

extrablatt

Mitteilungen der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Ausgabe September 2016

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir haben 2016 weltweit, aber auch vor allem in der Sozialpsychiatrie der BRD eine bewegende Zeit. Momentan ist es nicht immer einfach sich zu engagieren und klar zu positionieren. Innenpolitisch und außenpolitisch, sowohl auf europäischer als auch auf internationaler Ebene geschieht eine Menge. In der sozialpsychiatrischen Arbeit rollt zudem noch eine Welle Gesetzesnovellierungen über die Mitarbeiter. Zu nennen sind vor allem das neue Bundesteilhabegesetz, der Nationale Aktionsplan, das Pflegeförderungsgesetz III, das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen Psych VVG und zu guter Letzt noch der Landespsychiatrieplan NRW, innerhalb dessen gerade ein neues Psych KG entworfen wird.

Bei der Themenvielfalt ist schnell ersichtlich, dass Verbände wie die ehrenamtlich arbeitende RGSP und auch die Menschen, für die wir in unterschiedlichster Form da sind, sich zusammenschließen müssen, um gehört zu werden. Noch deutlicher wird dies, wenn man kurz ein paar Themen auflistet, die im Alltag ständig im Bewusstsein stehen sollten: Weiterentwicklung der forensischen Nachsorge, Umgang mit Neuroleptika, ADHS, Gerontopsychiatrie, Flüchtlinge, etc. etc. etc.

Liebe Mitgliederinnen und Mitglieder ich möchte Sie ermutigen, sich zu engagieren und mit zu diskutieren. Ob bei uns in den offenen Vorstandssitzungen oder an anderer Stelle. Wichtig ist, zu erkennen, dass jeder einzelne in der Gesamtheit aller etwas bewirken kann und dass man diese Freiheit und Möglichkeit nicht ungenutzt lassen sollte.

Herzliche Grüße

Für den Vorstand
Stefan Corda-Zitzen

Zur Mitgliederversammlung der RGSP am 31.05.2016 in Köln

mit einem Vortrag von Volkmar Aderhold

Die Mitgliederversammlung in Köln, in den Räumlichkeiten des Kölner Vereins, hätte noch mehr Publikum verdient gehabt. Es gab einen sehr interessanten Vortrag von Volkmar Aderhold zur Reduzierung von Neuroleptika.

Er berichtete zunächst über eine randomisierte Verlaufsstudie über sieben Jahre in West-Lapland. Diese Studie betraf 107 Patienten mit remittierter erster psychotischer Episode.

Es erfolgte eine frühe Dosisreduzierung und eventuell begleitetes Absetzen in den ersten zwei Jahren. Weiterhin psychosoziale Begleitung durch mobile multiprofessionelle Teams. Es erfolgte keine psychotherapeutische Behandlung.

Die Ergebnisse im 7. Jahr sahen so aus:

- 21,1 % Neuroleptika vollständig abgesetzt
- 21,1 % Dosierung unter 1 mg Haloperidol Äquivalent

In den ersten drei Jahren gab es eine erhöhte Rate kürzerer Rückfälle. Die Rückfälle lagen nach sieben Jahren signifikant

niedriger. Der deutlich bessere Verlauf setzte nach drei Jahren ein.

Während bestimmt einige Zuhörer dachten, na ja, das ist nun eine einzige Studie aus West-Lapland, ging Herr Aderhold auf andere Studien ein.

Er berichtete über eine naturalistische Verlaufsstudie über 20 Jahre in den USA von Harrow et al aus dem Jahre 2012. Hier ging es um 70 Patienten mit einer Erst-erkrankung an Schizophrenie mit einer initialen Symptombdauer von mind. sechs Monaten. Alle wurden zunächst neuroleptisch behandelt.

70 % setzten die Neuroleptika innerhalb von zwei Jahren – oft gegen ärztlichen Rat – ab.

Beeindruckend war das Ergebnis nach 20 Jahren. Während 68 % mit Neuroleptika weiterhin psychotische Symptome zeigten, war das nach 20 Jahren bei denjenigen ohne Neuroleptika nur noch bei 8 % der Fall. Nach zwei Jahren waren es noch 60 % mit psychotischen Symptomen gewesen.

» Fortsetzung Seite 2

Inhalt

Zur Mitgliederversammlung der RGSP am 31.05.2016 in Köln	1	Auf Wachstumskurs: Das Peer Counseling-Angebot der PHG Viersen	4
Bundesteilhabegesetz	2	Stellungnahme der RGSP	7
Aus der Traum – Umsetzung des Teilhabegesetzes in NRW	3	Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31.08.2016	
Information zur Tagung am 15.11.2016		Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des PsychKG, Drs. 16/12068	

Die Schlussfolgerungen von Volkmar Aderhold:

- Dosisminderungen, die bisher kaum für bedeutsam erachtet wurden, haben große Vorteile für Fähigkeiten im Alltag: Selbstfürsorge, Haushalt, familiäre, partnerschaftliche und freundschaftlich Beziehungen. Integration in die Gemeinde, Berufstätigkeit.

- Ein solches Vorgehen ist bisher nicht leitliniengerecht. Nach dem ersten Rückfall wird dort Dauermedikation über fünf Jahre empfohlen.
- In der „anderen Hälfte“ sind Patienten mit:
 - geringer Neuroleptika-Wirkung
 - 20% Non-Responder

Wer die Mitgliederversammlung versäumt hat, kann sie auf der RGSP-Homepage, www.rgsp.de, die Powerpoint-Präsentation komplett ansehen. Es lohnt sich.

Ruth Vogel

Bundesteilhabegesetz

Im Vorwort schon erwähnt, wird man aktuell geradezu von einer Gesetzeswelle überrannt. Dass die Sozialpsychiatrie sicherlich bewegende Gesetz, ist der Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz).

In vielen Stellungnahmen und Diskussionen von und in den Fachverbänden ist zu entnehmen, dass das Gesetz aufgrund zu vieler „Baustellen“ gänzlich abgelehnt wird. Es wird u.a. befürchtet, dass der Zugang zu Hilfen in der Eingliederungshilfe erschwert wird und es wegen der Unklarheit bei der Abgrenzung zur zukünftigen vordergründigen Pflege zu Zuständigkeitsrangeleien auf Kosten der Menschen mit Behinderungen kommt.

Liest man die Stellungnahmen der Kostenträger, z. B. des Landschaftsverbandes Rheinland oder des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages, wird befürchtet, dass noch mehr Menschen auf die Eingliederungshilfe zurückgreifen werden.

Wir als Verband haben beschlossen, dass es grundsätzlich zu begrüßen ist, dass das neue Bundesteilhabegesetz kommt. Immerhin wird seit 1973 darum gerungen!!! Es muss aber an vielen Stellen Verbesserungen geben. Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Suchterkrankung finden an vielen Stellen zu wenig Berücksichtigung bzw. es ist an vielen Stellen nicht zu Ende gedacht, wie sich einige Passagen in der Lebenswelt eines psychischen und/oder suchtkranken Menschen auswirken.

Dies ist sicher nicht so gewollt, sollte jedoch der Politik dann auch so genannt werden. Beispielsweise muss der zukünftige leistungsberechtigte Personenkreis eine erhebliche Teilhabe einschränkung

in dem Sinne nachweisen, dass fünf von neun Lebensbereiche betroffen sind (nicht ohne personelle Unterstützung) oder drei Lebensbereiche gar nicht möglich sind (trotz personeller Unterstützung). Was, wenn jemand in fünf Bereichen betroffen ist, aber nicht so eingeschränkt ist, wie manche in zwei Bereichen schwerwiegend eingeschränkt sind (wie es oft bei unseren Klienten ist)?

Beim Einkommen gibt es aus Sicht psychisch kranker Menschen wesentliche Verbesserungen! Besser wäre natürlich die Teilhabe für alle Menschen mit Behinderung unabhängig vom möglichen Einkommensstatus. Dies wäre dann auch mit der UN-Behindertenrechtskonvention konform. Warum besteht man beispielsweise bei zu hohem Einkommen auf 32,08 € von Eltern betroffener Klienten? Das steht in keinem Verhältnis und hat gerade in unserem Klientenkreis wesentliche Auswirkungen. Warum sind in der Gesamtplanung (Hilfepläne) Leistungserbringer nicht mit berücksichtigt, in der Teilhabeplanung (Trägerübergreifende Hilfen) schon? Im Bereich Arbeit wäre es z. B. wünschenswert, dass innerhalb des Budgets für Arbeit auch bei geringfügig Beschäftigten ein Personalkostenzuschuss gewährt wird, siehe aktuelle Zuverdienstmöglichkeiten im Rheinland (sucht BRD-weit seinesgleichen). Im BTG ist dies nur vorgesehen bei einem Beschäftigungsverhältnis ab 12 Stunden.

Unsere Klientel hat aber oftmals eine EU-Rente und kann durch einen Zuverdienst im geringfügigen Bereich unabhängig von ergänzenden Leistungen leben. Nebenbei erhöhen sich dadurch Lebensqualität und Status innerhalb der Gesellschaft.

Auch der Assistenzbegriff ist für unsere Klienten, je nach Krankheitsbild, nicht immer förderlich.

Die Abgrenzung Pflege/EGH ist nicht klar dargestellt.

Ich belasse es jetzt bei der kurzen Darstellung, um nicht zu sehr, oder je nach Perspektive noch mehr, auszuschweifen. Fakt ist, wird das Gesetz beschlossen, sind drei Stufen geplant.

- Zum 01.01.2017 gelten die neuen Einkommensgrenzen.
- Zum 01.01.2018 gilt ein neues Vertragsrecht.
- Zum 01.01.2020 gilt dann die Umsetzung im Gesamten, wobei deutlich zu kritisieren ist, dass im Kabinettsentwurf die im Referentenentwurf angehangene Ausführungsverordnung fehlt.

Liebe RGSPler, wir möchten Sie auffordern, aktiv gegen die noch nicht zu akzeptierenden Punkte des BTHG zu arbeiten und mit den Politikern zu erläutern, was das im konkreten Fall jeweils bedeutet. Jeder kennt jemanden, der wiederum jemanden kennt. Noch können wir Einfluss nehmen.

Stefan Corda-Zitzen



Aus der Traum

Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in NRW

15. November 2016 • 9-16 Uhr

Maternushaus • Kardinal-Frings-Str. 1 • 50668 Köln

Aus der Traum? Das Bundesteilhabegesetz in der Diskussion

Mit großer Spannung haben die Verbände der Menschen mit einer Behinderung sowie die Träger auf die Veröffentlichung des Gesetzentwurfes zur „Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz) gewartet.

In einem groß angelegten Beteiligungsprozess des zuständigen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde im Vorfeld der Eindruck erweckt als könnte hier der große Wurf gelingen: Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in ein deutsches Leistungsgesetz, das die Rechte behinderter Menschen auf uneingeschränkte Teilhabe und einen echten Nachteilsausgleich beinhaltet.

Am 26. April 2016 erblickte der Referentenentwurf das Licht der Öffentlichkeit und seitdem hagelt es Kritik von allen Seiten.

Mit Blick auf die Belange psychisch behinderter Menschen und ihrer Angehörigen stellen wir fest:

- Die bisherige bedeutende Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung zu mildern, deren Folgen zu beseitigen und eine Unabhängigkeit von Pflege zu erreichen, wird in die medizinische Rehabilitation verschoben. Soziotherapie, die in Deutschland nie flächendeckend umgesetzt wurde und zudem unterfinanziert ist sowie ambulante psychiatrische Pflege, die in ganz NRW noch von 16 Diensten angeboten wird, wären dann das Mittel der Wahl?
- Pflege im häuslichen Umfeld soll Vorrang vor der Eingliederungshilfe haben. Das konterkariert den Ansatz „Hilfen aus einer Hand“ zu gewähren und tagesstrukturierende, kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe als Teil einer personenzentrierten Leistung zu bewerten. Überdies führt es zu weiteren Schnittstellenproblemen und einer größeren Zersplitterung der Zuständigkeiten. Abgesehen davon fehlen bereits heute 37.000 Fachkräfte in der Pflege.
- Wunsch- und Wahlrechte der betroffenen Menschen werden nicht ausgebaut sondern eingeschränkt. Der Grundsatz ambulant vor stationär wird fiskalischen Erwägungen geopfert.
- Eine dialogische Ausgestaltung der Teilhabekonferenzen ist nicht geplant, in den Gesamtpfankonferenzen (heutige Hilfeplankonferenzen), die Beteiligung der Leistungserbringer nicht vorgesehen.
- Auf die Heranziehung von Einkommen und Vermögen wird nicht verzichtet. Die Verbesserungen gegenüber geltendem Recht sind marginal.

Haben wir es hier mit einem „modernen Teilhaberecht“ oder mit einer sozialpolitischen „Rolle rückwärts“ zu tun?

Unsere Tagung bietet Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern eine Plattform zur Diskussion mit Politik und Verwaltung.

Tagungsprogramm und Anmeldebogen sowie weitere Informationen finden Sie unter: www.rgsp.de

Auf Wachstumskurs: Das Peer Counseling-Angebot der PHG Viersen

Ein gestrandeter Betriebswirt (41), eine frühverrentete zahnmedizinische Fachangestellte (38), ein Meister in Betriebs-elektrik mit Vollzeitjob (54) und eine freiberufliche Journalistin (47) – was Thomas Seelert, Tanya Schmidt, Volker Flöth und Bettina Jahnke miteinander verbindet?

Einmal in der Woche, immer mittwochs um 15 Uhr, sitzen sie zusammen in der Geschäftsstelle der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft (PHG) in Viersen. Dort sind sie als Peer Counselor beschäftigt und teilen sich ein Büro. Peer Counseling bedeutet verkürzt: Menschen mit Behinderung beraten andere Menschen mit ähnlicher Behinderung. Die Vier von der PHG sind spezialisiert auf Fälle mit psychiatrischen Störungsbildern in existenziell schwierigen Lebenssituationen.

Zu ihnen kommen beispielsweise Menschen, die Gleichgesinnte suchen und die eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe wünschen. Andere sind mit ihrer Behandlung im Krankenhaus unzufrieden.

Wieder andere wissen vorläufig vielleicht noch gar nicht, worin ihr konkretes Anliegen besteht. Sie fühlen sich entfremdet und unverstanden von Familienangehörigen, Arbeitskollegen, Freunden. – oder auch von sich selbst.

Was die Peer Counselor der PHG für ihren Job qualifiziert, ist in erster Linie ihre eigene, reflektierte Lebenserfahrung. Sie selbst haben schwere Krisen durchstehen müssen, die mit Depressionen, Borderline- und Posttraumatischer

Belastungsstörungen oder Psychosen einhergingen.

Über EX-IN-basierte Fortbildungs- oder Gruppenangebote haben sie sich vor Jahren kennen und schätzen gelernt. Inzwischen stecken sie in einer weiteren Qualifizierungsmaßnahme, die der Landschaftsverband Rheinland (LVR) im Rahmen des Modellprojektes „Peer Counseling im Rheinland auf dem Weg gebracht“ durchführt.

Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen

Die Psychiatrische Hilfgemeinschaft besteht seit 1975 und ist unter dem Dach des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes organisiert. Der Verein unterhält eine Tochtergesellschaft, die PHG Viersen gGmbH mit einem Sozialpsychiatrischen Zentrum mit den Bausteinen Kontakt- und Beratungsstelle, Integrationsfachdienst, Betreutes Wohnen, flexible Erziehungshilfe sowie einem tagesstrukturierenden Angebot (LT24). Hinzu kommen die integrierte Versorgung und viele kleinere „Bausteine“ wie beispielsweise eine unentgeltliche Rechtsberatung, eine Beschwerdestelle, Angehörigengruppe etc. etc.

Neu ist seit nunmehr 2 Jahren das Peer Counseling, gefördert durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR).

Der Startschuss zum Peer Counseling in Viersen fiel im Sommer 2014. Im Jahr zuvor machte die auf Teilzeitbasis angestellte EX-IN Genesungsbegleiterin Frau Jahnke den PHG-Geschäftsführer Stefan Corda-Zitzen auf eine Ausschreibung des LVR aufmerksam. Das Dezernat für Soziales hatte damals beschlossen einen ersten Testlauf zum Peer Counseling zu starten. Zehn Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungsformen wurden daraufhin ausgewählt, um erste Erfahrungen mit einer Beratungsmethode zu sammeln, die durch die UN-Behindertenrechtskonvention neues politisches Interesse erlangt hatte. Für die wissenschaftliche Auswertung wurden Forscher des Prognos-Instituts und der Universität Kassel beauftragt.

Nachdem Frau Jahnke die anfänglichen Zweifel ihres Chefs überwinden konnte (zu hoher Aufwand für ein Projekt, dessen Nachhaltigkeit zweifelhaft ist), entwickelte sie ein Konzept, das speziell auf ihren bis dato ehrenamtlich beschäftigten Co-Moderator der PHG Recovery-Gruppe zugeschnitten war: Thomas Seelert.

Ein Konzept, das – neben Einzelfallberatungen – auf niedrigschwellige, EX-IN-methodenbasierte Gruppenangebote setzt. Außerdem sollte beim Peer Counseling in der PHG ein möglichst hoher Vernetzungsgrad zwischen den verschiedenen Akteuren im Gemeindepsychiatrischen Verbund erlangt werden. Für die Zielgruppe der Menschen mit dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen setzen

sich drei Bewerber durch. Neben der PHG Viersen waren dies der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in NRW mit ihrer Anlaufstelle in Köln-Mühlheim und die Psychiatrie-Patinnen und -Paten aus Aachen.

Peer-Counseling – Was ist das?

Peer-Counseling ist ein Begriff aus dem Englischen, mit dem man Beratungsangebote von Betroffenen für Betroffene umschreibt. Dahinter steckt der Ansatz, dass Menschen anderen Menschen mit dem gleichen Erfahrungshintergrund besondere Hilfestellungen geben können.

Im Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention wird die Methode des Peer-Counseling als Unterstützungsmaßnahme gefordert, um mehr Teilhabe und Selbstbestimmung für gesellschaftlich benachteiligte Personengruppen zu fördern. Dazu zählen auch Menschen mit psychiatrischen Störungsbildern.

Zu Beginn des Projektes im Frühjahr 2013 melden sich Herr Seelert und Frau Jahnke am ersten Schulungsdurchgang für die Peer Counselor in spe an. Damals ist das Zentrum Selbstbestimmtes Leben (ZSL) in Köln dafür verantwortlich. Beide PHG-Mitarbeiter kennen bislang „nur“ die EX-IN Ausbildung und sind überrascht, was ihnen von den beim

Bifos-Institut ausgebildeten Trainern zusätzlich an Lerninhalten geboten wird. Vor allem das bewusste Einüben von Gesprächsführungstechniken nach Carl Rogers ist für sie Neuland: aktives Zuhören, Paraphrasieren, Gefühle spiegeln, keine Ratschläge erteilen, Fragen stellen. Wieder und wieder wird dies in Rollenspielen eingeübt.

Neuland ist auch das gemeinsame Lernen mit Kollegen, die sich mit anderen Behinderungsformen arrangieren müssen, darunter angehende Peer Counselor, die im Rollstuhl sitzen oder eine Sinnesbehinderung haben oder auf Leichte Sprache angewiesen sind.

Peer-Counseling – Wie funktioniert das?

Im Vergleich zu herkömmlichen Beratungsangeboten hat Peer-Counseling einen emanzipatorischen Charakter. Den Bedürfnissen des Einzelnen wird ein höherer Stellenwert eingeräumt als dem Anpassungsdruck an bestehende Hilffsysteme. Das Peer-Counseling in der PHG Viersen fußt auf der EX-IN Methode vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Gelebte Krisenbewältigung mit individueller Färbung steht im Fokus.

Zum Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe entstehen in und um Viersen neue Begegnungsräume: eine Peer-Counseling Sprechzeit, eine mobil aufsuchende Peer-Counseling Beratung oder niedrigschwellige Gruppenangebote für verschiedene Zielgruppen (Klinikpatienten, Berufsrückkehrer etc.). Themenschwerpunkte sind zum Beispiel: „Ganzheitliche Genesung“, „Selbstbefähigung“ oder „Gesundheitsfördernde Haltungen“. Es geht dabei immer um eine angeleitete Hilfe zur Selbsthilfe.

Das Tätigkeitsfeld des vorerst nur einzigen offiziellen – weil mit LVR-Projektgeldern geförderten – Peer Counselor Herrn Seelert sieht zunächst wie folgt aus: Er führt Einzelgespräche, entweder in den Räumen der PHG oder mobil aufsuchend.

Des Weiteren betreibt er – neben der ganzen Projektdokumentation – viel Öffentlichkeitsarbeit und gestaltet zusammen mit Frau Jahnke einen einjährigen Salutogenese-Recovery-Empowerment-Kurs. Auch Hilfestellungen für den neuen PHG-Klientenrat zählen zu seinem Tätigkeitsspektrum, ebenso wie die Moderation einer vierteljährlich stattfindenden Intervention für die Mitarbeiter, die auf Zuverdienstbasis für die PHG arbeiten.

Mögliche Interessenten, die das Peer Counseling für sich nutzen könnten, werden auf unterschiedliche Weise auf das kostenfreie Angebot aufmerksam gemacht. Einerseits wird in der lokalen Presse geworben. Andererseits kommen viele Kontakte durch Mund-zu-Mund-Propaganda zu Stande. Durch die integrierte Versorgung wird schließlich ein weiteres Klientel auf das Peer Counseling der PHG aufmerksam.

Für die Psychiatrische Hilfgemeinschaft ereignet sich im Sommer 2015 ein folgenschwerer Wendepunkt, als Herr Seelert für einige Monate depressiv erkrankt, aussetzen muss. Selbstkritisch wird nach konzeptionellen Schwachstellen gesucht? War es vielleicht

ein Fehler, dass man das Peer Counseling auf nur eine Person zugeschnitten hatte, die überwiegend alleinverantwortlich und ohne regelmäßige Teamanbindung an die PHG-Mitarbeiterschaft arbeitete?

Das PHG-Leitungspersonal nimmt den Krankheitsfall zum Anlass um – zusammen mit der inzwischen als Projektkoordinatorin agierenden Frau Jahnke – die Weichen für den Fortgang des Peer Counseling in der PHG neu zu stellen.

Zunächst wird beschlossen, dass die Unterscheidung zwischen Peer Counseling und EX-IN-Genesungsbegleitung trennschärfer als zuvor erfolgen soll. Als wichtigstes Kriterium gilt fortan die regelmäßige Kontaktfrequenz.

Das Peer Counseling wird je Ratsuchenden zeitlich befristet auf maximal zehn Treffen. Danach besteht für die Nutzer die Möglichkeit zur kostenfreien Teilnahme an dem EX-IN-basierten Gruppenangebot, um auf diese Weise einen guten Übergang zu Selbsthilfeangeboten

zu finden. Bei neuen Anliegen bleiben die Peer Counselor natürlich auch weiterhin ansprechbar. Parallel dazu wird das Peer Counseling-Team aufgestockt. Frau Jahnke erhöht ihre Arbeitsstunden und zählt nunmehr mit zum Beratungsteam. Tanya Schmidt kommt

auf Zuverdienstbasis ab Anfang 2016 als frischgebackene EX-IN-Absolventin dazu. Volker Flöth entscheidet sich nach Abschluss des PHG-Salutogenese-Recovery-Empowerment-Kurs für eine ehrenamtliche Beratungstätigkeit.

Peer-Counseling – Wohin führt das?

Hoffentlich zu einem selbstverständlicheren Umgang mit Menschen in seelischen Krisen! Und auch zu einer stärkeren Zusammenarbeit für mehr Hilfe zur Selbsthilfe in der sozialpsychiatrischen Hilfslandschaft.

Der Weg führt weg von einer Mystifizierung psychischer Krankheiten hin zu einem selbstverständlichen und selbstbewussten Umgang mit ihnen, frei nach dem Motto des Liedermachers Stefan Stoppok: „Erzähl‘ mir lieber das ändert sich, das geht und kommt und hört auf wie der Regen.“

All die Tatkraft zahlt sich aus. Der LVR-Sozialausschuss empfiehlt im August 2016 einstimmig, die Finanzierung des Modellprojektes bis Ende 2018 zu verlängern. Denn, immerhin wird im Entwurf des Bundesteilhabegesetzes ausdrücklich die unabhängige Peer Beratung genannt. Die Frage, die sich für die PHG Viersen – stellvertretend für andere Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland – nunmehr stellt: Wie wird der Begriff „Unabhängigkeit“ definiert. Geschäftsführer Herr Corda-Zitzen bezieht in dieser Diskussion klar Stellung: Solange eine Finanzierung von „außen“ gesichert ist, sei eine unabhängige Arbeit möglich und gut darstellbar. Der große Vorteil, den die Peer Counselor der PHG gegenüber anderen Mitarbeitern schon heute haben:

Sie können weitestgehend unbürokratisch und frei von jedem Fachleistungsstundendruck arbeiten. Außerdem sind ihre Beschäftigungsverträge individuell auf ihre besondere Lebenssituation zugeschnitten.

Im übertragenden Sinn „gewinnbringend“ ist das Wirken der Peer Counselor von der PHG in Viersen inzwischen auch für weitere Träger im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Jeden Montagnachmittag wird in der Süchtelner Klinik eine zweistündige Peer Counseling Sprechzeit für Patienten angeboten. Darüber hinaus leitet ein Peer Counselor der PHG in der LVR-Tagesklinik zusammen mit einer Mitarbeiterin vor Ort ein zusätzliches Gruppenangebot für ausgewählte

Patienten. Währenddessen der freigestellte EX-IN Trainerkollege Tom Klein von der Familienhilfe Niederrhein das Peer Counseling-Team bei den „klassischen“ PHG Montagsgruppenangeboten als zusätzlicher Moderator unterstützt.

So zieht das Peer Counseling-Modellprojekt der PHG Viersen langsam und stetig durch eine – von allen Seiten ausdrücklich gewünschte und geförderte – Vernetzung unterschiedlichster Akteure immer weitere Kreise.

Das Peer Counseling-Team der PHG Viersen

Stellungnahme der RGSP

An die Präsidentin des Landtags

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31.08.2016

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des PsychKG, Drs. 16/12068

Sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren
Ausschussmitglieder,

im Folgenden nehmen wir Stellung zum Gesetzentwurf vom 25.05.2016, mit Bezug auf unsere mit Datum vom 02.03.2016 vorgelegte Stellungnahme zum Arbeitsentwurf vom 15.12.2015. Die wesentlichen Aussagen dieser Stellungnahme haben weiterhin Gültigkeit. Sie werden noch einmal kurz zusammengefasst, wobei Änderungen des vorgelegten Gesetzentwurfes gegenüber dem Arbeitsentwurf berücksichtigt werden.

Wir begrüßen die Zielsetzung der Gesetzesreform, die Rechtsstellung der betroffenen psychisch Erkrankten zu stärken und ihre Würde, Integrität und Autonomie zu schützen. In diesem Zusammenhang ist die gesetzliche Verankerung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2 Abs. 2) ein wichtiger Schritt. Die Selbstverpflichtung des Landes zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans in § 32 des Gesetzentwurfs – mit dem Ziel, Strukturen der Vor- und Nachsorge und der Krisenintervention zu entwickeln und zu verbessern – findet unsere ausdrückliche Zustimmung. Dies gilt auch für die Vorgabe in § 18 Abs. 5, dass Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachzubesprechen sind, sobald es ihr Gesundheitszustand zulässt.

Zur Ergänzung von § 10 Abs. 2: Wir hatten uns in der Stellungnahme vom 02.03.2016 kritisch mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Alltagspsychiatrie ihrer Ordnungsfunktion, also dem Schutz vor einer erheblichen Gefährdung bedeutender Rechtsgüter dritter, hinreichend gerecht werden kann, wenn stationäre Behandlungsangebote ausschließlich auf offenen Stationen vorgehalten werden. Diese Frage ist unter Praktikern und in der Wissenschaft in den vergangenen Jahrzehnten sehr kontrovers diskutiert worden. Hingewiesen sei auf eine Debatte der Professoren Mulder und Juckel in der Zeitschrift Psychiatrie Praxis¹ über den Sinn (geschlossener) psychiatrischer „Intensivbehandlungsstationen“. Die Erkenntnis, dass schwere psychiatrische

Erkrankungen Risikofaktoren sowohl im Hinblick auf Bagatelldelinquenz als auch auf Gewalttaten darstellen können², wird dem Eindruck des Unterzeichners nach im sozialpsychiatrischen Diskurs bisweilen ausgeblendet.

Das ändert aber nichts daran, dass die RGSP sich mit der Zielsetzung identifiziert, die öffentlich-rechtliche Unterbringung solle „soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden“. Insofern findet die entsprechende Ergänzung von § 10 Abs. 2 unsere volle Zustimmung. Sie sollte nicht dahingehend missverstanden werden, dass geschlossene Behandlungsangebote unerwünscht sind. Die vorübergehende Behandlung im geschlossenen Rahmen kann in Verbindung mit geeigneten Nachsorgeangeboten³ gefährdete Patienten vor Entwicklungen schützen, die nicht selten auf eine Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB hinauslaufen.⁴

Zu den Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung (§ 18 Abs. 4 und Abs. 6) begrüßt die RGSP, dass unter den genannten engen Voraussetzungen jetzt – abweichend vom Arbeitsentwurf – eine Zwangsbehandlung auch bei einer schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit dritter Personen genehmigt werden kann. Die Begründung des Gesetzentwurfs (zu Nr. 9) ist aus unserer Sicht überzeugend. Wir schließen uns auch dem Hinweis der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste an, dass wiederholte Fremdgefährlichkeit eine schwer reversible soziale Exklusion zur Folge hat. Hier darf man der Alltagspsychiatrie die Mittel nicht vorenthalten, um ihrer Aufgabe gerecht werden zu können, sonst fördert man letztlich die Ausgrenzung der Betroffenen aus Behandlungsbezügen.⁵ Zu § 18 Abs. 7: Dass für eine Zwangsbehandlung Minderjähriger grundsätzlich die Zustimmung der Sorgeberechtigten maßgeblich ist und die ärztliche Behandlung einer gerichtlichen Genehmigung nicht bedarf, nimmt die RGSP zur Kenntnis.

Zu § 20 Abs. 1: Zu den „Besonderen Sicherungsmaßnahmen“ wird unter 3. das „Festhalten statt Fixierung“ genannt.

Unseres Erachtens ist das Festhalten nicht einfach eine Alternative zur Fixierung, sondern eine professionelle Maßnahme der Deeskalation und Beruhigung sowie auch der Beziehungsaufnahme. Wenn sie erfolgreich ist, kann sie im Prinzip andere Maßnahmen der Sicherung entbehrlich machen, auch die Absonderung oder die Zwangsmedikation. Insofern wäre die Formulierung „Festhalten zur Deeskalation und Beruhigung“ angemessener. Es sei aber auch angemerkt, dass professionelles Festhalten erhebliche personelle Ressourcen und eine besondere Schulung der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfordert. Auch sind die Erfolgsaussichten im Einzelfall – etwa bei intoxizierten Patienten mit Doppeldiagnose – durchaus begrenzt, in dem Sinn, dass nicht unbedingt eine nachhaltige Beruhigung erreicht wird. In der Diskussion um das in England gut etablierte Vorgehen wird bisweilen ausgeblendet, dass dortige Stationen personell weit besser besetzt sind und der „physical restraint“ regelmäßig mit der Gabe eines Medikamentes einhergeht.⁶ § 18 Abs. 3 n.F. würde den Kliniken einen Spielraum belassen, in für die Betroffenen oder dritte Personen sehr gefährlichen Situationen in ähnlicher Weise zu verfahren.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Stefan Corda-Zitzen (Vorsitzender)
Dr. Norbert Schalast

1 Mulder (Pro), Juckel (Contra): Psychiatrische Intensivstationen. Psychiatrie Praxis 2015; 42, 237

2 Schanda Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2006, 74: 85

3 Frommann, Luckhaus, Dönisch-Seidel, Gaebel, Janssen Schizophrenie und Fremdaggression: Ein Projekt zur Prävention fremdaggressiven Verhaltens im Rahmen psychotischer Störungen durch Behandlungsoptimierung in der Alltagspsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2012, 30: 186

4 Piontek/Kutscher/König/Leygraf Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Nervenarzt 2013, 84: 55

5 Heinz Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen. Ein Symptom für das Schwinden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie. Die Kerbe 2013, 31: 8

6 Steinert Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? Psychiatr Prax 2011, 38: 348

.....
● **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.
.....