Auf die nordische Tour

Rankestr. 5-6
10789 Berlin

Tel.: 030/8857980

Mail: info@scandinavium.de

www.scandinavium.de

www.scandinavium-aktiv.de

Letzte Meldung

Die Grünen im Lande planen mit ihrer Landtagsfraktion Landespsychiatrietagung im März kommenden Jahres

Sie soll nicht nur Fachpublikum, sondern „breitere Kreise“ erreichen. Zum Einstieg werden verschiedene Problembereiche aus Betroffenen- und Angehörigensicht dargestellt. In Foren geht es um Probleme, Weiterentwicklungsbedarf, good-practice-Beispiele und Lösungswege. Die RGSP wird bei der Tagung mitwirken. Wir werden über die weitere Planung berichten!

Zum Beitrag „Individuelle Hilfeplanung in der (Gemeinde-) Psychiatrie“

von Thomas Schreiber (EB Frühjahr 2003)

Leserbrief von Heinz-Günter Maaßen

Thomas Schreiber stellt richtig fest, dass die Angebote institutionalisieren und er bemerkt weiter richtig, dass es den Anbietern „nur“ noch darum geht „finanzielle Rahmenbedingungen zu sichern“.

Als Ausweg im Sinne der Betroffenen sieht er die individuelle Hilfeplanung z.B. den IBRP, den er wärmstens empfiehlt. Ist das ein Ausweg, die Rettung? Ich behaupte: Nein!

Auch die Anwendung des IBRP oder anderer Manuale wird das Angebot aus Betroffenenansicht nicht wesentlich verändern, verbessern, weil die gesetzlichen Vorgaben des Finanzierungsrahmens sich nicht ändern, verbessern.

Weiterhin wird als oberstes Ziel die Selbständigkeit gesehen werden, die dann in Gesprächen und Aktennotizen den Klienten sukzessive bis hin zur Olympiareife bescheinigt werden wird. Der IBRP wird die Behandlungsstrategie langfristig festlegen im Sinne von Organisation. Improvisati-

on oder veränderte Klientenwünsche / -bedürfnisse werden unmöglich gemacht werden.

Die Behandlungsstrategie wird wirklich individuell sein. Bei Partnerschaft, Liebe, Sex, gemeinsamen Wohnwunsch des / der Klienten wird nach wie vor die große Krise ausbrechen, und zwar bei den Behandlern, dem Trägerverein.

Dann wird von Sozialarbeitern, Dipl. Sozialpädagoginnen, die selbst überdurchschnittlich häufig alleinstehend, alleinverdienend, alleinerziehend sind, darauf verwiesen werden, dass Liebe nur kurzfristig ist. Niemand will oder wird sich die Mühe machen wollen, eine partnerschaftlichen Wohnform zu begründen, und schon gar nicht das Scheitern einer solchen abzuwickeln. Individueller Plan heißt nach wie vor Single-Dasein. Psychisch krank sein bedeutet nämlich im wirklichen Leben verdammt sein zur individuellen Selbständigkeit, wissenschaftstheoretisch und literaturmäßig untermauert

und festgeschrieben.

Mein weiterer kritischer Punkt ist das Arbeitsleben. Nach wie vor werden die Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten unbefriedigend sein. Am Konzept der WFB's, an den Bedingungen auch finanziell wird sich positiv nichts ändern, oder? WFB bedeutet aus Betroffenenansicht zumeist unbefriedigende Arbeit ohne nennenswerten finanziellen Anreiz.

Meiner Ansicht nach ist der IBRP oder Ähnliches überwiegend ein Schuss in den Ofen. Er hilft mehr den Behandlern zur eigenen Klärung und Beschäftigungstherapie als den Betroffenen. An den institutionalisierten Angeboten oder finanziellen Rahmenbedingungen ändert sich nichts, es sei denn es verschlechtert sich.

Das einzig Positive ist der Kontakt, das Gespräch mit dem Andersartigen, anders denkenden ohne messbare Qualitätsverbesserung bei Wohnen, Arbeit, Rechten oder Geld.

PS: Mir fällt ein Vergleich aus der stationären Psychiatrie ein. Das notwendig gewordene eingerichtete Fixierungsprotokoll hat an Fixierungshäufigkeit und –dauer nicht viel verändert. Heutzutage wird nur automatisch und selbstverständlich das Fixierungsprotokoll ausgefüllt. Dokumentation ist hier keine Qualitätssicherung oder –verbesserung.

Noch wenige Teilnahmeplätze!!!

In Köln beginnt im September 2003 ein neuer Fortbildungslehrgang der DGSP:

Leitung und Koordination sozialpsychiatrischer Wohnformen

Dieses Fortbildungsangebot richtet sich an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von sozialpsychiatrischen Wohnformen, die bereits eine Leitungsfunktion wahrnehmen oder diese anstreben. Die Wissensvermittlung erfolgt in umfassender und praxisorientierter Weise. Neben Theorie- und Fallarbeiten, Exkursionen und selbstorganisierten Lerngruppen beinhaltet die Fortbildung ein Praxisprojekt, um das Gelernte einer Praxisüberprüfung zu unterziehen. Die Fortbildung endet mit der Erstellung einer Abschlussarbeit und einem Abschlusskolloquium. Die Teilnehmenden erhalten nach erfolgreichem Abschluss ein Lehrgangszertifikat.

Der zeitliche Umfang der Fortbildung umfasst 612 Stunden in einem Zeitraum von 2 Jahren. Die Kursgebühren betragen für DGSP-Mitglieder 3.500,-€, für Nicht-Mitglieder 3.700,-€ zuzüglich einer Anmelde- und Bearbeitungsgebühr von 150,-€ (Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind nicht enthalten.)

Weitere Informationen bei der:

DGSP-Geschäftsstelle
Zeltingerstr. 9
50969 Köln

Tel 0221-51 10 02
Fax 0221-52 99 03
dgsp@netcologne.de

Redaktionsschluss für die Herbstausgabe des RGSP-Extrablattes ist der 1. Oktober 03. Haben Sie Hinweise oder einen Beitrag für das RGSP-Extrablatt oder möchten Sie eine Anzeige schalten, dann kontaktieren Sie die RGSP-Geschäftsstelle – siehe Editorial.