

extrablatt

Mitteilungen der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Ausgabe April 2016

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie gewohnt, möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die uns inhaltlich immer wieder zu neuen Diskussionen anregen und dadurch neue Impulse geben. Nach wie vor ist erfreulicherweise festzuhalten, dass unsere Vorstandssitzungen nicht nur von allen dreizehn Vorstandsmitgliedern, sondern immer auch von weiteren Interessierten regelmäßig und gut besucht werden. So können immer wieder neue „Mitstreitende“ gewonnen und wichtige Impulse erarbeitet werden.

Aktuell beschäftigen wir uns, wie schon im letzten Extrablatt berichtet, sehr intensiv mit der Landespsychiatrieplanung NRW, mit dem zukünftigen Bundesteilhabegesetz, dem Pflegestärkungsgesetz II, der Entwicklung im Bereich Forensik, der Zukunft „nach PEPP“ sowie mit dem „zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“. Dazu hat die RGSP unter Federführung von Dr. Norbert Schallast eine Stellungnahme erarbeitet.

Liebe Mitglieder,
ich freue mich besonders, Sie in dieser Ausgabe zur nächsten Mitgliederversammlung mit unserem Gastreferenten Volkmar Aderholt, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Lehrtherapeut der DGSF, einladen zu dürfen und hoffe zusammen mit allen anderen Vorstandsmitgliedern auf möglichst viele Besucher.

Herzliche Grüße
Stefan Corda-Zitzen

Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung

Ort: Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
Philipppstr. 72-74 in 50823 Köln
Dienstag, den 31. Mai 2016, 18:00 Uhr

Tagesordnung:

- Eröffnung und Begrüßung
- Beschlussfassung über die Tagesordnung
 - Bericht des Vorstandes
 - Kassenbericht
 - Aussprache
 - Entlastung des Vorstands
 - Verschiedenes

Anträge und Ergänzungen zur Tagesordnung werden bis zum 24. Mai 2016 erbeten an die RGSP-Geschäftsstelle (s.u.)

Viersen, den 24. März 2016 gez. Stefan Corda-Zitzen

18:30 Uhr: Pause, Getränke, Imbiss

19:00 Uhr: Vortrag zum Thema
„Die Reduzierung von Neuroleptika –
Eine Chance für die Gemeindepsychiatrie?“

(weitere Informationen zum Vortrag siehe Seite 2)

Wir bitten um Anmeldung bis zum 24. Mai 2016 bei der
RGSP-Geschäftsstelle, Eichenstr. 105-109, 42659 Solingen
Telefon (0212) 2 48 21-20 • Fax (0212) 2 48 21-10
Email: rgsp@ptv-solingen.de

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
Montag bis Donnerstag: 8.00-16.30 Uhr
Freitag: 8.00-15.00 Uhr
Telefondurchwahl: 0212-24821-20
Faxdurchwahl: 0212-24821-55

rgsp@ptv-solingen.de
www.rgsp.de

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

Inhalt

Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. – Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung	1	Rechenschaftsbericht der RGSP 2015/2016	3	Bericht für das extrablatt über den Besuch von Landrat Dirk Lewandrowski beim RGSP-Vorstand	4
Die Reduzierung von Neuroleptika – auch eine Chance für die Gemeindepsychiatrie? (Informationen zum Vortrag)	2	Modellprojekt Inklusion	3	Stellungnahme der RGSP an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW	6
		Gemeindepsychiatrie und Forensik	4		

Vortrag
Volkmar Aderholt

Die Reduzierung von Neuroleptika – auch eine Chance für die Gemeindepsychiatrie?

Neue gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte im Spannungsfeld einer kritischen Neuroleptikadebatte. In diesem Zusammenhang sollte die Reduzierung von Neuroleptika in der Behandlung psychisch Erkrankter fachlich einhergehen mit dem Ausbau der ambulanten Behandlung und der psychosozialen Unterstützung im Wohnumfeld.

Dieser anstehende Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung, mit der Möglichkeit einer Behandlung im Lebensumfeld, kommt mit vielen neuen Konzepten daher. Was versprechen Begriffe wie „Assertives Community Treatment“, „Home Treatment“, „Community Mental Health Center“ und „Peer Counseling“...?

Welches Versorgungsmodell möchten wir mitgestalten, welches Konzept steht für unsere Ziele und Werte?

Referent	Herr Volkmar Aderholt, Jg. 1954, Dr. med., Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. 1996 – 2006 Oberarzt im Bereich Psychosen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Seit 2006 am Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald tätig. Zahlreiche Veröffentlichungen, u.a. „Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien“, „Neuroleptika minimal – warum und wie“.
Wo?	Kölner Verein für Rehabilitation e.V. Philippstr. 72-74 in 50823 Köln
Wann?	Dienstag, 31.05.2016, Beginn 19:00 Uhr

Die Teilnahme ist unentgeltlich.

Wir bitten aus organisatorischen Gründen um Anmeldung bis zum 24. Mai 2016 bei der RGSP-Geschäftsstelle, per Karte, Fax, E-Mail oder Telefon:

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

Informationen zur Veranstaltung und zu Ort und Anfahrt finden Sie auch auf der Homepage der RGSP:
www.rgsp.de

Doch können nicht alle Patienten im Rahmen eines überschaubaren Aufenthalts zur Mitwirkung in der Behandlung gewonnen werden. Manche Patienten belasten das Stationsmilieu erheblich und machen Mitpatienten und Behandlern einfach Angst. Eine Strategie, sich von der Zuständigkeit für besonders schwierige und bedrohliche Patienten zu entlasten, besteht darin, von ihnen eine Freiwilligkeitserklärung einzuholen und die Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses zu veranlassen, wohlwissend, dass die Betroffenen die Behandlung dann „gegen ärztlichen Rat“ abbrechen. Kaum ein Klinikvertreter räumt ein, dass man besonders bedrohliche Patienten gelegentlich auch bald nach der Aufnahme wieder gehen lässt. Dabei nimmt man Risiken hin, die in anderen Zusammenhängen nicht toleriert würden.

In diesem Zusammenhang ist es bedenklich, dass die Gefährdung anderer eine medikamentöse Zwangsbehandlung im Rahmen der Unterbringung nie rechtfertigen darf, nur die Gefahr erheblicher gesundheitlicher Schäden für den Betroffenen selbst (siehe Arbeitsentwurf/Begründung S. 1 sowie § 18 Behandlung Abs. 4, 5). Zur Begründung wird ein Beschluss des BVerfG vom 23.03.2011 angeführt (2 BvR 882/09). Dieser betraf allerdings die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. Hier wurde angeführt, dass im Rahmen der (hochgesicherten) forensischen Anstalten Gefahren für Dritte auch anderweitig abgewendet werden können⁴ – womit allerdings auch schrecklich lange Absonderungen schwer kranker Menschen in Kauf genommen werden.

Im Kontext der wenig gesicherten oder gar offenen Allgemeinpsychiatrie bereitet die Vorgabe noch mehr Probleme. Man fragt sich, ob die Sicherheit und Gesundheit von Mitpatienten und Beschäftigten ein nachrangiges Rechtsgut darstellt. Auch ist die Einschätzung zurückzuweisen, Maßnahme wie Absonderung und Fixierung wären weniger belastend als eine Zwangsmedikation (vgl. Steinert)⁵. Ebenso wenig stellen die viel diskutierten de-eskalierenden Festhaltetechniken für sich eine Patentlösung dar (§ 20 PsychKG-E). Steinert (a.a.O.) beschreibt, wie die Techniken in Großbritannien – auf personell besonders gut ausgestatteten Stationen – effektiv zum Einsatz kommen. Diese Interventionen sind im Durchschnitt

nach weniger als 20 Minuten beendet, was allerdings auch daran liegt, dass sie regelmäßig mit der Verabreichung eines Medikamentes einhergehen.

Wir verweisen auch auf die Stellungnahme der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste NRW vom 14.01.2016, deren Ausführung zu § 18(4) des Gesetzentwurfs wir uns ausdrücklich anschließen. Dies betrifft gerade auch die dort dargestellten Risiken für die Betroffenen selbst. Grundsätzlich positiv zu bewerten ist die in § 18 (Behandlung) enthaltende Vorgabe, Behandlungsmaßnahmen mit Zwangscharakter mit den Betroffenen eingehend nachzubesprechen, „sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt“. Dies war in der Vergangenheit eher unüblich. Im Hinblick auf das Ziel, tragfähige therapeutische Beziehungen aufzubauen und die Verarbeitung einer belastenden Unterbringungserfahrung zu unterstützen, ist ein solches Vorgehen unverzichtbar.

3

Kritisch sieht die RGSP, wie auch viele Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe, dass gemäß § 18(6) eine Zwangsbehandlung bei Minderjährigen allein durch die sorgeberechtigten Personen legitimiert werden kann und kein gerichtliches Genehmigungsverfahren vorgesehen ist. Es wird nicht berücksichtigt, dass viele der betroffenen Minderjährigen (insbesondere Jugendliche) durch Vormünder vertreten werden, deren Handeln auf jeden Fall gerichtlicher Kontrolle unterliegen sollte. In vielen Fällen sind auch die sorgeberechtigten Eltern keine geeigneten Vertreter für ihre Kinder. Externer Rechtsschutz sollte in diesen Fällen daher sichergestellt werden. Auch in diesem Zusammenhang teilen wir die Einschätzung der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste.

Zusammenfassend

ist am Gesetzentwurf nachdrücklich positiv hervorzuheben, dass die Sorge um Patientenwürde und -autonomie einen hohen Stellenwert hat und dass insgesamt die Zielsetzung einer Weiterentwicklung des Versorgungssystems konkretisiert wird, um die Notwendigkeit von Zwang zu reduzieren.

Doch bedarf die Allgemeinpsychiatrie auch zur Wahrnehmung ihrer Ordnungs- und Schutzfunktion geeigneter Rahmen-

bedingungen und Mittel. Sie muss in manchen Fällen verhindern, dass erst ein schweres Delikt den Zugang zur längerfristigen Behandlung (im Maßregelvollzug) eröffnet. Die Einrichtungen sollten nicht gedrängt werden, diese Aufgaben weitgehend auf offenen Stationen wahrzunehmen, auch wenn sie für viele Patienten Vorteile haben. Dass eine Zwangsmedikation auch in Ausnahmefällen nie wegen erheblicher Gefahren für Mitpatienten und Beschäftigte erfolgen darf, ist nicht angemessen.

Bei minderjährigen, insbesondere jugendlichen Betroffenen sollte sichergestellt sein, dass auch bei Einwilligung von Sorgeberechtigten oder Vormündern in Zwangsmaßnahmen ein gerichtliches Genehmigungsverfahren durchgeführt wird.

Mit freundlichen Grüßen
für den Vorstand

Stefan Corda-Zitzen
Vorsitzender

Quellenangaben:

⁴ aaO. Rn 40: „Als rechtfertigender Belang kommt insoweit allerdings nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht, die der Unterbrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Unterbrachte unbehindert im Maßregelvollzug verbleibt.“

⁵ Steinert T: Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? Psychiat Prax, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276871>.

Stellungnahme der RGSP

an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW
Frau Ministerin Barbara Steffens, Brief vom 02.03.2016

Sehr geehrte Frau Ministerin Steffens,

anbei übersenden wir unsere überarbeitete – gekürzte und ergänzte – Stellungnahme zum Gesetzentwurf „Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“.

Stellungnahme der RGSP

Der von der Landesregierung vorgelegte Entwurf zielt darauf ab, die Rechtsstellung der betroffenen psychisch Erkrankten zu stärken und ihre Würde, Integrität und Autonomie zu schützen (§ 2). Mit diesen Zielen ist die RGSP in hohem Maße identifiziert. Die gesetzliche Verankerung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2 Abs. 2) ist in dem Zusammenhang ein wichtiger Schritt. Auch ist das Vorhaben der Landesregierung zu begrüßen, im Rahmen einer umfassenden Landespsychiatrieplanung Strukturen der Vor- und Nachsorge und der Krisenintervention zu entwickeln oder zu verbessern, die geeignet sind, die Notwendigkeit stationärer Maßnahmen und insbesondere öffentlich-rechtlicher (Zwangs-)Unterbringungen zu reduzieren. Weiterhin findet die Selbstverpflichtung des Landes zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans in § 32 des PsychKG-Entwurfs unsere ausdrückliche Zustimmung.

Kritische Anmerkungen verdienen aus Sicht der RGSP Regelungsvorschläge, die die „Ordnungsfunktion“ der Psychiatrie und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung tangieren. So sehr generell die Bezugnahme auf das Prinzip Patientenautonomie im Gesetz geboten ist, darf nicht ausgeblendet bleiben, dass das Gesetz ja gerade in Situationen zum Tragen kommt, in denen Betroffene krankheitsbedingt in der Bildung eines freien, autonomen Willens erheblich eingeschränkt sind. Daraus ergibt sich überhaupt die Legitimation therapeutischer Zwangsmaßnahmen.

International hat es in den letzten Jahrzehnten einerseits eine Öffnung und Liberalisierung der Allgemeinpsychiatrie gegeben (mit Bettenreduzierung und Verkürzung der Aufenthaltszeiten und dem Ausbau komplementärer Angebote),

andererseits eine deutliche Zunahme forensischer Unterbringungen. Auch finden sich viele psychisch Kranke im Strafvollzug. Ob die Allgemeinpsychiatrie ihren Ordnungs- und Sicherungsauftrag hinreichend erfüllen kann, wird kontrovers diskutiert. Das Thema „Deliktisiken bei psychischen Störungen“ passt derzeit nicht in den sozialpsychiatrischen Diskurs.¹ Ausschließlich aus diesen Deliktisiken – der „Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer“ – ergibt sich die sog. Ordnungs- oder Sicherungsfunktion der Psychiatrie.

In diesem Zusammenhang sind zwei Aspekte des Gesetzentwurfs zu kommentieren.

1

Der bisherigen § 10 PsychKG regelt „Unterbringung und Aufsicht“. Absatz 2 Satz 3 lautet: „Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen.“ Dem soll nun angefügt werden: „Die Unterbringung soll soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden.“

Es geht hier, dies muss hervorgehoben werden, um die gesellschaftlich bedeutsame Funktion der Unterbringung wegen erheblicher Selbst- und auch Fremdgefährdung. Laut „Bericht an den Landtag zur Praxis des PsychKG“ (Vorlage 16/2622) arbeiten in diesem Zusammenhang „die meisten Kliniken in einem Setting mit geschlossenen Türen“. Eine gesetzliche Vorgabe, öffentlich-rechtlich untergebrachte Patienten in der Regel im offenen Rahmen zu behandeln, ist aus Sicht der RGSP problematisch. Die in der Begründung des Gesetzentwurfs erwähnte Studie des „LWL-Forschungsinstituts für seelische Gesundheit – 2012“ kann so weitgehende gesetzliche Vorgaben unseres Erachtens nicht rechtfertigen.

Dass Kliniken über „gute Erfahrungen“ mit Arbeitsformen berichten, die sie selbst engagiert vertreten, (S. 4 der Begründung des Arbeitsentwurfs), ist die Regel und besagt wenig. Aus vielen Studien ergeben sich andere Schlussfolgerungen.²

Auch zwangsuntergebrachte Patienten – wenn möglich – im offenen Rahmen zu behandeln, ist im Prinzip ein erstrebenswertes Ziel. Daher sehen wir in der alternativen Formel „Hieraus lässt sich nicht die Pflicht zu verschlossenen Türen ableiten“ eine noch vertretbare Ergänzung des § 10 Abs. 2 (siehe S. 4 Arbeitsentwurf/Begründung). Doch stößt die Erfüllung eines Ordnungs- und Sicherungsauftrags im offenen Rahmen an Grenzen. Die Psychiatrie dazu zu drängen, diesen Teil der Versorgung weitgehend im offenen Rahmen zu leisten, wird der Aufgabe nicht gerecht. Vielmehr fördert man Rahmenbedingungen, die wiederum die Ausgrenzung bestimmter Problempatienten oder den Ruf nach Sonderanstalten zur Folge haben.³

2

Zu den Erfahrungen, die in der Debatte bisweilen ausgeblendet werden, gehört die Häufigkeit aggressiver Vorfälle im Rahmen allgemeinpsychiatrischer Aufenthalte. Nach einer Studie von Erickson & Williams-Evans (2000) hatten 82% der Pflegekräfte von Aufnahme- und Krisenstationen schon persönlich Tätlichkeiten von Patienten erlebt, die häufig nicht einmal dokumentiert wurden. Ohne Frage hat ein offenes Setting einen eher deeskalierenden Effekt und ein besseres Motivationspotential für viele Betroffene.

Quellenangaben:

¹ Schanda H (2006) Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. Fortschr Neurol Psychiat 74, 85-100. Schmidt-Quernheim (2007) Kommunizierende Röhren – Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. Psychiat Prax 34, 218-222. Schalast N (2014) Aggression, Gewalt und die Psychiatrie. R & P 32, 179-188.

² Hodgins et al. 1996, Modestin & Ammann 1996, Mullen et al. 2000, Erb et al. 2001, Schanda et al. 2004, Schanda 2006, Swanson et al. 1990

³ Vollmann J (2014) Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Nervenarzt 85: 614-620

Rechenschaftsbericht der RGSP 2015/2016

(kurze chronologische Zusammenfassung der Tätigkeiten 2015)

Im **Mai 2015** beginnende, intensive Mitarbeit im **MGEPA zur Landespsychiatrieplanung NRW**. Die RGSP ist hier im Lenkungsausschuss, in zwei Unterausschüssen „Soziale Teilhabe und Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“, „Gesundheit, Prävention, Antistigma, Inklusion“ sowie in den Arbeitsgruppen Regionale Steuerung/ Krisenhilfe und Zwang in der Psychiatrie, vertreten.

Hierzu bedarf es ganzjährig einen ständigen und intensiven Austausch in den Vorstandssitzungen.

Ebenfalls im Mai gemeinsame Tagung DGSP/RGSP/LVR/Gesundheitsamt Kreis Viersen zum **Thema ADHS** in Viersen. Zielgruppe waren Lehrer und Erzieher. Teilnehmer ca. 150.

Im Juni fand die jährliche Mitgliederversammlung in der Synagoge in Duisburg statt. Der Vorstand wurde wieder gewählt. Referent: **Herr Lewandrowski, neuer Landesrat beim LVR Dezernat Soziales zum Thema „Reform der Eingliederungshilfe aus Sicht des LVR“**.

In den weiteren Vorstandssitzungen wurde sich intensiv mit den Themen aus der Landespsychiatrieplanung NRW, gesetzliche Betreuungen im Spannungsfeld zur Eingliederungshilfe, der Flüchtlingsproblematik und einem weiteren Extrablatt (Themen: Landespsychiatrieplan, Betreuungsrecht, Hilfeplankonferenz, Bericht über MV) und der nächstjährigen Mitgliederversammlung, geplant 31.05.2016, beschäftigt.

Hierzu konnte bereits Volkmar Aderholt, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und

Psychotherapeutische Medizin, Lehrtherapeut der DGSF, gewonnen werden.

Am **27.10.** fand zusätzlich noch eine Besichtigung der Soteria in den Gangelter Kliniken bei Dr. Hinüber statt.

In den weiteren Vorstandssitzungen wurde sich intensiv mit den Themen aus der **Landespsychiatrieplanung NRW, gesetzliche Betreuungen im Spannungsfeld zur Eingliederungshilfe, der Flüchtlingsproblematik und einem weiteren Extrablatt (Themen: Landespsychiatrieplan, Betreuungsrecht, Hilfeplankonferenz, Bericht über MV)** und der nächst jährigen Mitgliederversammlung, geplant 31.05.2016, beschäftigt. Hierzu konnte **Volkmar Aderholt, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Lehrtherapeut der DGSF**, gewonnen werden. Titel seines Vortrags lautet: **Die Reduzierung von Neuroleptika – auch eine Chance für die Gemeindepsychiatrie?**

Zu Beginn des Jahres 2016 wurde eine **Stellungnahme der RGSP zum „zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ unter Federführung von Dr. Norbert Schallast erarbeitet**, siehe www.rgsp.de.

Eine Vorstandssitzung wurde im Düsseldorfer Gesundheitsamt im dortigen SPZ genutzt, um den Kontakt zum **Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug, Herrn Uwe Dönisch-Seidel**, zu intensivieren. Für Ende des Jahres wurde ein weiteres Treffen mit Herrn Holke, Referatsleiter Psychiatrie im

hiesigen Ministerium, Herrn Dönisch-Seidel und Herrn Dr. Müller, neuer Gruppenleiter im Maßregelvollzug, vereinbart.

Im Februar war der **Landesrat Herr Dirk Lewandrowski, Dezernat 7, LVR**, zu Gast in der Vorstandssitzung. Es wurde ein mehr als guter und offener Austausch zu den aktuellen Entwicklungen bezüglich Bundesteilhabegesetz und Pflege-stärkungsgesetz gepflegt. Zum neuen Bundesteilhabegesetz ist für den 15.11.2016 eine gemeinsame Tagung mit der AGpr im Maternushaus in Köln geplant.

Zum **Modellprojekt** zur Schaffung inklusiver Beratungsstrukturen beim VPD in Langenfeld ist zu berichten, dass...

Abschließend ist mehr als erfreulich festzuhalten, dass die Vorstandssitzungen nicht nur von allen dreizehn Vorstandsmitgliedern, sondern auch von anderen Interessierten regelmäßig und gut besucht werden. So können immer wieder weitere „Mitsreitende“ gewonnen werden.

Die Vorstandssitzungen finden nach wie vor monatlich an wechselnden Standorten (Duisburg, Viersen, Mönchengladbach, Köln, Düsseldorf, etc.) statt und sind öffentlich. Jeder ist eingeladen, mitzuarbeiten. Termine und Veranstaltungen sind auf der Homepage zu entnehmen.

Für den Vorstand der RGSP:
Stefan Corda-Zitzen

Modellprojekt Inklusion

Inklusive Weiterentwicklung tragender Strukturen für schwer erreichbare psychisch erkrankte Menschen

Im Artikel im Extrablatt vom Juni 2015 „Mit Bausteinen zu Meilensteinen“ habe ich das Projekt und erste Erfahrungen dargestellt. Im Rahmen des Modellprojektes werden psychisch erkrankte Menschen betreut, die perspektivlos in der Klinik, obdachlos oder pendelnd zwischen verschiedenen Hilfesystemen sind.

Die Zielgruppe besteht im Wesentlichen aus denjenigen, die tendenziell zurückgezogen, selbstverletzend, hospitalisiert sind und denjenigen, die tendenziell auffällig, aggressiv, extrovertiert sind. Beide Gruppen haben gemein, dass man sie physisch wie psychisch nur schwer erreichen kann.

Nun sind erste Ergebnisse auf einer Internetplattform zum Projekt einsehbar. Die Seite lautet: www.modellprojekt-inklusion.de

Christian Ueter

Gemeindepsychiatrie und Forensik

Zum wiederholten Mal war der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen, Uwe Dönisch Seidel, der Einladung der RGSP gefolgt und nahm an der Vorstandssitzung am 26.01.2016 im SPZ Düsseldorf teil.

Die gemeinsame Zielsetzung des Landesbeauftragten und der RGSP, die Arbeitsweisen von Gemeindepsychiatrie und forensischer Kliniken vertraut miteinander zu machen und die Kooperationen zu verbessern, stand dabei erneut im Mittelpunkt.

Die dringende Notwendigkeit zur Optimierung der Zusammenarbeit ergibt sich u.a. aus dem Anwachsen der Bestandszahlen in den forensischen Kliniken (ca. 30 % der Patienten verbleiben länger als 11 Jahre in der Klinik). Das steht im Kontrast zu dem juristisch und ethisch vorgesehenen forensischen Arbeitsauftrag einer schnellstmöglichen Rehabilitation,

die den Freiheitsentzug der Patienten auf das nötigste Maß zu beschränken hat. Es besteht Einigkeit über die Unerlässlichkeit, die gemeindepsychiatrischen Akteure rechtzeitig in den Behandlungsverlauf einzubinden und so frühzeitig (Entlass-) Perspektiven zu schaffen.

Die in den letzten Jahren forcierten Bemühungen beider Seiten zeigen dabei durchaus Erfolge. In 24 Regionen (Stadt, Kreis) des Rheinlandes sind Anlaufstellen für schwervermittelbare forensische Patienten etabliert worden. Die Ansprechpartner wurden im Rahmen der Regionalkonferenzen, PSAGs, Gemeindepsychiatrischen Verbände oder der Sozialpsychiatrischen Zentren berufen. Zur besseren Übersicht wird eine „Landkarte“ erstellt, in der die benannten Anlaufstellen für die forensische Nachsorge in Bezug zu den entsprechenden Landgerichtsbezirken abgebildet sind.

Uwe Dönisch-Seidel erklärt, dass er die steigende Bereitschaft der Gemeindepsychiatrie, eine Versorgungsverpflichtung auch für die forensische Klientel zu übernehmen, als sehr beeindruckend erlebt.

Eine erfreuliche Nachricht aus dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter ist die Neubildung einer Gruppenleiterstelle, der nun erstmalig Psychiatrie, Sucht und Forensik zugeordnet sind. Die RGSP beabsichtigt, zum nächsten Gespräch mit dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug in NRW, Uwe Dönisch-Seidel, den neuen Gruppenleiter Dr. Müller ebenfalls einzuladen.

Michael Bormke

Bericht für das Extrablatt über den Besuch von Landesrat Dirk Lewandrowski beim RGSP-Vorstand am 23.02.2016 in Viersen

Nach einer kleinen Führung durch das ehemalige „Sudhaus“, welches heute das Sozialpsychiatrische Zentrum der Psychiatriischen Hilfsgemeinschaft Viersen beheimatet, begrüßt der Vorsitzende und Gastgeber Stefan Corda-Zitzen die anwesenden Vorstandsmitglieder, die Gäste und ganz besonders Herrn Landesrat Lewandrowski.

Das Thema der heutigen Sitzung soll, aus aktuellem Grund, die gemeinsame Bewertung des vorliegenden (inoffiziellen) Arbeitsentwurfs des **Bundesteilhabegesetzes (BTHG)** sein. In diesem Gesetz soll die Eingliederungshilfe neu geregelt werden. In seiner Einführung macht der Vorsitzende zunächst deutlich, dass damit zu rechnen sein wird, dass dieser Entwurf mit mehr oder weniger großen Änderungen tatsächlich umgesetzt wird. Eine Einschätzung, die auch vom Landesrat im Großen und Ganzen geteilt wird. Er hält jedoch die Fristen im Gesetzgebungsverfahren für sehr ambitioniert und eine Einhaltung dieser Fristen für unwahrscheinlich.

Die Eingliederungshilfe wird aus dem SGB XII herausgenommen und als eigenes Leistungsgesetz ins SGB IX integriert. Damit wird auch das SGB IX zukünftig zu einem Leistungsgesetz.

Die Struktur des SGB IX soll wie folgt aussehen:

- **Im SGB IX, Teil 1** ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst. Dieses allgemeine Recht wird durch zum Teil abweichungsfest ausgestaltete Regelungen im Sinne von Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 GG innerhalb des SGB IX gestärkt.
- **Im SGB IX, Teil 2** wird die aus dem SGB XII herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe als „Besondere Leistungen zur selbst bestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ geregelt. Das SGB IX wird insoweit zu einem Leistungsgesetz aufgewertet.

- **Im SGB IX, Teil 3** steht künftig das weiterentwickelte Schwerbehindertenrecht, das derzeit im Teil 2 des SGB IX geregelt ist.

Relevanz einiger Gesetzesteile, im Besonderen für Menschen mit psychischen Behinderungen, wozu auch die Gruppe der Menschen mit Suchterkrankungen hinzugerechnet werden muss.

Die Anwesenden sind sich mit dem Landesrat darüber einig, dass vom ursprünglichen Gesetzesvorhaben nicht mehr viel an Substanz übrig geblieben ist. Das spannendste Projekt wird die **Trennung von Fachleistung und existenzsichernder Leistung** sein, was bisher in einer Hand liegt. Hierbei ist zu beachten, dass es künftig auch neue Zuständigkeiten geben wird. Der Träger der Eingliederungshilfe ist nicht mehr automatisch auch Vereinheitlichung von stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen, zu einer Form von Fachleistungen (nämlich den Assistenzleistungen), werden auch

Abgrenzungen erschwert. Was von einer heutigen Wohnheimversorgung ist künftig Fachleistung und was dient der Existenzsicherung? Viele Leistungsanbieter sind an dieser Stelle bereits heute schon stark verunsichert.

Es klingt sehr beruhigend, dass Herr Lewandrowski an dieser Stelle verdeutlicht, auch künftig die hierbei entstehenden Fragen und Unklarheiten in kooperativer und transparenter Art und Weise mit Anbietern und der Wohlfahrtspflege gemeinsam anzugehen. Auch aus der Sicht des LVR dürfen nach Möglichkeit keine Versorgungs- und Finanzierungslücken durch das neue Gesetz entstehen. Ein weiteres neues Instrument wird die leistungsträger- und leistungsanbieterneutrale verbindliche **Teilhabeberatung** sein. Diese soll durch bundeseinheitliche Förderrichtlinien rechtsverbindlich werden. Außerdem wird dafür im aktuellen Entwurf eine großzügige Finanzierung durch Bundesmittel in Aussicht gestellt. Wie ein solches Konstrukt aussehen kann, ist derzeit noch nicht konkret einschätzbar. Der Gesetzgeber möchte auf jeden Fall den Aspekt Peer-Beratung vertreten sehen. Es sieht so aus, als wenn sich die Länder gegenwärtig zu diesem Thema aufstellen; sie werden nicht die einzigen Akteure sein. Aber, so der Dezernent, auch die im Rheinland etablierte Struktur der KoKoBe und SPZ ist in diesem Zusammenhang zu beachten und ggfs. konzeptionell entsprechend weiterzuentwickeln.

Was ist von dem Vorhaben geblieben, die **Einkommens- und Vermögensanrechnung** aufzugeben? Ernüchterung!

Zwar werden die Grenzen angehoben und somit eine Besserstellung der betroffenen Menschen realisiert. Dies aber ist weit entfernt vom ursprünglichen Vorhaben, die Leistungsgewährung in der Eingliederungshilfe ohne den Einsatz des eigenen Einkommens und Vermögens zu realisieren.

Bei der Sitzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Eingliederungshilfe, die der Dachverband Gemeindepsychiatrie vor einiger Zeit gegründet hat, wurden für den Selbstbehalt ein Einkommen in Höhe von **26.000,- €**, und ein Vermögen in Höhe von **52.000,- €** genannt. Dieses aber an dieser Stelle **ohne Gewähr**.

So sind sich die Anwesenden zu diesem Thema auch sehr schnell darüber einig, dass diese „Reform“ für unsere Zielgruppe kaum Wirkung entfachen wird, da die meisten Menschen mit psychischen

Behinderung, die Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, kaum über Einkommen und Vermögen in diesen Höhen verfügen. Der Grundsatz „psychisch behindert gleich arm“ gilt auch heute, über 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete, in großen Teilen weiter.

Sehr umfassend sind die Regelungen zur künftigen **Gesamtplanung** eines individuellen Hilfebedarfs. (Anmerkung: Noch ist unklar, ob und wie die Länder abweichen können.) Hieraus ist zu erkennen, dass der Gesetzgeber Fehler aus dem bisherigen SGB IX nicht wiederholen möchte. Die Regelungen unterbinden aber nicht das im Rheinland sehr erfolgreiche Hilfeplanverfahren und die Hilfeplanverfahren. Auch dieser Hinweis von Landesrat Lewandrowski wird wohlwollend zur Kenntnis genommen. Da es bisher, sowohl für den Bereich der Länder als auch für die Landschaftsverbände, keine Ausführungsbestimmungen gibt, kann an vielen Stellen zurzeit nur geraten werden, wie die konkrete Umsetzung des Gesetzes in den Regionen vor Ort erfolgen wird.

Sehr kritisch merkt der Landesrat noch an, dass die Gesetzesvorhaben BTHG und **Pflegestärkungsgesetz II** (PSG II) sowie **Pflegestärkungsgesetz III** (PSG III) viele Schnittstellen haben, aber keine inhaltliche Abstimmung erfolgt und die Ministerien auch nicht erkennbar kooperieren. Eine Abgrenzung von Teilhabe- und pflegerischen Betreuungsleistungen wird zukünftig speziell auch in Bezug auf den Grundsatz der Nachrangigkeit wesentlich relevanter, erkennbar ist sie bisher aber nicht. Wenn im weiteren Gesetzgebungsverfahren keine abgrenzenden Kriterien erarbeitet werden, bleiben Unsicherheiten bei der Leistungsgewährung, die im ungünstigsten Fall die Verschiebung der Verantwortlichkeit von einem Leistungsträger zum nächsten nach sich ziehen werden. Ob die verbindlichen und abweichungsfesten Regelungen im ersten Teil des neuen SGB IX dies verhindert können, bleibt abzuwarten.

Ein wichtiger Teil des neuen Gesetzes dreht sich um den Bereich „Leistungen zur Teilhabe an Arbeit“. Es stand im Raum, Personenzentrierung auch für diesen Lebensbereich zu ermöglichen, aber die bisherige Vorlage kann die Hoffnungen nicht erfüllen. Es wird zwar Auslagerungen von Werkstatttätigkeiten und alternative Anbieter von Werkstatt-

leistungen geben, aber die Hürden hierfür sind sehr hoch, so dass die WfbM insgesamt nicht in dem erwarteten Maß in Frage gestellt werden wird. Die große Lösung zur Öffnung der WfbM wurde an dieser Stelle verpasst, was sehr bedauerlich ist.

Wie geht NRW mit dem BTHG um?

Diese Frage wird abschließend an Herrn Lewandrowski gestellt und an dieser Stelle soll lediglich eine stichwortartige Dokumentation erfolgen, da vieles noch offen ist:

- Nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgt die Erarbeitung eines neuen Landesrahmenvertrags
- Hierin wird beschrieben, wie die Eingliederungshilfe fachlich und inhaltlich weiterentwickelt werden soll
- Als Partner treffen sich hier (sehr wahrscheinlich) in bewährter Manier die Landschaftsverbände mit den Vertretern der Wohlfahrtspflege
- Umwandlung und Aufgabenbeschreibung neuer „Einrichtungen“ in Form von Modulen o. ä. wird nicht einfach
- Die Aufrechterhaltung der Versorgungsform „Wohnheim“ wird erschwert

Aus aktuellem Anlass erläutert Herr Lewandrowski noch abschließend den Stand der derzeit laufenden Verhandlungen über die pauschalen Vergütungsverhandlungen zwischen den Landschaftsverbänden und der Wohlfahrtspflege. Es wird kurzfristig mit einem Abschluss zu rechnen sein, den die Mitgliedsorganisationen der freien Wohlfahrtspflege über ihre Verbände erfahren werden. Aus Platzgründen wird aber davon abgesehen, dieses hier zu dokumentieren.

Der Vorstand bedankt sich herzlich für die sehr ausführlichen Beiträge von Herrn Lewandrowski, der sich seinerseits für die Einladung und die gute Diskussion bedankt und seine Bereitschaft erklärt, gern wieder in diese Runde zu kommen.

Dieter Schax