

Ausgabe Sommer 2011

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach Jahren als Vorsitzender darf ich das erste Editorial als ‚einfaches‘ RGSP-Vorstandsmitglied verfassen. Ich ergreife gleich die Gelegenheit, dem neuen Vorsitzenden Stefan Corda-Zitzen viel Glück und Erfolg für die Aufgabe zu wünschen, was sich auf S. 9/10 noch einmal wiederholt. Da berichte ich von der letzten MV mit Vorstandswahl.

Ansonsten freue ich mich, dass das vorliegende Extrablatt wieder ein „Rheinisches Profil“ hat: so berichtet Nils Greve von der Gründung der „Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen“ (nebenstehend); Eckard Kleinlützum schaut im Gespräch mit Dr. Alexander Veltin auf die Anfänge der Sozialpsychiatrie im Rheinland zurück (S. 3-7) u.a.m.

Bei einer Anhörung des Gesundheitsausschusses im Landtag haben Stefan Corda und Stephan Rinckens die Position der RGSP in Sachen „Videoüberwachung in der Psychiatrie“ vertreten. Auf den Seiten 8 und 9 ist unsere Stellungnahme dokumentiert.

Und während ich dieses Editorial bei Dauerregen schreibe, wünsche ich allen Leserinnen und Lesern, dass der richtige Sommer zurückgekehrt ist, wenn das EB im Briefkasten liegt.

Herzlichst

Norbert Schalast

## Integrierte Versorgung in NRW: neue Entwicklungen

Nils Greve, Solingen

Nachdem die Chancen der „Integrierten Versorgung“ (IV) nach §§ 140 a ff SGB V in der Psychiatrie bisher nur ungenügend genutzt wurden, zeichnet sich jetzt ein deutlicher Fortschritt ab: Die kürzlich von gemeindepsychiatrischen Trägern aus ganz NRW gegründete „Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen“ (GpG NRW) wird mit mehreren Krankenkassen IV-Verträge abschließen. Ausgehend von bestehenden regionalen Versorgungsnetzen, kann dann schrittweise mit dem Aufbau aufwändiger, vernetzter ambulanter Behandlung begonnen werden.

Die GpG NRW ist eine gemeinnützige GmbH mit zurzeit 15 Gesellschaftern aus Westfalen und dem Rheinland, darunter neben rheinischen SPZ-Trägern und vergleichbaren westfälischen Vereinen auch die Stiftung Bethel mit ihrem Bereich Bethel.regional. Sie wurde von Mitgliedsorganisationen der AGpR und der AGT mit der Absicht gegründet, über den Weg einer gemeinsamen Managementgesellschaft die – von den Kassen geforderten – großräumigen Verträge mit dem gemeindepsychiatrischen Grundprinzip regionaler Vernetzung zu verbinden. Während die Akquise und Verhandlung von Verträgen, die Leistungsdokumentation und Abrechnung, die Mitarbeiter-Qualifizierung und Qualitätssicherung zentral organisiert werden, sollen alle Vorgänge, die die konkrete patientenbezogene Arbeit betreffen, vor Ort von den dort vernetzten Leistungsanbietern getragen werden.

Verträge der Integrierten Versor-

gung werden mit einzelnen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen abgeschlossen und sind untereinander nicht von vorneherein identisch. Alle hier gemeinten Verträge umfassen aber in etwa das gleiche Leistungsspektrum, nämlich die gesetzlich vorgesehenen Leistungsarten wie Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege, darüber hinaus einheitliches Fallmanagement und gemeinsame Behandlungsplanung, Erreichbarkeit rund um die Uhr, ambulante Krisenintervention („Home Treatment“), Kurzzeit-Psychotherapie und Krisenbetten. Da in der Regel kein einzelner Träger sämtliche Angebote vorhält, werden voraussichtlich Netzwerke beteiligter Leistungserbringer entstehen. Neben den genannten Modulen läuft die reguläre Psychotherapie und Krankenhausbehandlung.

Zielgruppe sind – je nach Vertrag unterschiedlich – Patienten mit festgelegten Diagnosegruppen (meist vor allem Psychosen, affektive Störungen, Zwangs- und Angststörungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen) mit einer Krankheits-Vorgeschichte, die erwarten lässt, dass zukünftig auch eine Krankenhausbehandlung erforderlich werden könnte. Hinweise darauf können beispielsweise Verordnungen von Neuroleptika oder Antidepressiva, längere Krankengeldzahlungen oder vorangegangene Krankenhausbehandlungen sein.

Es handelt sich um Einschreibmodelle, d. h. alle in Betracht kommenden Versicherten werden von ihrer Kasse informiert und können sich ent-

### Inhalt

Integrierte Versorgung in NRW	1
Wie in Rheydt alles anfang I	3
Wie in Rheydt alles anfang II	4
Quo vadis Antistigma	7
RGSP- Stellungnahme zur Videoüberwachung	8
RGSP-MV & Rückblick	9

scheiden, sich in den IV-Vertrag einzuschreiben, in der Regel für einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren mit der Möglichkeit der Verlängerung. Der Vertragspartner (z. B. die GpG NRW) erhält dann pro Patient eine gestufte Jahrespauschale, aus der er sämtliche erforderlichen Behandlungsleistungen bestreiten muss.

Die Vermeidung (teil-) stationärer Krankenhausaufenthalte durch den Aufbau leistungsfähiger ambulanter Behandlung ist das erklärte Ziel der neuen Generation von IV-Verträgen. Erste Erfahrungen aus anderen Teilen Deutschlands – Bremen, Schleswig-Holstein, Berlin, Bayern – deuten darauf hin, dass dies für viele Patienten erreichbar ist. Da aus den Jahrespauschalen auch Krankenhausaufenthalte bezahlt werden müssen, ist der Druck auf die Leistungserbringer groß, sie so weit wie irgend möglich zu vermeiden, man könnte auch sagen: zu verhindern.

Diese Konstellation ist zwar aus der Sicht der Kassen logisch und grundsätzlich auch fachlich zu begrüßen, aber bei näherem Hinsehen nicht unproblematisch. Die Vertragsnehmer können ihren Patienten kaum uneingeschränkt die freie Wahl lassen, ob sie eine momentane Krise mit Hilfe des ambulanten Netzwerks oder lieber in einer Tagesklinik oder Akutstation in den Griff bekommen wollen. In der Praxis scheint dieses Thema bisher allerdings nicht sehr gravierend zu sein, möglicherweise weil sich vor allem Menschen für eine Teilnahme am Vertrag entscheiden, die selbst ohne Krankenhaus auskommen möchten.

Was können wir im Rheinland von der bevorstehenden Umsetzung dieses neuen Modells erwarten?

Zunächst sind alle Anbieter gemeindepsychiatrischer Komplexleistungen eingeladen, sich für einen Aufbau ambulanter Behandlungsnetze in ihren Regionen zu engagieren. Die GpG NRW wünscht sich für jede Region – in der Regel gleichzusetzen mit Kreis oder kreisfreier Stadt – einen verantwortlichen Hauptansprechpartner, wird sich aber für regionale Lösungen einsetzen, die zur Integration und nicht zur Ausgrenzung weiterer interessierter und geeigneter Anbieter beitragen.

Neben den Trägern gemeindepsychiatrischer Angebote werden wir auch auf Kassenärzte und – psychotherapeuten sowie auf Fachkrankenhäuser bzw. psychiatrische Krankenhausabteilungen zugehen. Erste Gespräche haben an mehreren Stellen begonnen. Wir sind zuversichtlich, die oben beschriebene „Krankenhausfeindlichkeit“ der IV-Verträge durch Absprachen mit rheinischen Krankenhausträgern zu überwinden.

Dank der gut ausgebauten Versorgungslandschaft in den meisten rheinischen Regionen mit Sozialpsychiatrischen Zentren, zahlreichen weiteren Anbietern v. a. bei Leistungen der Eingliederungshilfe und guter Vernetzung insbesondere mit regional zuständigen Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen darf man wohl davon ausgehen, dass relativ rasch nicht nur die Versorgungsgebiete der neun rheinischen GpG-Gesellschafter, sondern etliche weitere Regionen über Angebote intensiver ambulanter Hilfen aus dem Leistungsspektrum des SGB V verfügen werden.

Diese Angebote werden bis auf weiteres nur Versicherten einiger Krankenkassen zur Verfügung stehen, nach jetzigem Stand zumindest der Techniker Krankenkasse, der KKH Allianz und mehrerer Betriebskrankenkassen, voraussichtlich auch der Barmer GEK, die eine entsprechende Absichtserklärung abgegeben hat. Weite-

re Kassen könnten in absehbarer Zeit folgen.

Die RGSP als unabhängiger Fachverband sollte die Entwicklung kritisch begleiten. Einerseits bietet sie Chancen zu einer Vervollständigung psychiatrischer Hilfen im Lebensraum der Betroffenen, die wir uns schon seit vielen Jahren gewünscht haben. Andererseits sind IV-Verträge privatrechtliche Selektivverträge, also ein Ausstieg aus der öffentlich-rechtlich verfassten Struktur, also eher eine Chance zum „Ausprobieren“ als ein wünschenswertes Modell des zukünftigen Gesundheitswesens in Deutschland.

Wohin die Entwicklung beispielsweise auch führen könnte, haben wir am Beispiel des Vertrages zwischen der AOK Niedersachsen und der Janssen-Cilag-Tochterfirma I3G GmbH gesehen: Managed Care in den Händen der Pharmaindustrie. Eine gute Übersicht über das Für und Wider der neuen psychiatrischen IV-Verträge bietet ein „lernendes“ Thesenpapier der Aktion Psychisch Kranke, abrufbar unter <http://www.apk-ev.de/public/themen-beitrag-details.asp?id=143&h=p&mod=User>.

Weitere Informationen über die GpG NRW gibt die voraussichtlich demnächst freigeschaltete Homepage [www.gpg-nrw.de](http://www.gpg-nrw.de), ansonsten die Geschäftsstelle in Solingen (Nils Greve, Telefon 0212-24821-12, [nils.greve@gpg-nrw.de](mailto:nils.greve@gpg-nrw.de)).

## **Junge psychisch kranke Erwachsene – Bindungstheoretische Grundlagen und therapeutische Haltung**

Fachtagung von AGpR, LVR und RGSP am 24. Oktober 2011

Ort: Horionhaus des LRV in Köln, Zeit 14 – 16 Uhr

Die Veranstaltung knüpft an eine Tagung im letzten Oktober an, die große Beachtung gefunden hatte: „Junge Volljährige zwischen Nachsozialisationsbedarf und Krankheitsbewältigung – veränderte Anforderungen an die Gemeindepsychiatrie?“

Referent ist Dr. **Michael Hipp**, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden, Initiator einer Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie im Kreis Mettmann.

Der Eintritt ist kostenlos, die Teilnehmerzahl begrenzt. Anmeldung bis spätestens 21.09.2011 bei der AGpR, Gabriele Persien, Tel. 0203/93312484, Email [persien@agpr-rheinland.de](mailto:persien@agpr-rheinland.de)

# Wie in Rheydt alles anfing (1)

## Eckard Kleinlützum fragt Alexander Veltin

**Aus Anlass des 40. Geburtstags der DGSP blicken Eckard Kleinlützum und Dr. Alexander Veltin auf die Anfänge der Sozialpsychiatrie im Rheinland zurück**

Die Geschichte der LVR-Klinik Mönchengladbach-Rheydt (früher Landesklinik Rheydt, dann LK Mönchengladbach, danach mit dem Zusatz „Rheinische“ versehen, später als Rheinische Kliniken und zu guter Letzt als LVR-Klinik firmierend, ist gerade in den Anfangsjahren aufs Engste mit der Entstehung der RGSP verbunden. So kam es in dieser Zeit so gut wie nicht vor, dass bei RGSP-Fortbildungsveranstaltungen Referenten aus Rheydt im Programm fehlten. Auch die Vorstände der 1974 endlich gegründeten RGSP (selbstverständlich in Rheydt!) waren mehr oder weniger durch Leute aus der Rheydter Klinik besetzt (hervorragend dabei sicher Ralf Seidel, Gertrud Schäfer, Käthe Holland-Moritz-Krüger, Mechthild Neuhöfer-Kappetein und Ilse Hauer, in späteren Jahren E. Kleinlützum und Heinz-Günter Maaßen).

Deshalb lohnt sich im Zuge der Feiern zum vierzigjährigen Jubiläum der DGSP ein Rückblick auf die Anfänge der Rheydter Klinik. Wer könnte da besser Auskunft geben als der erste ärztliche Leiter der Klinik, der fast 90jährige Dr. Alexander Veltin.

*Eckard Kleinlützum:* Herr Veltin, wie kam es dazu, dass Sie nach Rheydt gingen und ein großes Reformprogramm der Psychiatrie in Gang brachten? Was waren Ihre ursprünglichen Ziele und bis zu welchem Grad konnten Sie diese Ziele bereits in den ersten Jahren verwirklichen?

*Alexander Veltin:* Um auf Ihre Fragen im Einzelnen einzugehen, darf ich zur Frühgeschichte der Klinik zunächst auf die entsprechenden Passagen in einigen Veröffentlichungen verweisen (siehe nebenstehender Kasten).

Nun zu den einzelnen Punkten: Angeregt, mich um die ärztliche Leitung

der Rheydter Klinik zu bewerben, hat mich Prof. Kulenkampff. Ich habe das Angebot angenommen, weil mich die Aufgabe<sup>1</sup> reizte, die Gedanken und Vorstellungen zur Erneuerung der psychiatrischen Versorgung, die damals im Gespräch waren, in die Praxis umzusetzen. Dazu ist im Hinblick auf Ihre Bemerkung, ich hätte ein „großes Reformprogramm“ in Gang gebracht, einzuwenden, dass schon Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts die Einrichtungen und Dienste diskutiert und in Ansätzen realisiert wurden, die in der Psychiatrie-Enquete von 1975 als Orientierungsrahmen für die Neugestaltung der psychiatrischen Versorgung ihren Niederschlag fanden. Die Einrichtung einer Tages- und Nachtambulanz in Rheydt im Juni 1969 lag auf der Linie dieser frühen Reformansätze. In der Anlage habe ich eine Zeittafel mit Ereignissen beigefügt, die die Entwicklung dieser Diskussion in den Vor- und in den Enquete-Jahren beleuchtet. Sie stammt ursprünglich aus meinem Aufsatz „30 Jahre Psychiatriereform – was hat sich verändert?“ (Sozialpsych Info 4/1986).

*A Veltin & B Dimeck (1983) Aufbau und Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in einem großstädtischen Gemeinwesen. Stuttgart: Kohlhammer.<sup>1</sup>*

*Ch Roth & A Veltin (1974) Tagesambulanzbehandlung in der Rheinischen Landesklinik Rheydt. Psychiatrische Praxis, 54-56.*

*M Koch, F v Lier & A Veltin (1974) Nachtambulanzbehandlung in der Rheinischen Landesklinik Rheydt. Psychiatrische Praxis, 196-197.*

*A Veltin (1977) Gemeindefürnahe Psychiatrie. Das psychiatrische Behandlungszentrum Mönchengladbach. Psychiatrische Praxis, 213-222.*

Was ich damit zur Ausgangssituation meiner Tätigkeit in Rheydt sagen will? Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Tages- und Nachtambulanz ohnehin, aber auch die Krankenschwestern und -pfleger, die im August 1972 die Gruppe der 35 chronisch kranken Patientinnen<sup>3</sup> bei der Verlegung aus Viersen in die Rheydter Klinik begleitet hatten, waren schon mit dem Reformgedankengut vertraut oder bereit, sich mit ihm einzulassen. Letzteres wurde schon in den ersten Tagen nach meinem Dienstantritt mit dem Wunsch nach einer sozialpsychiatrischen Fortbildung artikuliert.

Wenn ich mir etwas als Verdienst anrechnen lassen will, dann dies: dass ich die Mitarbeiterschaft dazu motiviert habe, als Arbeitsgrundlage<sup>4</sup> die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft zu akzeptieren und sich den Auseinandersetzungen in den Teamveranstaltungen zu stellen, in denen in erster Linie die inneren und äußeren Maßnahmen zur Umsetzung einer patientengerechten Versorgung besprochen und abgesprochen wurden. Mit welchen Ergebnissen, können Sie, denke ich, aus eigenem Erleben ermessen.

*Kleinlützum:* Wie viel Personal konnten Sie mitbringen und wo kamen die übrigen – insbesondere Ärzte und Pflegepersonal - her? Und zu welchen Konditionen? Gab es für Ärzte die berühmten Provinzzuschläge?

*Veltin:* Zur Personalausstattung am 1.10.1972 und in der Folgezeit vergleiche V&D S57f. Zur ärztlichen Besetzung: Dr. J. traf ich an. Im November bis Jahresende kam Dr. B. dazu, abgeordnet vom LKH Düren. Ab Anfang Januar 1973 half Dr. A. vom LKH Bonn für einige Wochen aus. Mit der Einstellung von Dr. Dittges und Frau Dr. Gilles im März begann die Reihe der Ärzte, die sich aus

Interesse am Klinikkonzept um eine Stelle beworben hatten. Gleiches gilt für den Zuwachs an Krankenschwestern, Krankenpflegern, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und Psychologen. Finanzielle Sonderkonditionen gab es meiner Erinnerung nach nicht.

*Kleinlützum:* Es gibt die Legende, dass Sie nach Viersen-Süchteln gefahren und sich dort Patienten ausgesucht hätten. Stimmt das bzw. wie war es wirklich?

*Veltin:* Es ist nicht die erste Legende, mit der ich konfrontiert werde. Tatsächlich habe ich im Herbst 1972 mit der Viersener Leitung vereinbart, dass man aus dem Kreis der 35 chronisch kranke Frauen die zurücknahm, die nicht in unserem Einzugsgebiet beheimatet waren, und im Gegenzug die gleiche Anzahl chronisch Kranker mit dem Heimatort Rheydt – es waren zum Großteil Männer – zu uns verlegte.

*Kleinlützum:* Wie wurden Sie von der Trägerverwaltung, dem LVR, unterstützt, vor allem auch von dem damaligen Dezernenten und gleichzeitigen Vorsitzenden der Psychiatrie-Enquete-Kommission, Herrn Prof. Dr. Kulenkampff?

*Veltin:* Prof. Kulenkampff als Planer der Rheydter Regionalklinik war natürlich an deren erfolgreicher Entwicklung interessiert. Seine Abteilung 8 hat uns in jeder Hinsicht unterstützt. Mit grundsätzlichem Wohlwollen haben auch die anderen Abteilungen des LVR, mit denen wir es zu tun hatten, unsere Arbeit begleitet. Die Probleme, die es auf Grund der jeder Administration eigenen Widerigkeiten gab, habe ich in meinem Aufsatz „Vom Alltag der Psychiatriereform“ (Sozialpsychiatrische Informationen Heft 3 2001, S. 8-11) gestreift.

*Kleinlützum:* Die Unterstützung der Stadt Rheydt bzw. ab 1975 dann der Stadt Mönchengladbach wird immer wieder als außerordentlich gut dargestellt. Würden Sie das auch aus heutiger Sicht unterschreiben und wenn ja, welche Gründe hatte das?

*Veltin:* Aufschluss über die Entwicklung des von Ihnen angesprochenen guten Verhältnisses zur Stadt

finden Sie bei V& D im Kapitel „4. Kooperation und Koordination im psychosozialen Feld“. Beachtenswert ist vor allem der Abschnitt über die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft. Aus der Zusammenarbeit mit Pfarrer Kaempf von Hephata, seinerzeit der Leiter dieser großen Behinderteneinrichtung, und Stadtdirektor Buhlmann im Leitungsgremium erwuchs eine von gegenseitigem Vertrauen und gleichen sozialen Zielvorstellungen geprägte Partnerschaft. Zu den konkreten Auswirkungen des städtischen Entgegenkommens zählen u. a. die mietfreie Überlassung des Hauses Brucknerallee 39 und die Finanzierung einer halben Arztstelle.

Wenn Sie nach der „Rückenstärkung“ fragen, darf ich die Gegenfrage stellen: Rückenstärkung gegen wen oder was bzw. durch wen oder was? Eine ernsthafte Gegnerschaft jedenfalls gegen das Projekt Gemeindepsychiatrie Mönchengladbach hat es aus meiner Sicht nicht gegeben.

*Veltin:* Wie Sie aus meinen Antworten auf Ihre Fragen entnehmen können, sind die ersten 10 Jahre der Klinikgeschichte publizistisch recht gut dokumentiert. Doch über die weitere Entwicklung der Klinik mit ihren Diensten und des RehaVereins gibt es bedauerlicher Weise noch keine Ver-

öffentlichung. Sie darauf aufmerksam zu machen hat mich bei unserem Gespräch im vergangenen Jahr bewegt. Über den Fortgang der Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzeptes in Mönchengladbach zu berichten, erscheint mir überaus wünschenswert. Denn die in den vergangenen Jahren erreichte grundlegende Verbesserung der stationären Unterbringung, die erstaunliche Ausweitung der Vereinsaktivitäten und die erfolgreichen Bemühungen um die Einbindung des gesamten Stadtgebietes in den Versorgungsauftrag sind beispielgebend.

*Kleinlützum:* In einem Aufsatz im Handwerksbuch Psychiatrie (Hrsg. Thomas Bock und Hildegard Weigand, Psychiatrieverlag 1991) wird von den Autoren Ralf Seidel und Eckhard Kleinlützum-Hambuch eine Zwischenbilanz der ersten Jahre nach Veltin gezogen und die Mönchengladbacher Entwicklung als „Ziehkind der Reformpsychiatrie der 70er Jahre“ bezeichnet. Was bedeutet das? Daran soll im folgenden Teil des wechselseitigen Interviews angesetzt werden.

#### *Fußnoten*

<sup>1</sup> Im Weiteren zitiert als V&D

<sup>2</sup> V&D S51f

<sup>3</sup> V&D S51 und S70

<sup>4</sup> V&D S61 und S115ff

### **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.**

Im November 2011 beginnt in Bielefeld ein weiterer Kurs der zweijährigen Fortbildung

#### **Psychotherapeutische Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern**

Die Fortbildung wendet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen in der Sozialpsychiatrie, die ihre psychotherapeutischen Kompetenzen entwickeln bzw. verbessern wollen. Das Angebot umfasst 7 Blockveranstaltungen á 16 Unterrichtseinheiten. In Psychotherapie qualifizierte und erfahrene Kursleiter und Dozenten begleiten die Teilnehmenden im Lernprozess.

Weitere Informationen gibt es bei der

#### **DGSP Geschäftsstelle**

Zeltinger Straße 9, 50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03

E-Mail: [dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)

[www.psychiatrie.de/dgsp/fortbildung](http://www.psychiatrie.de/dgsp/fortbildung)

# Wie in Rheydt alles anfang (2)

## Alexander Veltin fragt Eckard Kleinlützum

### Fortsetzung des wechselseitigen Interviews

*Veltin:* Herr Kleinlützum, in Ihrer Hand lag lange Jahre gewissermaßen im Nebenamt die Geschäftsführung des RehaVereins. Was waren die wichtigsten Stationen der Aktivitäten des Vereins in den Folgejahren der Einrichtung von Wohngemeinschaften in 1975 -1980?

*Kleinlützum:* 1986 habe ich mich entschlossen, ganz auf die ambulante Psychiatrie zu setzen, und zwar haben mich darin bestärkt Frau Hütter sen vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und Dr. Ralf Seidel, mein damaliger Chef. Weiterer wichtiger Anreger der ersten Stunden war Prof. Dr. G. 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 hat 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 – geschehen durch eine besondere Hoffierung der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Viersen, verbunden mit dem Wunsch des LVR auf ein Engagement der PHG im Mönchengladbacher Norden.

Einige Jahre später spielte diese Problematik erneut eine Rolle als es um die Trägerschaft für die geplante Tagesklinik auf der Regentenstr. ging. Zu zögerliche Haltungen auf Seiten der Rheydter Klinik führten schließlich dazu, dass eine öffentliche Diskussion darüber unterblieb, warum es sinnvoller sein könnte, jetzt einen Schritt in die richtige Richtung zu tun und die Tagesklinik der Rheydter Klinik anzuvertrauen (gewissermaßen ein erster Schritt in Richtung Vollversorgung der gesamten Stadt MG!).

*Veltin:* Wie lief das mit dem SPZ?

*Kleinlützum:* 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.

Diese war die Grundlage unseres Engagements für ein Kontaktzentrum, das schließlich auch vom örtlichen Angehörigenverein unterstützt wurde. Was gut am Einfluss des Angehörigenvereins war: alle Parteien am Ort beschäftigten sich auf einmal mit der Lage der Psychiatrie am Ort. 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. G. 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.

Mir war klar - und das vor allem durch die Erfahrungen, die Klaus Nouvertné in Solingen gemacht hatte,

dass ein festes Heim, wie es viele der vor Ort vertretenen Menschen forderten, nicht am Anfang der Neukonzeption der nachstationären Arbeit stehen konnte. Vielmehr musste zunächst ein zentraler Anlaufpunkt der mitten im Stadtbezirk lag, geschaffen werden (siehe Konzept Holger Hoffmann "Runde Tische"!).

So veranstalteten wir zur Eröffnung des SPZ eine vergnügliche Literatur- und Kunststunde mit Mark Richartz aus Maastricht, einige Monate später eine Lesung mit Hans-Joachim Schädlich<sup>2</sup>. Heute ist so was vielerorts Standard in den Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie.

1990 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.

1991 wurde die Tagesstätte in Rheydt vom LVR zusammen mit neun anderen bewilligt. Sie erfüllte schon bald die Hauptkriterien, wie der LVR und die wissenschaftliche Begleitforschung durch die Universität Siegen<sup>3</sup> 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. 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 stationären Langzeitpatienten der LK Mönchengladbach ein Angebot darstellen. Bedingung war



von Anfang an, dass für die zukünftigen Bewohner eine Nachtwache eingeplant wurde. Nach zwei 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 die Pflegesatzkommission betrafen jedenfalls. 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 Frau Dieckmann, die sich schon sehr früh für die Leitung der Einrichtung interessierte und ein 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 in kleinerer Zahl auch Viersen zu gewinnen. Um tarifrechtliche Nachteile aufzuwiegen, haben wir das Instrument des „Dienstleistungsüberlassungsvertrages“ genutzt, das bedeutet, der/die Kollege/-in bleibt beim bisherigen Arbeitgeber beschäftigt, die Arbeitskraft wird aber ganz dem Verein zur Verfügung gestellt. Vierteljährlich wird dann vom Arbeitgeber LVR über die Gesamtkosten incl. Arbeitgeberanteil SV und ZVK eine Rechnung erstellt, die vom Verein zu bezahlen ist. 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.

*Veltin:* Wie stellten sich in Parallele die Entwicklung des MAKs und der Nachfolgeorganisation dar?

*Kleinlützum:* Seit Anfang der achtziger Jahre war der Betrieb eines

Kontaktzentrums mit angeschlossenen Übergangsbetten (im betreuten Wohnen finanziell untergebracht!) sowie betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen der Schwerpunkt des MAKs e.V. Über einige Jahre hinweg waren dafür 30 Plätze vom Kostenträger genehmigt worden. Doch das war alles nicht so transparent wie es sein sollte. Daneben war ich als Vereinsmitglied damit beauftragt, ein Konzept für ein soziotherapeutisches Heim vorzulegen, was mir nach etlichen Schwierigkeiten schließlich gelang, inklusive der Finanzierung, Was sehr kompliziert war, da in diesem Fall das Enthospitalisierungsprogramm des LVR nicht angewandt werden konnte.

Als wir schließlich ein geeignetes Haus gefunden hatten, das von Lage, Größe und Preis in Frage kam, mussten wir einen gutwilligen Käufer finden, da zu der Zeit beim LVR nur Mietobjekte neu bewilligt wurden. Zum Selbstkostenpreis machte das die Gesellschaft für Sozialarbeit im DPWV.

Leider zeigten sich schon bald nach Eröffnung des Wohnheimes unüberbrückbare Differenzen zwischen dem ehrenamtlichen Vorstand und dem Team. Hinzu kam, dass auch die formalen Anforderungen an soziale Arbeit im Laufe der Jahre enorm gestiegen waren. Es musste eine andere Lösung gefunden werden, dies war auch die Meinung des Spitzenverbandes. Ich wurde schnell von diesem Verband, dem DPWV, um Vermittlung gebeten, was ich dann auch im Sinne der betroffenen Klienten und der betroffenen Mitarbeiter übernommen habe. Mir war schnell klar, dass eine fachlich tragfähige Lösung am Ort nur über den RehaVerein möglich sein würde. Damit die operative Qualität, die das Team nach einigen Jahren nun entwickelt hatte, keine Diskontinuität erfuhr und auch die Fachlichkeit der Suchtkrankenhilfe ihre klaren Konturen behielt, war schnell die Idee geboren, eine gemeinnützige GmbH als Tochter-Gesellschaft des RehaVereins zu gründen, die sowohl das Wohnheim als auch das Betreute Wohnen übernehmen sollte. Das geschah und

hat sich bis heute sehr bewährt. Ihr zehnjähriges Bestehen feierte die INTRES gGmbH in diesem Frühjahr.

*Veltin:* Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit beider Unternehmungen mit

- den Diensten der Klinik,
- der Stadt
- den psychosozialen Diensten anderer Träger im Raum Mönchengladbach?

*Kleinlützum:* Die Erkenntnis, dass sowohl psychische als auch Suchterkrankungen Auswirkungen auf alle Lebensbereiche der Betroffenen haben, führte zu der Erkenntnis, dass die Vernetzung mit den verschiedensten Behörden und Diensten in der Stadt von besonderer Bedeutung - bei aller Unterschiedlichkeit der Aufträge der einzelnen Stellen - für unsere Klienten ist. Einzelfallbezogene Kooperationen gibt es mit den jeweiligen Fachambulanzen der Rheinischen Kliniken MG und Viersen, den Berufsbetreuern, dem SPD am Gesundheitsamt, der Schuldnerberatung und niedergelassenen Ärzten usw. Die Geschäftsführer des RehaVereins und der INTRES, Herr Schax und Herr von Dahlen, sind ständige Mitglieder der Hilfeplankonferenz und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

Der Rehaverein hat vor einiger Zeit gemeinsam mit der LVR-Klinik die Initiative ergriffen und die anderen Träger eingeladen einen gemeinde-

#### Impressum:

Herausgeber: Vorstand der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. ViSdP: Stefan Corda-Zitzen, Viersen

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  
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr  
Telefondurchwahl 0212-24821-20  
Faxdurchwahl 0212-24821-55  
rgsp@ptv-solingen.de

www.rgsp.de

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

psychiatrischer Verbund (GPV) zu bilden. In diesen Tagen ist nun der Vertrag zwischen LVR-Klinik, INTRES, RehaVerein und SpD der Stadt MG unterschrieben worden.

INTRES arbeitet schon lange mit den beiden LVR Kliniken Mönchengladbach und Viersen, dem Gesundheitsamt, der Drogenberatung, und dem Diakonischen Werk, begleitet vom Landschaftsverband Rheinland Dez. 8 im Rahmen eines Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM) an der Sicherung und Verbesserung der örtlichen Suchtkrankenhilfe.

*Veltin:* Gibt es Planungen zur Erweiterung der Angebote von RehaVerein und seiner Tochter INTRES gGmbH im Hinblick auf die vorgesehene Übernahme der Versorgung der Gesamtstadt durch die Klinik?

*Kleinlützum:* Ja, natürlich gibt es solche Überlegungen; zunächst bei INTRES: Dort ist in Planung die Dezentralisierung des Betreuten Wohnens durch den Aufbau eines neuen Teams in Alt-Mönchengladbach. Darüber hinaus ist im Gespräch die Übernahme der ‚ambulanten Reha Sucht‘ (ARS), diese wurde bisher von der Diakonie betrieben. Da die beiden Träger schon lange als Einzugsgebiet die ganze Stadt haben, wird sich die Veränderung des Ein-

zugsgebietes der Klinik nicht besonders auswirken.

Beim Rehaverein gibt es ebenfalls Erweiterungspläne: im Laufe des Jahres 2011 soll eine Ergotherapie-Praxis hinzukommen. Mit der Klinik zusammen sollen einige intensiv betreute Wohnplätze neben dem Rheydter SPZ entstehen. Darüber hinaus gibt es viele Gespräche mit der Klinik über mögliche integrierte Versorgung<sup>4</sup>, die gemeinsamen Fortbildungen sollen fortgesetzt und intensiviert werden.

*Veltin:* Wie schätzen Sie den derzeitigen Stand der Versorgung psychisch kranker und suchtkrankender Menschen in der Stadt ein?

*Kleinlützum:* Vor allem infolge die Hochkonzentration des ambulant betreuten Wohnens geht es beiden Trägern – auch ökonomisch – sehr gut. Der Zulauf der Klienten ist trotz privater Konkurrenz nach wie vor da. Der RehaVerein betreut über 120 Klienten (gegenüber früher 52 Plätzen), die INTRES rund 80 Klienten (gegenüber früheren 30 Plätzen.) Gleichzeitig hat sich die Betreuungszeit pro Klient von früher einer Stunde pro Woche auf durchschnittlich drei Stunden pro Woche erhöht.

Die meisten Probleme sehe ich für unsere Klientel nach wie vor auf dem Arbeitsmarkt. Nachdem das IDA-

Projekt gescheitert war, haben wir zwar viele Ideen gehabt, aber keine freien Geldmittel zur Verfügung. So hat sich eine sehr einseitige Struktur im Arbeitsbereich ergeben: 120 immer besetzte Plätze alleine in der Werkstatt für behinderte Menschen - Teilbereich „psychisch behinderte Menschen“ - ohne Chance, jemals einen geschützten Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden. Ansonsten gibt es viele Trainingsstellen und ähnliches in unseren Einrichtungen - wie zum Beispiel in der Cafeteria der Klinik!

*Fußnoten*

<sup>1</sup> „Die Funktion des Runden Tisches in einem sozialpsychiatrischen Ambulatorium“ *Psychiatr. Prax.* 18, 1991

<sup>2</sup> Siehe auch die Kulturzeitschrift „Juni“ Heft 4/1990 mit dem Dossier: „Irre“, veröffentlicht anlässlich der DGSP-Jahrestagung in MG

<sup>3</sup> Siehe den Forschungsbericht, erstellt durch Prof. Dr. Regus unter dem Titel „Beschäftigung und soziale Rehabilitation“, Pulheim 1996

<sup>4</sup> Dazu siehe W. Faulbaum-Decke & Ch. Zechert (Hg.): *Ambulant vor stationär. Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung*, erschienen im Psychiatrie-Verlag, Bonn 2010

## Quo vadis – Antistigma ?

### Nachträglich zur Verleihung des SPD-Preises BürgerInnenEngagement in Düsseldorf

von Andreas Kernchen

Liebe Antistigma-Freunde..., so oder ähnlich beginne ich immer meine Mails im Verteiler von Antistigma-Düsseldorf.

Über 50 Schulprojekte in 8 Jahren, langjährige Schulung der Telefonseelsorge, sogar Einsätze bis Bielefeld, um Studenten über die Thematik zu informieren bzw. mit ihnen zu diskutieren: was macht den Reiz dieser Arbeit aus, dass wir im letzten Jahr sogar den Prominenten Manni Breuckmann als Schirmherrn gewinnen konnten?

Nun, ich denke, es ist – nach wie vor – die Sache an sich. Psychisch kranke Menschen haben immer noch keine gute öffentliche Lobby, sieht man mal von rühmlichen Ausnahmen ab wie dem Klinikchef und Autoren Dr. Manfred Lütz.

Es macht immer noch Sinn, das Rückgrat gerade zu machen und zu sagen: Wir sind genau so viel wert wie die sogenannten Gesunden in dieser Gesellschaft. Bei Themen wie Beziehung und Arbeit klafft dennoch weiterhin ein breiter Spalt. Doch sind

wir mittlerweile im 3. Jahrtausend angekommen. Was den Homosexuellen um diese Jahrtausendwende gelungen ist, sollte auch für psychisch kranke Menschen eine Selbstverständlichkeit werden: nicht nur Gleichstellung vor dem Gesetz, sondern Gleichstellung in der Wahrnehmung der Menschen!

Andreas Kernchen /  
[A.Kernchen@gmx.de](mailto:A.Kernchen@gmx.de)  
<http://www.antistigma-duesseldorf.info/> // Tel.: 0211-7183727

# RGSP-Stellungnahme: Videoüberwachung in der Psychiatrie

Im Mai des Jahres wurde die RGSP kurzfristig gebeten, im Gesundheitsausschuss des Landtags zur Frage der Videoüberwachung auf psychiatrischen Stationen Stellung zu nehmen. Anlass war eine Gesetzesinitiative der FDP-Fraktion, die sich wiederum auf eine Stellungnahme der RGSP aus 2009 bezogen hatte (siehe Bericht in der Extrablatt-Ausgabe Herbst 2009, Extrablatt-Archiv [www.rgsp.de](http://www.rgsp.de).) Hier die aktuelle Stellungnahme.

Der Gesetzentwurf der Fraktion der FDP vom 02.11.2010 hat zum Ziel, die Videoüberwachung zwangsweise untergebrachter Patienten zu untersagen. Er nimmt Bezug auf einen Bericht des MAGS vom 05.06.2009 (14/2654), demzufolge etwa 23 Prozent von 99 psychiatrischen Kliniken des Landes gelegentlich Videokameras in der Beobachtung von zwangsweise untergebrachten Patienten einsetzen. In dem Bericht wird weiter ausgeführt: „Die Videoüberwachung kommt lediglich im Einzelfall nach strenger ärztlicher Indikationsstellung im Rahmen von Maßnahmen zur Krisenintervention zum Einsatz, falls andere Möglichkeiten zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung ausscheiden. ... Die Videoüberwachung ist Teil des therapeutischen Konzepts und soll die persönliche Betreuung lediglich ergänzen und nicht ersetzen.“

Dass diese Argumentation an der Problematik der Praxis in manchen Kliniken völlig vorbeigeht, verdeutlichen schon die jetzt vom Ministerium mitgeteilten Ergebnisse einer Erhebung in 16 Kliniken. Die in einer (nicht ganz leicht entschlüsselbaren) Tabelle zusammengefassten Ergebnisse lassen eine erstaunliche Bandbreite in der Handhabung von Zwangsmaßnahmen erkennen. So erfolgte in der Klinik lfd. Nr. 3 bei 33 von 601 aufgenommenen Patientinnen und Patienten eine Videoüberwachung (5,5 % der Fälle). Bei 13 der 33 videoüberwachten Patienten (32,5 %) war auch eine Fixierung erfolgt. (Die Tabelle gibt keinen Aufschluss darüber, wie häufig insgesamt Fixierungen – auch ohne Videoüberwachung – vorgenommen wurden.) In der Klinik mit der lfd. Nr. 11 fand bei 330 von 388 Patienten (85 %) eine Videoüberwachung statt, wobei in

310 dieser Fälle (94 %) auch eine Fixierung erfolgte.

Es wäre abwegig, eine derart unterschiedliche Praxis mit Eigenarten der aufgenommenen Patientinnen und Patienten erklären zu wollen. Vielmehr drängt sich der Eindruck auf, dass der Einsatz von Zwang in manchen Einrichtungen fast routinemäßig erfolgt und von einer strengen ärztlichen Indikationsstellung wohl kaum die Rede sein kann. Die Hoffnung des Ministers Karl-Josef Laumann, sein Erlass zur Videoüberwachung vom 17.04.2009 würde von den Einrichtungsträgern zum Anlass genommen, ihre bisherigen Konzepte zur Überwachung zwangsweise untergebrachter Patientinnen und Patienten zu überprüfen und weiterzuentwickeln, hat sich nicht erfüllt.

Wer im Klinikalltag Zwang und Fixierung als Routinemaßnahme praktiziert, verliert womöglich das Gespür für die Erheblichkeit dieses Eingriffs in Grundrechte. Frajo-Apor et al. (2011)<sup>2</sup> haben Ergebnisse strukturierter Interviews über Erfahrungen mit mechanischer Fixierung publiziert. Danach hätten viele Patienten solche Maßnahmen als belastend oder gar traumatisierend erlebt und einen Mangel an Information, Betreuung und Ansprache beklagt. Die Autorinnen stellen ihrem Aufsatz ein Zitat aus einem Interview voran: „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren.“ Die Diskussion über Zwang, Fixierung und Videoüberwachung darf nicht primär unter dem Gesichtspunkt der Alltagsbewältigung in den Kliniken geführt werden. Vielmehr sind grundsätzliche Fragen des psychiatrischen Handelns und auch der Menschenwürde tangiert.

Würde man, losgelöst von der etablierten Praxis, grundsätzlich darüber

diskutieren, wie mit verwirrten, aggressiv gespannten, sich und andere gefährdenden Menschen in psychischen Krisen verfahren werden sollte, so käme niemand auf die Idee, das Konzept „Fesseln und aus der Ferne videoüberwachen“ zu propagieren. Ganz selbstverständlich würde man empfehlen, bei vorübergehend fixierten Patienten die persönliche Zuwendung und kontinuierliche Präsenz von Mitarbeitern sicherzustellen.

Daher geht es bei der Diskussion um die Frage der Videoüberwachung auf psychiatrischen Stationen vor allem auch darum, ob bei fixierten (mittels mechanischer Hilfsmittel in der Bewegungsfreiheit eingeschränkten) Patienten eine ständige persönliche Beobachtung und Begleitung – „Sitzwache“ – gewährleistet sein muss oder ob eine Beobachtung per Videoübertragung ausreicht.

Diese Frage ist unter einer Reihe von Aspekten zu reflektieren:

- Wie erleben erregte, aggressive oder auch hochgradig selbstgefährdende Menschen eine Situation, in der sie ihrer Bewegungsmöglichkeiten beraubt und nicht selten über längere Zeiträume sich selbst überlassen sind?

- Welcher Personalmehrbedarf ergäbe sich, wenn jedem fixierten Patienten – wie in den Pionierjahren der Sozialpsychiatrie üblich – eine Sitzwache zur Seite gestellt würde?

- Welchen therapeutischen Wert hat eine beständige personelle Präsenz?

- In welchem Umfang würden sich Zeiten der Fixierung verkürzen, wenn diese nur bei Präsenz einer Sitzwache erfolgen dürfte?

Es drängt sich auf, dass es zu einer zeitlichen Verkürzung von Zwangsmaßnahmen beiträgt, wenn diese – als „Intensivbehandlungsmaßnahmen“ – zu einer auch aus wirtschaftlichen Gründen knappen Ressource würden.



Unter den belastenden Bedingungen des klinischen Alltags sind Situationen kaum zu vermeiden, in denen ein fixierter Patient länger in der Beschränkung bleibt, weil andere Aufgaben und Patientenangelegenheiten die Mitarbeiter in Beschlag nehmen.

Nicht zuzustimmen ist der Fraktion der FDP in der Einschätzung, dass die Realisierung ihrer Gesetzesinitiative keinerlei finanzielle Auswirkungen hätte. Im Landeskrankenhaus Lüneburg ist man aktuell bemüht, die Begleitung jedes fixierten Patienten durch eine Sitzwache sicherzustellen. Insbesondere im Nachtdienst geht man von einem personellen Mehrbedarf aus. Eine Erweiterung des Stellenplans um 4,5 Vollzeitstellen wird angestrebt.

Die RGSP kommt abschließend zu folgenden **Empfehlungen**:

Am Ziel, fixierte Patienten nicht per Video zu überwachen, sondern individuelle Zuwendung und Präsenz sicherzustellen, ist festzuhalten.

Verzichtet werden kann auf eine „Sitzwache“, wenn Patienten deutlich zum Ausdruck bringen, dass sie ihnen unangenehm ist, etwa weil sie sie

als bedrohlich oder belästigend erleben.

Wir empfehlen eine differenzierte Erhebung der Praxis in einigen Kliniken über den Zeitraum von einem Jahr. Einbezogen werden sollten Kliniken, die auf eine Videoüberwachung verzichten und für fixierte Patienten Sitzwachen organisieren. Die Evaluation der Praxis muss vor allem auch die zeitliche Dauer von Zwangsmaßnahmen berücksichtigen. Die RGSP bietet an, bei der Vorbereitung und Auswertung einer solchen Studie beratend mitzuwirken.

In einem Übergangszeitraum sollte sichergestellt sein, dass videoüberwachte Patienten mindestens halbstündlich von Mitarbeitern persönlich aufgesucht und – falls nicht schlafend angetroffen – auf ihr Befinden und ihre Bedürfnisse angesprochen werden.

Grundsätzlich muss für verantwortliche und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes jederzeit eine Möglichkeit bestehen, die Fixierung oder Absonderung eines Patienten aufzuheben. Es darf nicht sein, dass auch diese Entscheidung von einer ärztlichen Anordnung abhängig

gemacht wird. In der Praxis kann dies heißen, dass ein Patient wiederholt getröstet und gebeten wird, abzuwarten, bis der verantwortliche Arzt Zeit findet. Der erhebliche Eingriff in Grundrechte muss umgehend und unbürokratisch beendet werden können. Fußnoten

<sup>1</sup> Bericht des MAGS vom 05.06.2009

<sup>2</sup> Frajo-Apor B, Stippler M, Meise U (2011) Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. Psychiatrische Praxis, DOI: 10.1055/s-0030-1266138.

Der RGSP-Vorsitzende Stefan Corda-Zitzen und Dr. Stephan Rinckens (LVR-Klinik Mönchengladbach) haben diese Stellungnahme bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss am 22. Juni 2011 vertreten. Weitere Informationen und Stellungnahmen finden sich auf der Internetseite des Landtags. Wir werden im nächsten Extrablatt über das Ergebnis der Gesetzesinitiative berichten.

## „1954 – 1975 Nazi-Psychiatrie“

Lothar Gothe, ein Mitbegründer der Sozialistischen Selbsthilfe Köln (SSK), hat unter obigem Motto im Juni vor der Landschaftsversammlung Rheinland gesprochen. Er verband seinen Rückblick auf Missstände in den psychiatrischen Anstalten in den Nachkriegsjahrzehnten mit der Forderung, der LVR solle „endlich seine Nazi-Geschichte“ aufarbeiten.

Grothe räumt ein, dass die Sozialpsychiatrie Fortschritte gebracht hat. Doch lautet sein Hauptvorwurf, dass die universellen Menschenrechte der Insassen noch 30 Jahre nach dem 2. Weltkrieg ständig, massiv und systematisch verletzt wurden.

Die **Neue Rheinische Zeitung** dokumentiert Gothes Rede im Online-Flyer 310 vom 13.07.2011. Sie ist abrufbar unter: nrhz.de/flyer. Oder fragen Sie in der RGSP-Geschäftsstelle nach.

## Bericht von der RGSP-MV am 23.02.11 in Mönchengladbach und Rückblick auf zehn Jahre als Vorsitzender

von Norbert Schalast

Mit dem letzten Extrablatt hatte der RGSP-Vorstand zur Mitgliederversammlung am 23.02.11 ins Werkzentrum des RehaVereins MG nach Mönchengladbach eingeladen, wo 35 Vereinsmitglieder zusammenkamen. Nach dem Bericht des Vorstandes und des Kassenwartes wurde der alte Vorstand entlastet und ein neuer gewählt. Es ist der von der Mitgliederzahl wohl größte Vorstand, den die RGSP jemals hatte: fast alle bisherigen Mitglieder gehören auch dem neuen Vorstand an: (Rüdiger Szapons, Stefan Corda-Zitzen, Bernd Kels, Ilja Ruhl, Susann Kornack, Angelika Peters-Dorgham, Andreas Kernchen, Jürgen Bombosch, Michael Bormke, Gudrun

Uebele und N. Sch.. Neu gewählt wurden in den Vorstand: Ruth Vogel (nachmehrjähriger Unterbrechung) und Dieter Schax vom RehaVerein MG. Bei der konstituierenden Sitzung des Vorstandes am 23. März wurde Stefan Corda-Zitzen neu zum Vorsitzenden, Gudrun Uebele wieder zur Stellvertreterin und Rüdiger Szapons zum Kassenwart gewählt.

Stefan Corda ist Diplom-Sozialpädagoge, Mitarbeiter der PHG Viersen, seit Jahren in der Funktion des Geschäftsführers. Er hat sein Anerkennungsjahr bei der Bewährungshilfe Mönchengladbach abgeleistet und ist mehrere Jahre in den LVR-Kliniken Mönchengladbach (Suchtbehandlung)

und Viersen (Forensik) tätig gewesen. Themen, die ihm besonders am Herzen liegen, sind die Veränderung der Arbeitssituation in sozialen Einrichtungen, die Entwicklung der Eingliederungshilfe, Perspektiven für Forensikpatienten und Antistigmaarbeit. In dem Zusammenhang hat er sich in den letzten beiden Jahren um unser Filmfestival in Mönchengladbach ganz besonders verdient gemacht.

Ich (N. Sch.) habe mir erlaubt, bei der Mitgliederversammlung auf 10 Jahre des Vorsizes zurückzublicken und fasse die Bilanz im Folgenden kurz zusammen:

Was die größeren Veranstaltungen der RGSP betraf, gab es in den Jahren aus meiner Sicht einige Highlights.

- 2003: Perspektiven für Maßregelpatienten, Düsseldorf (unter anderem mit Sebastian Stierl und dem MRV-Landesbeauftragten Uwe Dönisch-Seidel)
- 2004: „Psychiatriezeitungen“ in Düsseldorf, bei der Heinz-Günter Maaßen einen unglaublich inspirierenden Beitrag geleistet hat.
- 2004: Veranstaltung zum 30. Geburtstag der RGSP mit Beiträgen von Seidel, Stierl und Schalast in Viersen
- 2006: Forensik, die Psychiatrie der Zukunft (wieder in Viersen, mit Prof. Schanda aus Wien)
- 2008: „Wohnentagung“ im Mutterhaus der Diakonie in Düsseldorf mit Henning Scherf und Prof. Regus.

Von unserer Homepage können – beginnend 2002 - 17 Extrablätter heruntergeladen werden.

Das klingt in der Auflistung nicht schlecht, doch in der Bilanz über-

kommt mich das Gefühl: das alles viel zu wenig war. Es gibt zwei Dinge, auf die ich zumindest zufrieden zurückschaue:

Das eine betrifft durchaus das Extrablatt: Darin haben wir ja nicht einfach Meldungen aus der Psychiatrie verbreitet. Es gab vielmehr Beiträge von Frau Landesrätin Hoffmann-Badache, von der jetzigen Landesdirektorin Ulrike Lubek, von Heinz-Günter Maßen, Ruth Vogel, Rüdiger Szapons (einmal gemeinsam mit Elisabeth Hofmann), Jürgen Bombosch, Ralf Seidel, Stefan Rinckens, Stefan Corda-Zitzen. Rainer Pöppe, Michael Bormke, Bettina Jahnke, Nils Greve, Klaus Jansen, Andreas Kernchen, Udo Schlösser, Ilja Ruhl, Jutta Prönneke, Richard Suhre, Susann Kornack, Arnd Schwendy (zum Ruhestand von Inge Theisohn), Angelika Peters-Dorgham, Barbara Müller, Verena Fleck-Hansen, Bernd Kels, Achim Dochat, Thomas Schreiber, Sebastian Kühl, die Außenwohngruppe Steinbrinkstr., Ruth Fricke und meine Wenigkeit – um nur diejenigen aus unserer Region zu nennen!! Und gerade das ist mir rückblickend wichtig: dass wir unsere Ansprechpartner, unsere Verbündeten aus dem Rheinland für aktive Beiträge gewonnen haben. Diese Tradition setzt dieses Extrablatt mit Texten von Nils Greve und dem Interview Eckard Klein-Lützum – Dr. Alexander Veltin in erfreulicher Weise fort.

Und eine zweite positive Bilanz betrifft die Vorstandsarbeit selbst: dass nämlich regelmäßig ein beachtlicher Kreis aktiver Kolleginnen und Kollegen zusammengekommen ist, in dem die Last der Vorstandsarbeit geteilt werden konnte. Anfangs habe ich

### ***Inklusion leben!*** **Jahrestagung** **Betreutes Wohnen in Familien**

Ort: Wesel am Rhein

Veranstalter: **SPIX e.V.**

14. – 16. September 2011

Mitwirkende: Jo Becker, Renate Schernus, Ottmar Hanschke, Renate Neuenfeld-Spickermann, Klaus Nouvertné, Lothar Flemming, Monika Bachmeier u.a.m.

Informationen: [www.spix-ev.de](http://www.spix-ev.de), Karin Weis, Tel. 0281-163330

durchaus befürchtet, dass der Vorstand dahinschwindet, wenn ich ihm zu lange vorsitze. Ein Grund für diese Befürchtung war, dass ich als forensischer Psychologe nur sehr begrenzt in der Lage war und bin, im Kreise der sozialpsychiatrisch Engagierten richtungweisend mitzuwirken. Die Befürchtung des Dahinschwindens hat sich nicht bewahrheitet, die Wahl des neuen Vorstandes belegt ungefähr das Gegenteil. Ich danke allen aktiven Vorstandskolleginnen und –kollegen für die Unterstützung in den letzten Jahren.

Für einen fachlichen Vortrag im Rahmen der Mitgliederversammlung hatten wir Martin Osinski aus Neuruppin (Brandenburg) gewonnen. Das Thema seines rege diskutierten Vortrags lautete: „Hilflose Helfer – Gemeindepsychiatrie als Reparaturbetrieb der Gesellschaft?“ Martin hat seine Präsentation für unsere Homepage zur Verfügung gestellt. Sie kann auf [www.rgsp.de](http://www.rgsp.de) von der Rubrik „Aktuelles“ heruntergeladen werden.

## **LVR FACHTAGUNG 2011**

### **Inklusion und Teilhabe –**

### **Eine Herausforderung für die Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf**

Bei dieser Tagung wirken unter anderen mit: Ulrike Lubek, LVR-Direktorin, Klaus Rohde, Vorsitzender des Ausschusses für den LVR-Verband heilpädagogischer Hilfen, Adolf Sauerland, OB Duisburgs. Als Fachreferenten sind beteiligt: Dr. Monika Seifert (Berlin), Marlies Pörtner (CH), Jacques Heijkoop (NL), Prof. Gustav Rückemann und Michael Nagy (Heidelberg), Klaus Lachwitz (Berlin).

Weitere Informationen unter [www.fachtagung-2011-hph-netzwerk.lvr.de](http://www.fachtagung-2011-hph-netzwerk.lvr.de)

Telefonische Auskunft: Frau Breuel, Tel 02821 81-4050, Frau Friedrich-Brockhoff, Tel 02821 81-4046