

DEZ 2021

extrablatt

BARRIEREN FÜR PSYCHISCH KRANKE
MENSCHEN - EINE ALLTAGSHILFE

THOMAS HANNEN

PFLEGEKAMMER NRW

STEFAN CORDA-ZITZEN

RGSP

Rheinische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie



WWW.RGSP.DE

IN- HALT

01.

VORWORT

Stefan Corda-Zitzen

S. 4 – 5

02.

PFLEGEKAMMER NRW - WAS BISHER BEKANNT IST

Von Stefan Corda-Zitzen und Michael
Bormke

S. 6 – 7

03.

QUALITÄTSPRÜFUNG NACH §128 SGB IX

Von Melanie Abshagen

S. 8 – 9

04.

IM GESPRÄCH BLEIBEN - MITGLIEDERVER- SAMMLUNG DER RGSP

Von Franca Wahl, Ute Harnack

S. 10 - 12

05.

PARTIZIPATION IST KEIN SELBSTLÄUFER

Von Bettina Jahnke

S. 13 – 16

06.

BARRIEREN FÜR MENSCHEN MIT EINER PSYCHISCHEN ER- KRANKUNG

Von Melanie Abshagen und Thomas
Hannen

S. 17-22

07.

NEUES AUS DER DGSP

Von Patrick Nieswand

S. 23 – 26

Impressum

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

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

Ansprechpartnerin: Gabi End
Vertreterin: Gabi Reimann

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.

Layout: Pink Social
www.pink-social.de

01. VORWORT STEFAN CORDA-ZITZEN

Vorstandsvorsitzender RGSP,
Geschäftsführer PHG Viersen



Liebe RGSPLerinnen und RGSPLer, liebe Kolleginnen und Kollegen,

am Ende eines, immer noch durch Corona bedingt komplizierten Jahres 2021 möchte ich mich bei Ihnen / Euch allen für das Engagement und Geleistete in diesem Jahr bedanken.

Pandemie, zukünftige Fachmodule und damit verbundene neue Fachkonzepte, BEI_NRW, Fachkräftemangel. Das alles sind eigentlich schon jeweils für sich fortlaufende große Herausforderungen und u.a. die Themen, die auch die Vorstandsarbeit dieses Jahr geprägt haben.

Mit dieser Ausgabe des Extrablatts halten Sie die zweite Ausgabe im neuem, frischen Gewand in den Händen. Sie finden darin Artikel zur Pflegekammer, zum Thema Partizipation, zu Barrieren für psychisch kranke Menschen und zu Qualitätsprüfungen. Außerdem erfahren Sie Neues aus der DGSP.

*Besonders freue ich mich über den beigelegten Flyer zu den aktuellen S3-Leitlinien Schizophrenie. Den Flyer können Sie gerne bei uns kostenlos zur Verteilung zwecks Aufklärung an Klient*innen und Nutzer*innen bestellen.*

*Wie schon oft an dieser Stelle noch kurz der Hinweis, dass unsere monatlich stattfindenden Vorstandssitzungen, jeweils der letzte Dienstag im Monat um 18:00 Uhr, öffentlich sind und jede*r eingeladen ist, mitzuarbeiten. Termine und Veranstaltungsorte sind auf der Homepage unter www.rgsp.de zu entnehmen. Gerne nehmen wir auch Angebote bezüglich Tagungsorten für die Vorstandssitzungen an und besuchen Sie vor Ort. Es ist gute Tradition, sich um 18:00 Uhr bei einem Träger zu treffen und nach einer kleinen Stärkung loszulegen.*

Liebe RGSPLerinnen und RGSPLer, ich wünsche Ihnen allen im Namen des gesamten Vorstandes ein frohes Weihnachtsfest und gutes Gelingen im neuen Jahr, vor allem aber wünsche ich Ihnen Gesundheit und bleiben Sie zuversichtlich.

*Mit herzlichen Grüßen
Für den Vorstand
Stefan Corda-Zitzen*

02.

Pflegekammer NRW - Was bisher bekannt ist

von Stefan Corda Zitzen

Von unseren Mitgliedern und Mitgliedsorganisationen sind großer Unmut und Sorgen bezüglich der neu eingerichteten Pflegekammer in NRW an uns herangetragen worden. Mit den in der Sozialpsychiatrie und Eingliederungshilfe tätigen Pflegefachkräften teilt die RGSP die Kritik an einer Zwangsmitgliedschaft mit Zwangsbeiträgen.

Das ist in Zeiten, in denen eine Aufwertung der Pflegeberufe dringend notwendig ist, das völlig falsche Signal. Wir haben Zweifel daran, dass die geplanten Zwangsfortbildungen die tatsächlichen Qualifizierungsbedarfe in der Sozialpsychiatrie und Eingliederungshilfe abbilden, und befürchten, dass das gute, bestehende Fortbildungsangebot in diesem Bereich (z.B. durch die AGPR, die DGSP oder den LVR) geschwächt wird.

Das ist in Zeiten, in denen eine Aufwertung der Pflegeberufe dringend notwendig ist, das völlig falsche Signal.



Die Landesregierung in NRW hat im Koalitionsvertrag vom Juni 2017 vereinbart, eine Pflegekammer in NRW einzuführen.

Eine aus Sicht der Landesregierung repräsentative Umfrage bei ca. 1.500 von ca. 200.000 Pflegefachkräften in NRW wurde im Jahr 2018 durchgeführt und eine Mehrheit der Befragten gab an, sich eine Pflegekammer zu wünschen.

Nach jetzigem Kenntnisstand ist infolge dessen das Heilberufsgesetz NRW geändert worden, ein „Errichtungsausschuss Pflegekammer“ gegründet und der Datenschutz für Pflegefachkräfte so verändert worden, dass der Errichtungsausschuss ermächtigt wurde, die Arbeitgeber in NRW verpflichtend aufzufordern, Daten der bei ihnen tätigen Pflegefachkräfte an den Errichtungsausschuss zu übermitteln.

Dies ist vielen Fachkräften aus der Pflege in den letzten Monaten durch ihre Arbeitgeber mitgeteilt worden. Viele Pflegefach-

kräfte in der Eingliederungshilfe stehen einer freiwilligen Organisation der Pflegefachkräfte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, positiv gegenüber.

In der Folge erhielten die meisten Pflegefachkräfte ein **Anschreiben von der Pflegekammer NRW bzw. dem Errichtungsausschuss**. Dessen Forderung der Tonfall und der Inhalt haben viele entsetzt.

- **Es besteht keine freie Wahl**, sich an der Pflegekammer zu beteiligen, sondern man wird auch gegen den erklärten Willen, Pflichtmitglied der Pflegekammer NRW.
- Es muss ein, in der Höhe noch nicht bekannter, monatlicher **Pflichtbeitrag** gezahlt werden.
- Es muss eine amtlich beglaubigte Kopie der **Berufsurkunde** auf eigene Kosten eingewendet werden.
- Man wird **verpflichtet an Fortbildungen teilzunehmen**, die, **falls ein Arbeitgeber dafür nicht freistellt, in der Freizeit und auf persönliche Kosten erfolgen müssen**.

Was sind eigentlich die Aufgaben und Inhalte der Pflegekammer NRW?

- Eine seriöse Recherche dazu ist komplexer als zunächst angenommen.
- Die Aussagen von beteiligten Politiker*innen und Mitarbeiter*innen des Errichtungsausschusses und des MAGS sind nicht eindeutig.
- Gemäß Pflegerat NRW ist der „primäre Auftrag der Pflegekammer, der Schutz der pflegebedürftigen Menschen

gegen unzureichend qualifizierte Pflegepersonen“.

- Ein ehrenwertes Ziel, aber ist das nicht die Aufgabe von (bestehenden) staatlichen Behörden, wie z.B. der WTG-Behörde oder dem MDK? Wozu benötigt NRW eine weitere Kontrollbehörde, und warum sollen Pflegefachkräfte eine zusätzliche Kontrollbehörde, die ihre Arbeit überwacht, selber bezahlen?
- Nach dem Gesetzestext ist es nicht Aufgabe der Pflegekammer, über die Arbeitsbedingungen (explizit die Personalbemessungsgrundlage) und das Gehalt von Pflegekräften zu befinden oder gar zu entscheiden. Das wären aber die zentralen Themen in der Bekämpfung des Pflegenotstandes. Wozu nützt eine Pflegekammer, die sich nicht mit den wesentlichen Bedürfnissen der Pflegefachkräfte auseinandersetzt?
- Die Befürworter der Pflegekammer NRW sagen, dass die Pflegefachkräfte durch die Pflegekammer eine organisierte Stimme bekommen, um zukünftig auf Augenhöhe mit den Kostenträgern (Krankenkassen) zu verhandeln. Diese Kompetenz ist nicht erkennbar, da in den entsprechenden Texten/Gesetzen nur zu lesen ist, dass die Kammer beratende Funktionen hat und das Bundesministerium für Gesundheit diese Klarstellung einer ausschließlich beratenden Funktion auf Nachfrage auch bestätigt hat.

Nachfolgend zur Meinungsbildung 2 Links zur repräsentativen Umfrage unter Pflegefachkräften und zum Bericht durch Gesundheitsminister K. J. Laumann.

Zur repräsentativen Umfrage unter Pflegefachkräften

- Die Ergebnisse und Methoden der repräsentativen Umfrage an 1.503 von ca. 200.000 Pflegefachkräften in NRW sind einzusehen unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/nrw-pflegekammer_ergebnisbericht.pdf
- Es wurde nicht eine einzige Pflegefachkraft die in der Eingliederungshilfe/Gemeindepsychiatrie tätig ist in der repräsentativen Umfrage berücksichtigt/angesprochen/befragt.

Die Auftraggeber der Umfrage nehmen Pflegefachkräfte in der Eingliederungshilfe offenbar nicht als relevant wahr.

- In der Befragung wurde sehr allgemein zu den Vorteilen einer „organisierten Pflege“ gefragt, die Aufgaben, Befugnisse, Kompetenzen bzw. Grenzen der Pflegekammer (s.o.) wurden nicht erwähnt.

Bericht „Widersprüche zur Pflichtmitgliedschaft in der Pflegekammer“ durch Gesundheitsminister K. J. Laumann für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – Sitzung am 29.09.2021

- Der Bericht ist einzusehen unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-5758.pdf>

Zusammenfassend ist das Vorgehen befremdend, explizit die Gesetzesveränderungen, die zwangsverpflichten, den erklärten Willen nicht berücksichtigen, einen Pflichtbeitrag einfordern und somit Grundrechte einschränken.

Auf der anderen Seite müssen die Pflegefachkräfte dabei unterstützt werden, die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. Ob eine Pflegekammer, selbst wenn sie demokratisch legitimiert wäre, das erreichen könnte, ist nicht ersichtlich, da eine eindeutige Festlegung von Aufgaben, Befugnissen und Grenzen der Pflegekammer fehlt. Außerdem ist bisher unklar, was die Pflegekammer für die Pflegefachkräfte in der Eingliederungshilfe bewirken soll und kann.

Viele offene Fragen, viel Unverständnis und viele negative Emotionen. Die RGSP möchte sich bemühen, Licht ins Dunkle zu bringen und hierzu Gespräche mit dem zuständigen Ministerium führen.

vereinbarung.
Für die Durchführung der Prüfung hat der Landschaftsverband Rheinland eine Prüfungsabteilung eingerichtet.
Diese führt die Prüfung in mehreren Schritten durch. Zum einen benennt die Prüfungsstelle dem Leistungserbringer die Dokumente, welche er für die Prüfung einsehen möchte. Es erfolgt eine Prüfung vor Ort in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers und es findet ein Qualitätsgespräch in den Räumlichkeiten des Leistungsträgers statt.

Die Prüfung erfolgt in der Regel stichprobenartig für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten innerhalb der letzten 5 Jahre.

Die Prüfung unterliegt einem beratungsorientierten Ansatz und soll auch die Beratung und Empfehlungen von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Leistungserbringung beinhalten.

Geprüft werden können unter anderem Betreuungsvertrag, Betreuungsdokumentation, Fachkonzept, Jahresberichte, Arbeitsverträge der Angestellten, Führungszeugnisse aller Beschäftigten incl. Leitung, Form der Dokumentation, Durchführung von Supervisionen, Teamsitzungen, Fortbildungen.

Des Weiteren werden anhand der Betreuungsdokumentation überprüft inwieweit die durchgeführten Maßnahmen sich auf die im BEI-NRW festgelegten Ziele beziehen und wie die im Konzept festgelegten Methoden in die Arbeit mit einfließen.

auch die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung durch den Leistungsträger gesetzlich geregelt. Der Leistungsträger ist verpflichtet, wenn **„tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten nicht erfüllt, [...] die Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit der vereinbarten Leistungen des Leistungserbringers“ (§128 Abs.1 SGB IX) zu prüfen.**

Details zu dieser Prüfung sind im Landesrahmenvertrag festgehalten. So steht dort, dass neben der sogenannten anlassbezogenen Prüfung auch eine anlassunabhängige Prüfung durchgeführt werden kann. „Prüfungen nach diesem Rahmenvertrag werden aus besonderem Anlass oder anlassunabhängig durchgeführt. Wirtschaftlichkeitsprüfungen dürfen nur aus besonderem Anlass durchgeführt werden.“ (Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX Nord-rhein-Westfalen, Punkt 8.2 Satz 1). Grundlage der Prüfung sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen aus dem SGB IX, dem Landesrahmenvertrag und der zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Leistungs-



Ein Augenmerk wird auch auf die individuelle Wirksamkeitskontrolle und die Wirksamkeitsmessung des gesamten Dienstes gelegt.

Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems incl. Beschwerdewesen und Gewaltschutzkonzept finden ebenfalls statt. Dies ist nur eine exemplarische Auflistung von zu prüfenden Punkten. **Alle prüfbaren Elemente findet man in den rechtlichen und vertraglichen Grundlagen die oben aufgeführt sind.**

Das, was in anderen Branchen üblich ist, nämlich die Überprüfung des Auftraggebers (hier Leistungsträgers) der von ihm beauftragten und bezahlten Leistungen, zieht nun auch in die Eingliederungshilfe ein.

Inhalte und Form der Prüfungen sind unter anderem im Landesrahmenvertrag durch die Leistungsträger und Vertreter der Freien Wohlfahrtspflege festgelegt, so dass alle Beteiligten – Leistungsträger wie Leistungserbringer – sich auf Prüfungen vorbereiten können und wissen, was bei einer Prüfung zu erwarten ist.

So bleibt zu hoffen, dass die durchgeführten Prüfungen von allen Beteiligten dazu genutzt werden, die Qualität der Leistungen weiterhin auf einem hohen Niveau zu halten und die Aufgaben der Eingliederungshilfe – Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen – zu erfüllen.

03.

Qualitätsprüfung nach §128 SGB IX

von Melanie Abshagen

Am 01.01.2018 trat im Zuge der zweiten Stufe des Bundesteilhabegesetzes eine komplette Neufassung des SGB IX in Kraft. Neben vielen einschneidenden Veränderungen ist in dem § 128 SGB IX nun

Im Gespräch bleiben - die Umstellung der ambulanten Eingliederungshilfe Mitgliederversammlung der RGSP 2021

Von Franca Wahl, Ute Harnack

Wie schon so oft lud die RGSP im Anschluss an ihre öffentliche Mitgliederversammlung im Juni 2021 zu einem aktuellen Thema ein. Diesmal war es:

„Die Umstellung der ambulanten Eingliederungshilfe“.

Als Gastreferent hatte Dr. Dieter Schartmann vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) zugesagt. Er leitet die Eingliederungshilfe II.

Veranstaltungsort war die Liebfrauen Kulturkirche in Duisburg.

Seit 2014 dient die denkmalgeschützte Liebfrauenkirche als kultureller Veranstaltungsort. Der außergewöhnliche und sehenswerte doppelgeschossige Stahlbetonbau wurde im Architekturstil des Brutalismus errichtet. Während die Unterkirche als Gottesdienstraum erhalten blieb, wird die Oberkirche als Kunst- und Kulturzentrum genutzt.

Coronakonform waren oben in dem großen Raum Tische und Stühle auf Abstand verteilt. Jeder bekam eine

Snacktüte und etwas zu trinken. Verantwortlich für diese nette Bewirtung war Regenbogen e. V., Duisburg. Moderiert wurde der Abend von Ralph Erdenberger.

Herr Dr. Schartmann begann mit einem Initiativreferat. Er betonte, dass die Umstellung der Eingliederungshilfe eine Entscheidung für die nächsten 20 - 30 Jahre sein wird. Ausgelöst wurde die Umstellung durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) von 2016.

Zwei Eckpunkte möchte der Landschaftsverband erreichen. Entsprechend der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung soll es **mehr Selbstbestimmung und Teilhabe geben**. Zweitens soll der **Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe gebremst** werden. Dafür haben beide Landschaftsverbände in NRW mit den

Ziele des Landesrahmenvertrags sind:

- die Menschen so individuell wie möglich zu unterstützen,
- die Menschen sollen einen Teilhabewert erhalten, d.h. von der Umsetzung des BTHG profitieren,
- Leistungsgerechtigkeit herzustellen,
- die Finanzierung für alle gleich und unabhängig vom Ort der Leistung zu bewilligen,
- Kostentransparenz zu gewährleisten,
- verwaltungsökonomisch sparsam zu sein,
- dem gesetzlichen Prüfrecht nachzukommen, d.h. die Wirksamkeit beim Leistungserbringer zu prüfen,
- einen Kostenvergleich vor und nach der Umstellung möglich zu machen,
- mehr Digitalisierung zu schaffen.

pflege und den kommunalen Spitzenverbänden einen Landesrahmenvertrag erarbeitet.

Das ist die Ausgangslage. Und weil das alles nicht ganz unkompliziert ist, erfolgt die regelhafte Umsetzung des Landesrahmenvertrages erst ab 01.01.2023. Bis dahin wird weiter mit den Wohlfahrtsverbänden verhandelt und getestet. Ende des Sommers startet ein Pilotprojekt, um zu erproben, wie die Verfahrensabsprachen mit den Leistungserbringern und innerhalb des LVR klappen. Welche Anbieter bei diesem Pilotprojekt beteiligt sind, sagte Herr Dr. Schartmann nicht. Es seien fünf bis sechs Leistungserbringer, darunter ein sozialpsychiatrischer BeWo-Dienst.

Was heißt das jetzt für die Anbieter von Eingliederungshilfe?

Sie müssen ein Fachkonzept schreiben, auf dessen Grundlage sie mit dem LVR abrechnen können. Wie genau dieses Fachkonzept aussehen soll, ist noch nicht endgültig entschieden und Bestandteil der Verhandlungen. Es gibt erste Gliederungsvorschläge und einen Anforderungskatalog.

Hier setzte die Diskussion ein. Die Teilnehmer*innen erhielten die Möglichkeit, Herrn Dr. Schartmann ihre Bedenken und Vorschläge zu erläutern.

Als erstes Thema wurde die neue Differenzierung in qualifizierte und unterstützende Assistenz angesprochen. Ausschlaggebend für die Art und Bezahlung der Assistenzleistung ist der Bildungsabschluss. Berufsgruppen, die als Fachkräfte für qualifizierte Assistenz gelten, werden im Anforderungskatalog explizit aufgeführt. Eine unterstützende Assistenz darf nicht die Aufgaben einer qualifizierten Assistenz übernehmen. Kritisiert wurde, dass die Unterscheidung von qualifizierter und unterstützender Assistenz nicht praxisnah sei. **Diese strikte Trennung gibt es bei der Arbeit mit den Menschen nicht.**

Der Einsatz der Assistenzleistung ist abhängig vom Bedarf. Eine hauswirtschaftliche Tätigkeit, eigentlich unterstützende Assistenz, könnte auch Mittel zum Zweck sein und damit eine qualifizierte Assistenz. Ein Beispiel war auch, dass es Mitarbeiter*innen gibt, die jahrzehntelange Berufserfahrung haben und sehr gute Arbeit leisten, jedoch nicht als Fachkraft anerkannt werden, weil ihnen der nötige Berufsabschluss fehlt. Der Wunsch nach mehr Flexibilität wurde geäußert und nach mehr Planungsfreiheit. Das sei auch im Sinne einer möglichst individuell angepassten Betreuung der Klient*innen.

Herr Dr. Schartmann gab zu bedenken, dass die Festlegung auf den Bildungsabschluss vom Gesetzgeber vorgegeben sei.

Daran anschließend fragte ein Teilnehmer, wo nach der Umstellung die Arbeit der Genesungsbegleiter*innen abgerechnet werden kann. Sie werden im Anforderungskatalog nicht berücksichtigt. Sie gelten nicht als Fachkräfte, können daher auch nicht als qualifizierte Assis-

tenz abgerechnet werden. Aber das ist genau die Arbeit, die sie leisten. Sie leisten keine unterstützende Assistenz. Genesungsbegleiter*innen haben ähnliche oder dieselben Erfahrungen gemacht wie die Klient*innen, verfügen aber durch die Qualifizierung über den nötigen professionellen Hintergrund. Sie sind Brückenbauer*innen. Ihnen gelingt häufig ein besserer Zugang zu Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Herr Dr. Schartmann bestätigte, dass auch er die Arbeit der Genesungsbegleiter*innen für sehr wichtig und wertvoll hält und dies auch anerkannt werden sollte. Dieser Punkte müsse noch geklärt werden. Zu überlegen sei, welche Qualitätsanforderungen gestellt werden müssten und ob sie nicht als eine Art der qualifizierten Assistenz abgerechnet werden könnten. Denkbar sei auch, sie im Fachkonzept im Modul „Wohnen“ zu verorten. **Die RGSP votiert dafür, Genesungsbegleiter*innen als Fachkräfte anzuerkennen.** Dies wäre auch ein Zeichen der Entstigmatisierung. Herr Dr. Schartmann äußerte seine Bereitschaft, dieses Problem befriedigend zu lösen.

Eine Teilnehmerin sieht **wenig Möglichkeiten, ihre Sozialraumarbeit im neuen Fachkonzept darzustellen**. Die Arbeit hilft Barrieren und Vorurteile in der Bevölkerung abzubauen, kann aber als personenunabhängige Leistung nicht über das neue Fachkonzept abgerechnet werden. Das Fachkonzept müsse anpassbar an Projektarbeit sein. Es müsse je nach Bedarf in Teilen aktualisierbar sein. Herr Dr. Schartmann erzählte, dass ab August ein dreijähriges Modellprojekt in Aachen, Essen und im Rhein-Sieg-Kreis läuft, um für das Fallmanagement Teilhabebarrrieren auszuarbeiten und dementsprechend Elemente vom Fachkonzept zu überarbeiten. Eine kritische Anmerkung dazu war, dass das Modellprojekt zu kurz greift mit seinen drei Jahren Laufzeit.

Ein Teilnehmer hatte ein ganz praktisches Problem. Er hatte keine*n Ansprechpartner*in beim LVR für die LiGa (Leben in Gastfamilien). Herr Dr. Schartmann versicherte ihm, dass er sich an ihn wenden könne. Er sei sein Ansprechpartner. **Die LiGa würde ihre Leistungen gern auf Menschen in Pflegefamilien ausweiten.** Herr Dr. Schartmann teilte diese Ansicht.

Ein größeres Thema war die **Erreichbarkeit**.

Der Gesetzgeber hat Vorgaben zur Erreichbarkeit gemacht, aber im Fachkonzept ist bisher nur die Erreichbarkeit und Rufbereitschaft für einzelne Menschen vorgesehen nicht als pauschale Leistung. Ein Lösungsvorschlag war, dass die Anbieter sich bei diesem Thema untereinander zu einem übergreifenden Angebot zusammenschließen.

Insgesamt gab es bei allen kritischen Fragen auch Konsens. Alle wollen weg von der Angebotsorientierung hin zur Bedarfsorientierung. Qualität soll generiert werden. Genesungsbegleiter*innen leisten eine wertvolle Arbeit. Risiken dieser Umbruchsituation wurden ebenfalls benannt z.B., wenn von Einzelfällen ausgehend Strukturen geschaffen werden. Oder ob das, was mit den großen Wohlfahrtsverbänden ausgehandelt wird, auf die kleineren Anbieter übertragbar ist. Herr Dr. Schartmann sieht in der Umstellung eine Chance. Es bestehe keine Notwendigkeit, überstürzt zu handeln, das jetzige System funktioniere gut.

Gemeinsamer Grundtenor war: Wir bleiben im Gespräch. Und eins hat die Diskussion gezeigt: Es gibt noch viel zu besprechen.

05. Partizipation war und ist kein Selbstläufer

Bettina Jahnke im Gespräch mit dem Geschäftsführer der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft Viersen gGmbH Stefan Corda-Zitzen und der Klientenratsvorsitzenden Verena Mülders

Das Interview erscheint im Themenheft "Partizipation" der Zeitschrift "Soziale Psychiatrie" 1/2022.

2014 wurde an der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft (PHG) Viersen ein Klientenrat eingerichtet. Drei Akteure sprechen über die Etablierung des Gremiums, seine Tätigkeitsfelder und die persönlichen und institutionellen Veränderungen, die der Klientenrat bewirkt hat.

Bettina Jahnke: Stefan, mal Butter bei die Fische, heute verkaufst du unseren Klientenrat als Erfolgsgeschichte, aber, wenn ich zurückblicke, war der Weg, ehe dieses Gremium aus der Taufe gehoben werden konnte, recht holprig.

Stefan Corda Zitzen: Hilf mir mal auf die Sprünge, das liegt ja nun doch schon eine ganze Weile zurück.

B. J.: 2012 war ich noch recht neu bei der PHG Viersen und schlug nach einem Besuch beim Sozialpsychiatrischen Zentrum in Köln-Ehrenfeld vor, auch in Viersen einen Klientenrat zu installieren. Meine erste Reaktion war abwehrend. So etwas bräuchten unsere Klienten überhaupt nicht. Außerdem ließe sich das organisatorisch nicht umsetzen, weil der Kreis Viersen zu ländlich strukturiert sei. Immerhin hast du das Thema im Rahmen des Qualitätsmanagements aufgegriffen, woraufhin eine Arbeitsgruppe gegründet wurde. Ich saß schließlich mit drei oder vier Kollegen zusammen, und das ganze Projekt drohte zu versanden. Erst als ich offen konstatierte: »Auch ein Scheitern ist ein Ergebnis mit Aussagekraft!«, wurde mein Weckruf vernommen. In der Konsequenz plante ich mit einem Kollegen zwei Workshops mit Klient*innen und Mitarbeitenden.

S.C.-Z.: Ich erinnere mich! In der ersten Veranstaltung ging es um Sinn und Zweck eines Klientenrats im Hinblick auf mehr Mitspracherecht. In der zweiten Veranstaltung wurde eine Geschäftsordnung entworfen. Damit konkretisierte sich das Projekt. In Arbeitsgruppen wurden die Wahlmodalitäten festgeschrieben, etwa, dass alle zwei Jahre eine Wahl stattfinden sollte.



Es gab eine große Beteiligung, und alle Bereiche unseres SPZ waren bei den beiden Auftaktveranstaltungen vertreten. Auch interessierte Mitarbeiter waren in den Prozess eingebunden. Danach wurde dann die Wahl vorbereitet. Dazu gab es eigens Wahlplakate und Kandidaten-Steckbriefe. 2014 war es endlich so weit: Der erste Klientenrat ging an den Start.

B.J.: Frau Mülders, wie haben Sie das alles erlebt, schließlich waren Sie von Anfang an dabei?

Verena Mülders: Die Auftaktveranstaltungen waren locker-flockig gestaltet. Das half mir, meine anfänglichen Zweifel – ich denke grundsätzlich immer erst negativ – einigermaßen zu überwinden. Trotzdem fragte ich mich: Ob das wohl funktioniert? Immerhin besteht da doch ein Gefälle. Wir sind »nur« die Klient*innen! Ob wir wohl von den Mitarbeitenden auf Augenhöhe wahrgenommen werden? Ob der Chef uns wirklich sieht?

B.J.: Sie wurden bei der ersten Klientenratswahl zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Wie war der Arbeitsbeginn?

V.M.: Genau, zunächst war ich Stellvertreterin und das Amt der ersten Vorsitzenden habe ich seit der zweiten Legislaturperiode inne. Manchmal kommt es mir vor, als wolle außer mir niemand diesen Job machen. Dabei verstehe ich ehrlich nicht, warum.

Wenn ich an die Anfänge zurückdenke, fallen mir mehrere peergeleitete Workshops ein, in denen uns Klientenratsmitgliedern zum Einstieg die Basics vermittelt wurden: Wie organisieren wir uns und teilen die Aufgaben auf? Wer protokolliert die Sitzungen? Was steht in den Protokollen drin und wie werden diese Protokolle den Klientinnen und Klienten zugänglich gemacht? Auch überlegten wir uns, wie oft Treffen stattfinden, was wir an Arbeitsmaterialien brauchen und welche Räumlichkeiten benötigt werden. Eine eigene E-Mail-Adresse musste her, ebenso wie ein bisschen Kleingeld für die Kaffeekasse.

Zur Sprache kamen in den Workshops außerdem die Themen: Wie gehen wir mit internen und externen Konflikten um? Wie ist es mit der Schweigepflicht

zu halten? Ganz wichtig war uns: Der Klientenrat sollte auf keinen Fall zu einem Beschwerdemeckerrat mutieren. Stattdessen wollten wir konstruktiv mitarbeiten.

B.J.: Wie haben die Klienten den neuen Klientenrat angenommen?

V.M.: Das war und ist kein Selbstläufer. Um wahrgenommen zu werden, müssen wir aktiv auf die Leute zugehen. Da braucht es eine gewisse Hartnäckigkeit. Wenn unsererseits ein Anliegen besteht, haken wir immer wieder im Abstand von zwei, drei Tagen bei den Leuten nach. Der Zusammenhalt innerhalb des Klientenrats ist aber groß, und die Arbeitsverteilung stimmt: Einer führt Protokoll, ein anderer ist für den E-Mail-Verkehr zuständig, der Kassenwart hat die Kosten im Blick.

B.J.: Gerade haben Sie das Wort »Beschwerdemeckerrat« benutzt, zu dem sich der Klientenrat nicht entwickeln wollte. Was meinen Sie genau damit?

V.M.: Nicht selten sollen wir uns mit Angelegenheiten aus dem Personal- oder Betreuungswesen befassen. Dann heißt es z.B. »Der Chef muss mehr Leute einstellen!« oder »Der Klientenrat muss sich dafür einsetzen, dass niemand vom Personal kündigt!«. Solchen Erwartungshaltungen müssen wir einen Riegel vorschieben, denn das fällt nicht in unseren Aufgabenbereich.

B.J.: Wie viele Klientenratsmitglieder gibt es eigentlich?

S.C-Z.: Laut Geschäftsordnung wären bis zu zehn Vertreter*innen möglich. Am Anfang waren es acht, heute sind wir mit sieben Personen aktiv. Das hängt damit zusammen, dass manche Klientenratsmitglieder zwei PHG-Bausteine abbilden, wie z.B. Betreutes Wohnen und Tagesstruktur. Es gibt also noch etwas Luft nach oben.

B.J.: Und die Leitungstreffen finden halbjährlich statt, wie in der Geschäftsordnung vorgesehen?

S.C-Z.: Wir sitzen öfter zusammen, dreibis viermal im Jahr.

B.J.: Was hat der Klientenrat denn schon alles bewirkt?

S.C-Z.: Im Rahmen der Aktion »Urlaub ohne Koffer« organisiert der Klientenrat beispielsweise einmal jährlich eine trägerübergreifende Party.

Toll finde ich auch die angelegte Liste zur Tierbetreuung für Klienten, die stationär sind. Dazu wurde eigens eine Umfrage durchgeführt, wer, welche und wie viele Tiere bei sich zu Hause aufnehmen kann. Das ist eine Maßnahme, die auch uns Mitarbeitende spürbar entlastet. Im Fall der Fälle rufen sie dann beim Klientenrat an und horchen nach, ob es jemanden gibt, der sich um Hund, Katze oder Wellensittich kümmern kann. Dem Klientenrat ist auch die neue Küche in der Tagesstätte zu verdanken. Die Mitarbeitenden hatten schon eine ganze Weile auf diese Anschaffung gedrängt. Als der Klientenrat sich schließlich einschaltete, ging alles ganz schnell.

V.M.: Manchmal sagen die Mitarbeitenden halb im Scherz: »Wir müssen beim Geschäftsführer lange betteln, wohingegen der Klientenrat beim Geschäftsführer sofort ans Ziel kommt!«

S.C-Z.: Für mich ist es übrigens auch immer ein Highlight, wenn die Klientenratsvertreter zu Fachtagungen mitkommen.

B.J.: Waren Sie, Frau Mülders, auch schon bei der einen oder anderen?

V.M.: Bis jetzt war ich bei jedem Fachtag, der hier im Viersener Kreishaus einmal jährlich veranstaltet wird. Aber ich muss auch sagen, dass ich diese Fachtagungen sehr anstrengend finde. Es ist nicht leicht, sich von 9 bis 16 Uhr zu konzentrieren, damit man der Fachsprache einigermaßen folgen kann. Aber unterm Strich ist es sehr interessant, Neues über Krankheiten und Medikamente zu erfahren.

S.C-Z.: Mir ist es ein Anliegen, dass unser Klientenrat auch nach außen in Erscheinung tritt. Wir stehen zum Beispiel auch im Austausch mit anderen Regionen. Vor zwei Jahren hat unser Klientenrat dem Klientenrat des SPZ in Düsseldorf einen Besuch abgestattet. Im Übrigen wirken die Klientenratsmitglieder auch bei der Beschwerdestelle mit.

B.J.: Was ist das für eine Beschwerdestelle?

V.M.: Das ist eine trägerübergreifende Institution. Wir treffen uns alle drei Monate und werden eingeschaltet, wenn Ärzte nicht so vernünftig mit Klienten umgehen, z.B. bei Fixierungen. Es gibt aber auch Fälle, wo sich Klientinnen und Klienten aus dem Betreuten Wohnen an uns mit Beschwerden wenden. Wir gucken dann, ob und wie wir uns sinnvollerweise einschalten können. Manchmal werden Telefonate geführt, manchmal Treffen am runden Tisch organisiert, um eine Einigung herbeizuführen.

B.J.: Wie viele Beschwerden gehen da im Schnitt ein?

V.M.: Nicht viele. In den drei Jahren, seit die Beschwerdestelle eingerichtet ist, wurden sechs Beschwerden verfolgt. Und das, obwohl schon einiges an Öffentlichkeitsarbeit betrieben worden ist. Es gab sogar schon einen Artikel zu unserem Angebot in der Rheinischen Post.

B.J.: Wie hat Sie die Arbeit im Klientenrat persönlich verändert?

S.C-Z.: Dazu möchte ich mal eine Beobachtung einbringen: Es gibt Klientenratsmitglieder, da dachte ich anfangs: Muss das denn jetzt wirklich sein? Und dann habe ich gesehen, wie toll sich über dieses Engagement die Klienten weiterentwickeln. Frau Mülders z.B. trat im Laufe der Zeit immer selbstbewusster auf und hat sich immer mehr zugetraut. Für mich ist das ein klares Zeichen von Empowerment!

V.M.: Bevor ich zur PHG kam, wurde ich 15 Jahre lang von sämtlichen Ämtern betreut, die mir den Eindruck vermittelt haben, ich sei für alles zu dumm. Da hatte ich anfangs einige Vorbehalte und dachte, ich hätte es bei der PHG auch nur mit Pappnasen zu tun. Da musste auch ich erst einige Vorurteile abbauen. Bei Herrn Corda-Zitzen dachte ich anfangs: Der hört uns sowieso nicht zu. Aber ich habe mich getäuscht. Zum Glück! Heute stelle ich fest: Wir können eine ganze Menge erreichen, auch wenn es im ersten Anlauf nicht immer klappt.

B.J.: Was ist aus Sicht der Geschäftsführung der größte Nutzen vom Klientenrat?

S.C-Z.: Wir können mehr Transparenz schaffen und Hintergründe erklären. Wir können unsere Beweggründe für Entscheidungen offenlegen und andererseits auch Meinungen aus den Reihen der Klientinnen und Klienten einholen. In der Vorweihnachtszeit gibt es z.B. verschiedene Verkaufsstände mit selbsthergestellten Produkten. Auf der Basis eines bestimmten Systems bekamen die Klientinnen und Klienten früher Weihnachtskarten, denen jeweils fünf oder zehn Euro beigelegt wurden. Das haben wir auf Anregung des Klientenrats abgestellt. Anstelle dessen gibt es jetzt einen kostenfreien Weihnachtsbrunch.

B.J.: Gibt es für den Klientenrat Ziele, die für die Zukunft noch erstrebenswert sind?

S.C-Z.: Ich denke, in Zeiten von Corona ist schon einmal viel damit gewonnen, wenn der Status quo gehalten wird. Eigentlich ist es vorgesehen, dass bei den Vorstellungsgesprächen neuer Mitarbeitenden auch Klientenratsvertreter dabei sind. Weil wir in der Pandemie die Abstandsregeln anders nicht hätten einhalten können, mussten wir vorübergehend davon absehen.

V.M.: Ich für meinen Teil bin im Moment recht zufrieden, wie es mit der Kommunikation läuft. Die Klientinnen und Klienten kommen vereinzelt auf uns zu und suchen das Gespräch. Manchmal werden uns auch nur Zettel zugesteckt. Das ist auch in Ordnung. Hauptsache, wir erfahren davon, was sich die Klienten an Hilfestellungen von uns wünschen.

Bettina Jahnke, Koordinatorin Peerteam, EX-IN-Trainerin, Diplom-Journalistin
Verena Mülders, Vorsitzende Klientenrat
Stefan Corda-Zitzen, Geschäftsführer PHG Viersen gGmbH

06.

BARRIEREN FÜR MENSCHEN MIT EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG

von Melanie Abshagen/ SPZ Reinhausen
und Thomas Hannen

Barrieren sind „Nutzungshindernisse für bestimmte Menschen“. Dieser Satz meint zum einen, dass durch eine Barriere ein Mensch daran gehindert wird sein Vorhaben umzusetzen und zum anderen besagt dieser Satz, dass Barrieren individuell erlebt werden. Was die eine Person als Barriere empfindet ist für eine andere Person ohne Bedeutung.

Im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes ist festgelegt worden, dass anhand der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ kurz ICF der Bedarf von Menschen ermittelt werden soll, die Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen möchten.

Dieser ICF liegt ein Modell zugrunde, welches die Zusammenhänge zwischen der körperlichen Konstitution, der Gesundheit, den Aktivitäten eines Menschen aufzeigt und wie dies in Zusammenhang zu Einflüssen, die von außen auf den Menschen einwirken, und persönlichen Faktoren steht. Sind äußere Einflüsse hilfreich, nennt man sie Förderfaktoren. Sie können aber auch hinderlich sein, dann werden sie als Barrieren bezeichnet. Setzt man sich mit dem Thema „Barrieren“ auseinander, dann fällt einem sehr schnell ein, welche Barrieren beispielsweise ein körperbehinderter Mensch in

seinem Alltag erlebt. So werden Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, von Treppen und Stufen daran gehindert, das geplante Ziele ohne Inanspruchnahme von Hilfen zu erreichen. Für diese Menschen ist ein abgesenkter Bordstein hilfreich.

Für einen sehbehinderten Menschen hingegen kann eben dieser abgesenkte Bordstein eine Gefahr bedeuten, da für ihn der Übergang zwischen Gehweg und Straße nicht mehr zu erkennen ist. Barrieren sind also individuell zu betrachten und zu bewerten.

Aber auf welche Barrieren stoßen Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem alltäglichen Leben?

Diesem Thema hat sich das SPZ Duisburg Rheinhausen gewidmet und Besucher*innen und Mitarbeiter*innen haben die Ergebnisse tabellarisch festgehalten (ergänzt durch Thomas Hannen/ RGSP-Vorstandsmitglied). Diese Tabelle ist nicht abschließend, aber sie kann Anregungen für individuelle Hilfeplanungen geben. Sie kann darüber hinaus auch Impulse geben unsere Gesellschaft so zu gestalten, dass sie es allen ermöglicht, ein gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu werden.

weiter geht's auf den
nächsten Seite ...



Barrierefreiheit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – eingeteilt in sieben Bereiche –

Freizeit / Kultur – Gesundheitswesen – Arbeit – Wohnen –
Behörden – soziales Miteinander – Persönliche Barrieren

Freizeit / Kultur

Barrieren	Lösungsvorschläge
Unsicherheit in einer fremden Umgebung	Begleitung durch eine Bezugsperson
Reizüberflutung bei größeren Veranstaltungen	Einen ruhigen Bereich zur Verfügung stellen. Zeitlich den Aufenthalt begrenzen.
Kontakte zu Menschen sind schwierig.	Begleitung durch eine Bezugsperson
Größere Gruppen von Menschen sind zu laut und unruhig. Generell sind große Menschenansammlungen schwierig.	Separater Eingang Separater, ruhigerer Bereich Regelmäßig üben sich in Gruppen aufzuhalten
Aufgrund der Medikation ist die Konzentrationsdauer eingeschränkt.	z.B. bei Vereinen mehr Rücksicht der Mitglieder erwünscht
Angst in der Dunkelheit rauszugehen.	Begleitung einer vertrauten Person und später alleine üben
Im Verein haben die Mitglieder zu wenig Geduld z.B. bei eingeschränkter Wahrnehmung	Aufklärung über psychische Erkrankungen. Mehr auf psychisch kranke Menschen zugehen.
Antriebsschwäche hindert einen daran raus zu gehen.	Motivation durch vertraute Personen. Peer Begleitung
Psychisch kranke Menschen mehr in die Gesellschaft einbeziehen.	Aufklärung über psychische Erkrankungen. Miteinander reden.



Gesundheitswesen

Barrieren	Lösungsvorschläge
Termine für Psychiater, Psychotherapeuten sind kaum zu bekommen, keine zeitnahe Hilfe möglich.	Lobby für psychische Erkrankungen erhöhen. Bei der Krankenkasse direkt nach einem Termin fragen. Lobby stärken durch Unterstützung von Selbsthilfegruppen.
Im somatischen Bereich oft schlechtes Verständnis für psychisch behinderte Menschen.	Aufklärung über psychische Erkrankungen. Mehr auf die Menschen eingehen. Vorurteile abbauen. Stigmatisierung abbauen
Reizüberflutung durch volle Wartezimmer.	Einen ruhigeren Bereich anbieten.
Die Abfolge von Untersuchung z.B. im Krankenhaus nicht aushalten zu können.	Mehr auf die Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen eingehen. Pausen einräumen.
Schwierigkeiten bei Körperkontakt.	Die Behandlungsschritte erklären und langsam vorgehen.
Symptome werden oft als psychosomatisch hingestellt.	Psychisch kranke Menschen ernst nehmen und nicht stigmatisieren.
Mehr als 2-Bett-Zimmer kann zu Reizüberflutung führen.	Ruhigere Zimmer anbieten.
Durch „anderes Verhalten“ Konflikte mit dem Personal und Bettnachbarn.	Patientenpass / Behandlungsvereinbarung erstellen. Mehr Verständnis durch Aufklärung / Schulung durch Peers.



Arbeit

Barrieren	Lösungsvorschläge
Die Belastbarkeit ist geringer. Es ist zu viel Druck. Die Arbeitsbelastung ist zu hoch. Es wird zu viel gefordert.	Unkompliziert Auszeiten nehmen können. Mehr Pausen haben. Weniger Arbeitsmenge. Mehr Urlaub. Abgestimmte Aufgaben. Gespräche zur Entlastung. Strukturiert vorgehen.
Diskriminierung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte.	Mehr Aufklärung über psychische Krankheiten und dadurch mehr Verständnis und Rücksichtnahme. Gewaltprävention.
Generelle Unsicherheit.	Eine*n Ansprechpartner*in im Betrieb zur Reflexion zu haben.
Die Arbeit ist nicht Klientenzentriert	Klientenzentriert arbeiten.
Es bereitet Schwierigkeiten online zu arbeiten.	Möglichkeit schaffen und schulen
Durch eventuell verminderte Leistung Mobbing und Missgunst durch die Kolleg*innen.	Aufklärung über psychische Erkrankung. Im offenen Austausch mit den Kolleg*innen sein.
Aufgrund der psychischen Erkrankung erst gar keine Anstellung zu finden. Medikamente erschweren die Arbeit durch z.B. Müdigkeit.	Aufklärung, Praktika anbieten, Schulungen, Fachfortbildungen anbieten, Anti-Stigma-Projekte unterstützen.
Dem Arbeitsdruck nicht gewachsen sein, das Arbeitstempo ist zu hoch.	Erkrankung berücksichtigen, damit der Erwartungsdruck nicht so hoch ist. Das Arbeitstempo drosseln.
Arbeitsstunden sind zu hoch.	Die Stundenzahl selbst wählen können.

Wohnen

Barrieren	Lösungsvorschläge
Hat man eine gesetzliche Betreuung, wird man bei der Wohnungssuche eher abgelehnt.	Aufklärung über psychische Erkrankungen.
An einer Hauptstraße zu wohnen wären für mich zu viele Reize.	Ruhige Wohnlage, mehr Angebote.
Das Miteinander im Haus könnte durch Krisen und daraus resultierende Lautstärke schwierig werden. Missverständnisse in der Hausgemeinschaft können eher auftreten.	Sich bei den Mitmietern persönlich vorstellen. Einen Schlichter einsetzen.
Regeln, die nicht eingehalten wurden, werden eher auf den psychisch Kranken geschoben.	Aufklärung über psychische Erkrankungen. Einen Schlichter einsetzen.
Angst davor, die Wohnung aufgrund der Erkrankung nicht zu bekommen.	Aufklärende Gespräche.

Behörden

Barrieren	Lösungsvorschläge
Unsicherheit von psychisch kranken Menschen wird oft nicht erkannt oder falsch gedeutet.	Schulung der Mitarbeiter*innen über psychische Erkrankungen.
Bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente, Schwerbehindertenausweis usw. sind psychisch kranke Menschen schlechter gestellt als somatisch erkrankte Menschen. Psychisch Erkrankte müssen öfter zum Gutachter als somatisch Erkrankte.	Diskriminierung unterbinden.
Aufgrund von Konzentrationsstörungen, Antriebsschwäche, Stimmen hören und anderen Symptomen ist es generell schwierig mit Behörden umzugehen.	Unterstützung durch Dritte.
Überforderung wurde nicht ernst genommen.	Ansprechpartner*in der/die mich ernst nimmt und mir zuhört.
Vorurteile aufgrund der Diagnose, man wird abgebügelt z.B. „ist Teil ihrer Erkrankung“.	Aufklärung über psychische Erkrankungen.
Behördensprache nicht verständlich.	Leichte Sprache.



Soziales Miteinander

Barrieren	Lösungsvorschläge
Außenseiterrolle aufgrund der Erkrankung und eventueller Symptome.	Aufklärung über psychische Erkrankungen. Integration und Inklusion fördern.
Schwierigkeiten auf Menschen zuzugehen.	In Begleitung üben auf Menschen zuzugehen.
Habe Angst davor, dass es mir angesehen wird, dass ich psychisch krank bin und mich die anderen für bekloppt halten.	Selbststigmatisierung abbauen z.B. in einer Recovery-Gruppe.
Unverständnis für die Erkrankung erschwert das soziale Miteinander.	Auf die Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Informieren um das Denken und Handeln der Menschen zu ändern.

Persönliche Barrieren

Barrieren	Lösungsvorschläge
Die innere Diskrepanz zwischen Wollen und Können.	Gespräche. Eine Liste erstellen über das was einem gut tut.
Die Unausdrückbarkeit von Gefühlen und Erlebten.	Diese Begebenheit vermitteln.
Die Scham über die Erkrankung zu sprechen und vielleicht auch sich selber gegenüber zuzugeben.	Eine Recovery-Gruppe besuchen.
Angst vor Missverständnissen und Vorurteilen.	Eine Recovery-Gruppe besuchen

07.

Bericht aus der DGSP -

DGSP-Jahrestagung in Bremen:

Was uns stark macht. Mutige

Wege aus der Krise

von Patrick Nieswand

Nicht nur mutige Wege aus der Krise, sondern in Mitten steigender Corona-Fallzahlen waren es für die Teilnehmer*innen an der Jahrestagung in November auch mutige Wege nach Bremen.

Der DGSP-Vorstand hatte sich frühzeitig für das 2G-Prinzip zur Zulassung entschieden, so dass es keine formalen Einschränkungen gab. Die Teilnehmer*innen hielten sich weitestgehend an die Abstandsregelungen, das Einhalten der Hygieneregeln und das Tragen der Maske außerhalb des Tagungsraumes waren selbstverständlich, was die sehr gute Atmosphäre unter den Tagungsteilnehmer*innen nicht trüben konnte. Neben den 135 Teilnehmer*innen in Bremen nutzten 60 Personen das digitale Tagungsangebot, die Moderator*innen bezogen dabei auch Fragen aus dem Chat regelmäßig ein.

Einzelne Beiträge, wie der von der Soziologin Julia Schreiber zur Verdattung und Vermessung unserer Welt oder der Psychiaterin Lieselotte Mahler über das Weddinger Modell wurden per Online-Schaltel in den Plenarsaal und den virtuellen Raum ermöglicht. Frau Mahler stellte in einem Raum-übergreifenden (Präsenz und virtuell) Beitrag mit der Pflegedirektorin Ina Jarchoy-Jadi dar, wie ihr Modell erheblich zur Zwangsreduzierung in der psychiatrischen Akutversorgung beiträgt. Einen Weg zu einer Zwangarmen und fortschreitenden Ambulantisierung der Akutversorgung stellte der neue Chefarzt des Klinikums Bremen-Nord, Martin Zinkler, vor. **Überhaupt wurde deutlich, dass im Zuge der Bremer Psychiatriereform zurzeit viel in Bewegung ist**, wie Senatorin Claudia Bernhard in ihrer Begrüßung zu Beginn und der Landes-Psychiatriereferent Jörg Utschakowski zum Abschluss der Tagung darstellen konnten.

Eine ausführliche Tagungsdokumentation finden Sie auf der DGSP-Website www.dgsp-ev.de und dann auch in der Ausgabe 02/2022 der Sozialen Psychiatrie zum 01.04.2022.



Wahlprüfsteine der DGSP: Antworten der Parteien und Anschreiben an die Koalitionäre

Zu Beginn des »Superwahljahrs« 2021 befragten wir alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien und neue kandidierende Parteien zu ihren jeweiligen sozial-, gesundheits- und psychiatriepolitischen Positionen. Um einen übersichtlichen Vergleich der Antworten zu ermöglichen, haben wir diese z.T. gekürzt in einer Synopse zusammengefasst. Themen waren unter anderem die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), die soziale Dimension psychischer Erkrankungen und die zentrale Forderung nach einem evidenzbasierten Psychiatriebericht mit notwendigen Datengrundlagen zur Weiterentwicklung von Versorgung, Forschung und Teilhabe. Dabei wurden Unterschiede deutlich: Beim BTHG sehen die Parteien mal mehr und mal weniger Handlungsbedarf. Hinsichtlich der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka vertraten CDU/CSU, SPD und FDP die Auffassung, dass die Politik keine Anreize dafür schaffen sollte und verwies auf die Therapiefreiheit. Linke und Grüne dagegen sahen durchaus die Politik in der Verantwortung, z. B. in der Verbesserung von Bildung und der Erforschung von Therapiemethoden in dieser Frage.

Es gab aber auch Gemeinsamkeiten: Unsere Forderung nach einem regelmäßigen Bericht über die Situation in der Psychiatrie unterstützten alle Parteien. Daher erinnerten wir nach den Bundestagswahlen alle Fraktionsvorsitzenden und Fachpolitiker*innen der über die Bildung einer Koalition verhandelnden Parteien an Ihre Aussagen und unsere Erwartung, den Psychiatriebericht im Koalitionsvertrag und wiederzufinden.

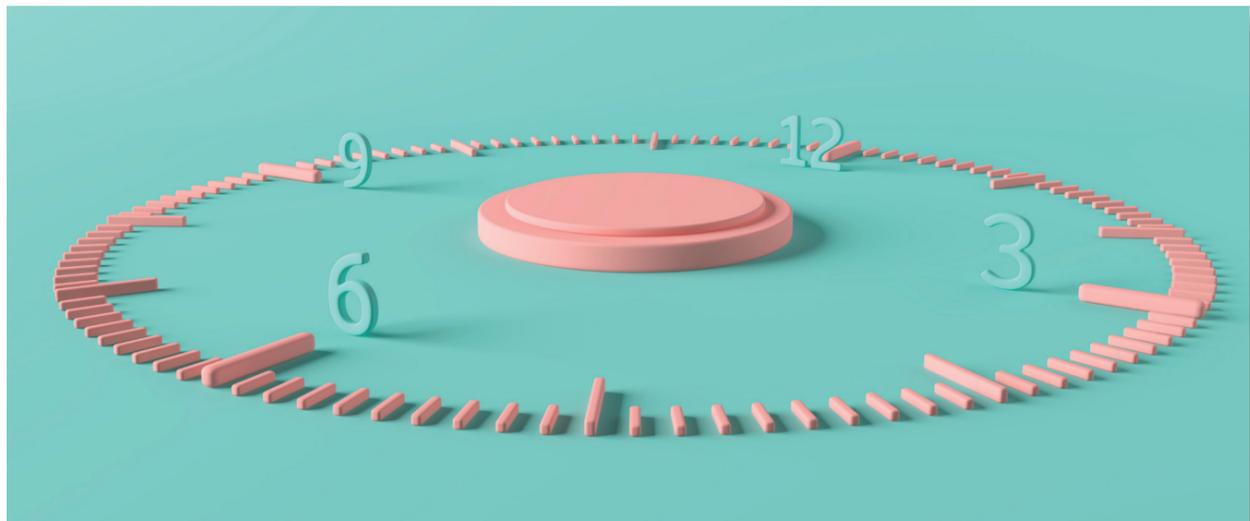
Schreiben an Koalitionäre: Forderung einer Reform des Maßregelvollzugs

DGSP-Vorstandsmitglied Heinz Kammeier und Uli Lewe, beide Mitglieder im DGSP-Fachausschuss Forensik, legten dem Vorstand in einem Papier die Forderung einer umfassenden Reform des Maßregelvollzugs vor. Diese Forderung wurde einhellig im Vorstand befürwortet und ein Schreiben an die in Koalitionsverhandlungen stehenden Parteien vereinbart, um mit einer Verbesserung der rechtlichen und versorgungspraktischen Situation der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB und der Entziehungsmaßregel nach § 64 StGB Eingang in den Koalitionsvertrag zu finden.

Das Schreiben wurde im Oktober an die Politik versendet und beinhaltet folgende Punkte:

- Das deutsche strafrechtliche Sanktionen-System reagiert seit über 80 Jahren auf erhebliche Rechtsgutsverletzungen mit Freiheitsstrafen und Maßregeln, obwohl der Vollzug der beiden Maßregeln in den vergangenen rund 20 Jahren zu erheblichen praktischen Problemen geführt hat. In beiden Maßregeln haben die strafgerichtlichen Zuweisungen erheblich zugenommen und die meisten Bundesländer sehen sich kaum mehr in der Lage, die den Entziehungsanstalten zugewiesenen Personen zum Vollzug aufzunehmen.
- Währenddessen verfügen psychiatrische Sachverständige nicht über eindeutige Kriterien zur Einschätzung der Schuld- bzw. Schuldunfähigkeit, des Hanges oder der Erfolgsaussicht einer Behandlung, wobei ebenso fraglich ist, inwieweit die Schuldunfähigkeit einen Behandlungsbedarf bestimmen kann.
- Zudem lässt das inzwischen auch international deutlich gestärkte Recht auf Selbstbestimmung kaum noch eine obrigkeitstaatliche Durchsetzung von Behandlung zu, so dass in der psychiatrischen Maßregel eigentlich nur eine Sicherung übrig bleibt, bei der aber zu fragen ist, ob hierfür nicht eher die Maßregel der Sicherungsverwahrung nach §§ 66 ff. StGB geeigneter wäre. Bei der zeitlich unbefristeten psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB haben sich die Aufenthaltsdauern in letzter Zeit stark verlängert, so dass sich einer Untersuchung zufolge inzwischen mehr Personen mit einer Unterbringungsdauer von über fünf Jahren in der psychiatrischen Maßregel befinden als Personen mit einer über fünfjährigen Freiheitsstrafe im Strafvollzug.

In dem Schreiben bittet die DGSP deshalb um Aufnahme des Prüfauftrags "Sind die strafrechtlichen Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB noch zeitgemäß?" in den Koalitionsvertrag und um den Einsatz einer Expert*innenkommission, die den Prüfauftrag konkretisieren und ein Gesamtkonzept der sanktionsrechtlichen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung aller verurteilten kranken Rechtsbrecher*innen, also auch derjenigen, die zum Vollzug einer Freiheitsstrafe in den Strafvollzug eingewiesen worden sind, ausarbeiten soll.



Prozess Gegenwart und Zukunft der Sozialpsychiatrie

Die DGSP setzt sich auf zwei Ebenen mit der Begrifflichkeit bzw. der Gegenwart und Zukunft der Sozialpsychiatrie auseinander. Auf der Ebene des Gesamtvorstands wurden in vier Online-Treffen die Bedeutung von Menschenrechten, Krankheitsmodellen, die Rolle des Subjekts sowie sozialpsychiatrische Versorgungsmodelle diskutiert. Im Verbandstag Anfang Dezember werden die Diskussionsstränge aufgegriffen, um die verbandlichen Positionen und Haltungen zu hinterfragen und ggf. zu aktualisieren. Parallel wird eine **Tagung mit eher wissenschaftlichem Charakter vorbereitet. Diese wird am 10. und 11. Juni in Berlin** durchgeführt. Die Vorbereitungsgruppe beschäftigt sich damit, was Sozialpsychiatrie im 21. Jahrhundert bedeutet und bespricht die verschiedenen Theorieansätze und Fachdiskurse. Daraus wird ein Tagungskonzept entwickelt, in dem Wissenschaft und Praxis miteinander kommunizieren können.

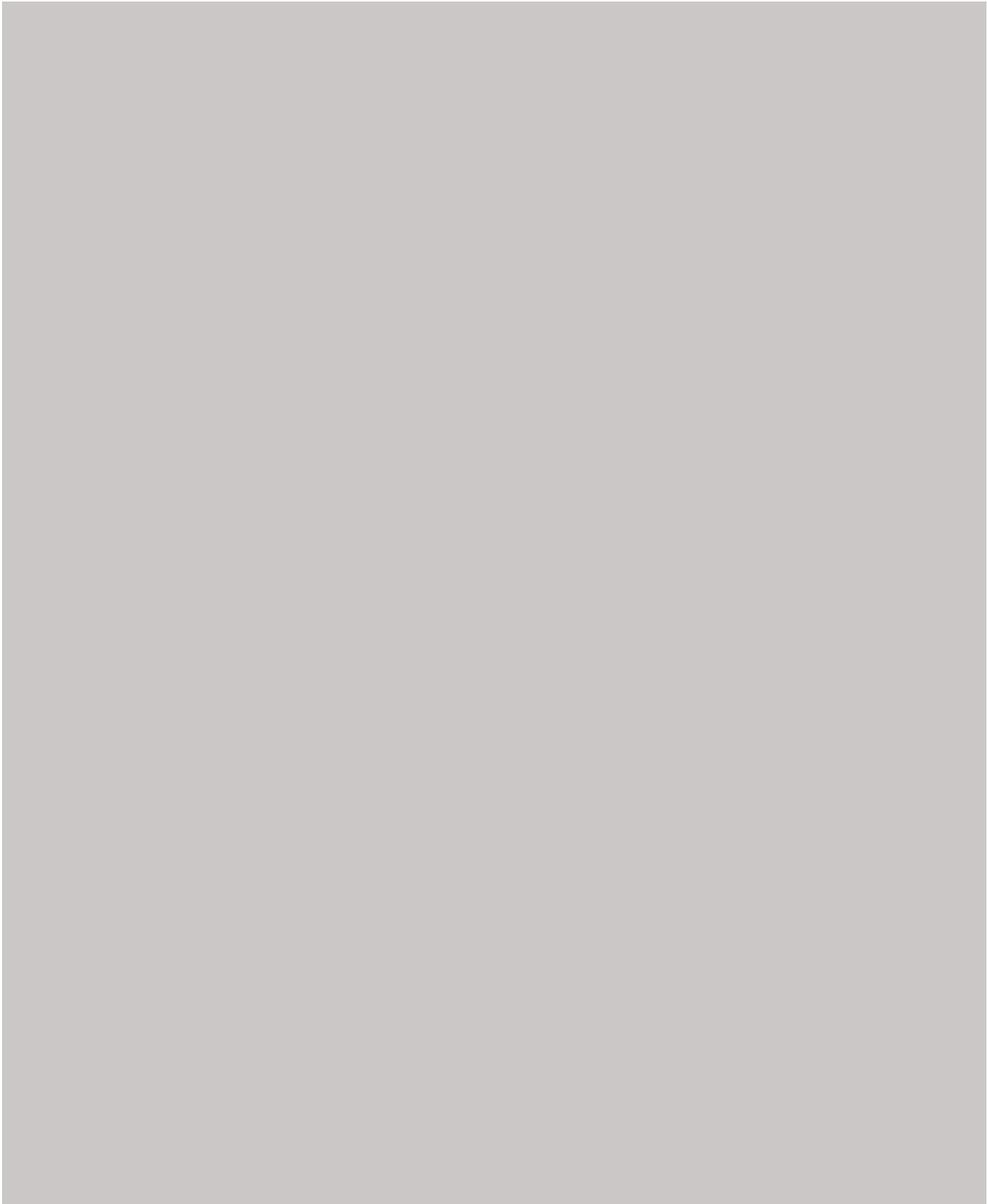
DGSP-Fachausschuss Kinder und Jugendliche lädt zur Mitarbeit ein

Seit 2019 tagt der Fachausschuss Kinder und Jugendliche wieder regelmäßig. Der Fachausschuss intensivierte die Zusammenarbeit mit monatlichen Online-Treffen, ordnete die relevanten Themen und holte sich externe Expertise aus dem Fachbereich ein. Beim ersten Präsenztreffen nach langer Zeit, am 15. September in Bielefeld, legten die Fachausschuss-Mitglieder eine Agenda für die weitere Zusammenarbeit fest. Schwerpunktthemen sind der Umgang mit sogenannten Systemsprengern, Strukturen, die Übergänge zwischen Jugendhilfe und psychiatrischem (Erwachsenen-) Unterstützungssystemen erschweren sowie die Pathologisierung und medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Der Fachausschuss lädt dazu ein, am 02.02.2022 (16:30-18:30 Uhr) an einem Online-Treffen und am 01.04.2022 (10-16 Uhr) in Bielefeld an einem Präsenztreffen teilzunehmen.

Weitere Infos bei der Sprecherin des Fachausschusses, Sandra Nicklaus S.Nicklaus@phg-viersen.de .

Bilder

Seite 9: shutterstock Von Boophuket
Seite 13: PHG Viersen gGmbH
Seite 24: shutterstock Von yayhastudio
Seite 26: shutterstock Von Chawalit Banpot



www.rgsp.de

