

# extrablatt

Mitteilungen der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Ausgabe Dezember 2013

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Extrablatt ist fertig. Wir haben etwas länger gebraucht. Das liegt nicht daran, dass wir wenig gearbeitet haben. Im Gegenteil. In den vergangenen Monaten haben wir uns intensiv und kritisch mit den Themen ADHS, hierzu fand am 20.11.13 eine gemeinsame Tagung mit der DGSP und dem LVR mit 250 Teilnehmern statt, der Vorbereitung der Mitgliederversammlung im Mai kommenden Jahres mit dem Schwerpunktthema „Forensik – Teil der Gemeindepsychiatrie?“, sowie natürlich mit den aktuellen Themen PEPP, dem geplanten neuen WTG, Perspektiven der Eingliederungshilfe (siehe letzte Ausgabe), Erfahrungen mit EX-IN und dem Thema Zwang und Gewalt, beschäftigt.

Mit dem neuen Extrablatt haben wir uns ein wenig schwer getan. Dies liegt daran, dass die Federführung bisher durch Dr. Norbert Schalast wahrgenommen wurde und er diese Aufgabe nicht mehr wahrnehmen möchte und kann. Ihm sei an dieser Stelle ausdrücklich ein großer Dank ausgesprochen. Er hat über ein Jahrzehnt das Extrablatt maßgeblich gestaltet und immer wieder unermüdlich für neue Texte gesorgt. Jetzt müssen wir es machen und merken, welch schweres „Erbe“ er uns hinterlassen hat und wie viel tatsächliche Arbeit sich hinter jeder Extrablatt Ausgabe verbirgt.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal betonen, dass unsere Vorstandssitzungen offen sind und jeder herzlich eingeladen ist, mit zu arbeiten, näheres siehe RGSP-Webseite [www.rgsp.de](http://www.rgsp.de)

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern eine gute Zeit.

Herzliche Grüße

Stefan Corda-Zitzen

## PEPP – Entwicklung aus Sicht der Psychiatrischen Pflege in der Erwachsenenpsychiatrie

Michael Löhr

### Einleitung

Die Entwicklung eines neuen Vergütungssystems, das einerseits leistungstransparent sein soll und andererseits die Tagesaufwände abbildet, schien auch in der Psychiatrischen Pflege ein gangbarer Weg zu sein. So wird die Entwicklung des neuen Entgeltsystems wie folgt beschrieben: Es „[...] ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren.“ (§ 17d Absatz 1 KHG). Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.

Die Idee, dass ein Finanzierungssystem Leistungsgerechtigkeit schafft, gleiches Geld für gleiche Leistung ob in Bayern oder Schleswig-Holstein, wurde durch die

Bundesfachvereinigung leitender Pflegefachpersonen als positiv wahrgenommen. Dieser bisherigen Finanzierung, die unter anderem vom Verhandlungsgeschick der Krankenhausleitungen und dem Klinikstandort (Bundesland) abhängig ist, wohnt kein leistungsgerechtes Moment inne. Als weiteren positiven Aspekt wurde die gesetzliche Möglichkeit zur Finanzierungseinbindung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu einem Gesamtfinanzierungssystem aus stationärer und ambulanter Leistung gesehen. Der §17d des KHG enthält alle diese Möglichkeiten. Daher war die Hoffnung berechtigt, ein neues Finanzierungssystem zu bekommen, das einerseits Leistungsgerechtigkeit schafft und den tagesbezogenen Aufwand abbildet sowie ein Gesamtbudget für PIA- und stationäre Leistungen schafft. In einem solchen System liegt die Vermutung nahe, dass auch psychiatrische Pflegeleistung adäquat dargestellt und über diese Abbildung finanziert wird.

Dieser Artikel hat nicht den Anspruch, das System in all seinen Einzelheiten darzustellen und diese in wissenschaftlicher Kleinarbeit zu sezieren, zu analysieren und in Gänze zu bewerten. Er hat den Anspruch, dem Leser die Sicht der Psychiatrischen Pflege in der Entwicklung der PEPP-Systematik näher zu bringen und ihre Bemühungen bei der Entwicklungsarbeit aufzuzeigen.

### Inhalt

PEPP – Entwicklung aus Sicht der Psychiatrischen Pflege in der Erwachsenenpsychiatrie	1	Wie Zwang und Gewalt uns psychiatrisch Tätige herausfordern	8	WTG Entwurf: Stellungnahme der RGSP	13
Demo in Düsseldorf – Zum Erhalt der Psychiatriepersonalverordnung	6	„Verantwortung übernehmen für die Schwierigsten“ fällt schwer!	9	ADHS – Kindern, die aus dem Rahmen fallen, helfen!	14
		WTG Entwurf: Stellungnahme aus Sicht der Eingliederungshilfe	10	DGSP Jahrestagung 2013 in Erfurt: Psychiatrie ohne Einrichtungen	15

## **Hintergrund**

Zu Beginn der Systementwicklung hatte der Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS) eine bemerkenswerte Wirkung auf die Akteure im stationären psychiatrischen Umfeld. Im Kapitel 9 werden Indikatoren beschrieben, die für eine Kostentrennung nutzbar sein sollen. Diese Indikatoren sind einerseits ein Abbild der Psych-PV (auch wenn die Anwendungsbeispiele sich etwas unterscheiden), andererseits wurden neue geschaffen, die nun allen bekannten Therapieeinheiten (TE).

In der Psychiatrie wurden zusätzlich neue Behandlungsgruppen beschrieben (Regel-, Intensiv-, psychotherapeutische Komplex- und psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, Behandlung im besonderen Setting). Darüber hinaus wurden Zusatzindikatoren beschrieben, über die besondere Aufwände, z.B. in der Krise, abbildbar wurden.

Alle diese Indikatoren sollen dem Institut für Entgeltentwicklung im Krankenhaus (IneK) neben den vorhandenen Indikatoren wie Alter oder Diagnosen, dabei unterstützen, kostentrennende Aspekte der Behandlung zu identifizieren. Nun kommen noch die sogenannten Restkosten hinzu. Die Restkosten oder auch Residualgröße genannten Kosten werden über ein Betreuungsintensitätenmodell verteilt. Aus der Zusammenfassung aller Indikatoren wiederum werden die oben beschriebenen „tagesbezogenen Entgelte“, die nun als „Pauschalisiertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“ bekannt wurden, errechnet. Soweit die Theorie.

## **Entwicklungsbeteiligung der Psychiatrischen Pflege**

Die Psychiatrische Pflege hat sich seit Beginn an der Systementwicklung immanent beteiligt. Maßgeblicher Treiber dieser Beteiligung ist die Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen aus den somatischen Disziplinen. Pflegerelevante Aspekte wurden bei der Einführung der DRGs in großen Teilen nicht berücksichtigt. So finden wir in nur wenigen OPS-Kodes explizite Pflegeleistungen. In den somatischen Häusern gibt es schon seit Mitte der neunziger Jahre keine gesetzlich normierten Personalbemessungsinstrumente mehr. Die bis dahin geltende Pflegepersonalberechnung (PPR) hat ein Mindestmaß an Pflegestellen vorge-schrieben. Die PPR wurde damals ausgesetzt, da mit einer vollständigen Umset-

zung dieser weitgehende Kosten für die Leistungsträger verbunden waren. Seit dem Fehlen von Strukturvorgaben wurden seit 1995 bis 2010 42.772 (-13,2%) Stellen in der Pflege abgebaut und 30.889 (+31,82%) Stellen im ärztlichen Dienst aufgebaut. Anzunehmen ist dabei, dass durch die Verweildauerverkürzung von 10,8 auf 7,9 Tagen der durchschnittliche Pflegeaufwand pro Patient mindestens im gleichen Maß gestiegen ist wie der ärztliche Aufwand (Isfort et al., 2012). Mit dem Wegfall der PPR Mitte der 1990er Jahre und der Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2004 wird der Anteil der Pflege in der Behandlung nur noch intransparent über das IneK Kalkulationshandbuch bedingt nachvollziehbar. Die Pflege ist im Verständnis der Ökonomen ein „Kostenblock“ und wird in der Wertschöpfungskette zur Erlangung eines gesunden Zustandes des Patienten, ökonomisch nicht wahrgenommen. Die „Rechnung“ schreibt der Arzt – ob er nun eine maßgebliche Rolle im Behandlungsprozess gespielt hat oder nicht, ist dabei unbedeutend. Mit dem ärztlichen Dienst werden Erlös-komponenten assoziiert. Dieses Bild ist aus der Perspektive einer modernen Medizin, die eine personenzentrierte Orientierung mit sich bringt, anachronistischer Natur. Dieses ökonomische Verständnis der ausschließlich erlösgenerierenden ärztlichen Leistung hat gerade in Psychiatrie seine Grenzen. Die funktionsorientierte Betrachtungsweise des Nutzers psychiatrischer Dienstleistung impliziert, dass wertschöpfende Gesundheitsleistungen im transdisziplinären Team erbracht werden. Hier muss also die Pflegeleistung, die den Fokus auf die Auswirkung der Erkrankung auf den Alltag hat, in gleicher Weise im Wertschöpfungsprozess berücksichtigt und bewertet werden.

Auch wenn wir in der Psychiatrie keine Fallpauschalen bekommen, können die Tagespauschalen in der aktuellen PEPP-Systematik zu den gleichen Auswirkungen führen wie die DRGs. Es gibt Geld für bestimmte Tage, das je nach PEPP-Gruppe über den Verlauf weniger wird (Degression). Wie die PPR in der Somatik gibt es nach wie vor die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als Normierung der Personalausstattung in der Psychiatrie. Anders als in der Somatik definiert sie neben qualitativen Aspekten der Versorgung auch quantitative Standards der Personalausstattung für alle Berufsgruppen. Die Psych-PV

war und ist in der Psychiatrie die Bemessungsgrundlage für die quantitative Ausstattung einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Versorgung. Außer Frage hat auch die Psych-PV eine Überarbeitung nötig, jedoch normiert sie bis heute die Personalausstattung und schützt die Kernleistungsbereiche vor unkontrollierter Umwidmung des Budgets. Die Psych-PV wird ab dem 1. Januar 2017 mit dem Beginn der Konvergenzphase ihre Gültigkeit verlieren. Damit bewegen sich alle Berufsgruppen, die als nicht erlöswirksam betrachtet werden auf dünnem Eis. Kein Regularium schreibt mehr vor, wie viel Personal die einzelnen Kliniken für eine qualitativ ausreichende Versorgung vorhalten müssen.

## **Systemkritische und -immanente Beteiligung**

Vor dem skizzierten Hintergrund hat sich die Psychiatrische Pflege sehr früh in die Systemkritische und -immanente Entwicklung eingebracht. Die Akzente dieser Entwicklung sind einerseits aus dem Netzwerk Entgelt der Bundesfachvereinigung Leitender Pflegefachpersonen (BfLK) und andererseits, seit 2012, aus der AG Entgelt der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) entstanden. Die Idee der beiden Verbände ist die eindeutige Platzierung der Psychiatrischen Pflege in den zur Kalkulation herangezogenen systemrelevanten Indikatoren. Ein Bereich, in dem wichtige Indikatoren zu finden sind, ist der OPS Katalog. Die Psychiatrische Pflege hat sich von Anfang an darum bemüht, die Kompetenz der Berufsgruppe bundesweit einzubeziehen. Für diesen Zweck gab es erstmalig im Jahr 2010 einen Aufruf zur Einreichung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des OPS-Kataloges für das Jahr 2012. Diesem Aufruf sind etliche Kolleginnen und Kollegen gefolgt. Die Vorschläge werden dann durch die Mitglieder des Netzwerks bzw. der AG Entgelt der Verbände gesichtet, kategorisiert und in ein Dokument zusammengefasst. Einmal im Jahr rufen die beiden Pflegeverbände zur gemeinsamen Konsensuskonferenz auf. Diese hat zum Ziel die eingereichten Vorschläge zu diskutieren und darüber zu entscheiden, ob diese in das OPS Vorschlagsverfahren eingereicht werden. Mit diesem Verfahren war die Berufsgruppe in den letzten Jahren sehr erfolgreich. So konnten einige der in Tabelle 1 dargelegten Aspekte durch die Psychiatrische Pflege den Weg in den OPS Katalog finden.

Vorschläge der Psychiatrischen Pflege	Einreichung für das Jahr	Umsetzung
Einführung einer separaten Schlüsselnummer für Pflegeleistungen (wie im Katalog 2010)	2012	Ø
Erweiterung der therapeutischen Kontakte (in der Krise) durch Pflegenden	2012	✓
Aufnahme der Milieuthherapie in die Mindestmerkmale der psychiatrischen Schlüsselnummern	2012	Ø
Streichung des Begriffs 'psychiatrische Grundpflege'	2012	Ø
Streichung des Begriffes ‚Betreuung und differenzierte Definition der Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen‘	2012	✓
Aufnahme der korrekten Berufsbezeichnung 'Psychiatrische Pflege' (Abwandlung nach Diskussion der Fachverbände beim DIMDI in Pflegefachpersonen)	2012	✓
Aufnahme der 'Beratung, Adherenceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie' in die Verfahren der	2013	✓

Psychiatrischen Pflege und Spezialtherapeuten	Einreichung für das Jahr	Umsetzung
'direkt und unmittelbar' - Präzisierung der 1:1 Betreuung (Abwandlung nach Diskussion der Fachverbände beim DIMDI in 'individuell')	2013	✓
Streichung des Begriffs 'psychiatrische Grundpflege' und Ersetzung durch 'somatische und psychiatrische Pflege'	2013	Ø
Streichung des Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) für den §17d KHG	2013	Ø
Aufnahme der 'Psychoedukation' in die Verfahren der Psychiatrischen Pflege und Spezialtherapeuten	2013	✓
Aufnahme der 'Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche' in die Verfahren der Psychiatrischen Pflege und Spezialtherapeuten im Intensivkode (9-61)	2013	✓
Änderung des Intensivmerkmals: „Entzugsbehandlung mit Vitalergefährdung“ in „Vitalergefährdung“ des Kodes 9-61	2013	Ø
'Pflegefachpersonen bei der 1:1 Betreuung' (Abwandlung nach Diskussion der Fachverbände beim DIMDI in 'Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen')	2013	✓
Streichung der OPS-Kodes 9-60 und 9-61	2014	?
Neuer Kode: 'Indizierter, komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen'	2014	?
Neuer Kode: Pseudo OPS „Pflegebedürftigkeit“	2014	?
Streichung des Begriffes der 'psychiatrischen Grundpflege'	2014	?
Streichung des Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) für den §17d KHG	2014	?
Neuer Kode: 'Erhöhter Aufwand bei psychosozialer Notlage'	2014	?

✓ = angenommener Vorschlag      Ø = abgelehnter Vorschlag      ? = noch nicht entschiedener Vorschlag

Die Weiterentwicklung des OPS-Kataloges ist nur ein Bereich von vielen, in denen sich die Psychiatrische Pflege engagiert. Bei der Entwicklung des gemeinsamen Betreuungsintensitätenmodells hat sich die Berufsgruppe an den verbandübergreifenden Bemühungen zur Schaffung eines gemeinsamen Modelles (AG Psychiatrie und Psychosomatische, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2012) beteiligt. Zurzeit existieren zahlreiche unterschiedliche Modelle,

über die die Restkosten kalkulatorisch verteilt werden sollen. Das neue Modell ist ab 2014 verpflichtend für alle Kalkulationshäuser aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik zu nutzen. Über das Betreuungsintensitätenmodell wird das sogenannte Residuum (Restkosten) in der Kalkulation verteilt. Hier muss festgehalten werden, dass die Restkosten den größten Teil der zu verteilenden Kosten ausmachen. Der Name „Restkosten“ wird also dem eigentlichen

Hauptkostenpunkt durch die Namensgebung nicht gerecht. Seit Ende 2012 hat die DGPPN einen Konsensusprozess über verschiedene Fachverbände initiiert. Hier werden die Entwicklungen der unterschiedlichen Fachverbände und Perspektiven zusammengetragen und diskutiert. Die Idee dieser „Task Force Entgelt“ dient der systemimmanenten sowie der systemverändernden Gestaltung. Auch hier ist die Psychiatrische Pflege im Kanon der Fachverbände vertreten.

### **Bewertung des aktuellen Sachstandes zur PEPP-Entwicklung aus Sicht des Autors**

Es wäre vermessen, wenn ich eine Bewertung der Situation für die gesamte Psychiatrische Pflege vornehme. Auch wenn ich als Leiter des Netzwerks Entgelt der BFLK und der AG Entgelt der DFPP die Sicht der beiden Verbände vertrete, handelt es sich bei der Bewertung um meine persönliche Einschätzung der Situation. Die Psychiatrische Pflege hat mit der aktiven Mitgestaltung in der Entgeltentwicklung Neuland betreten. Angetrieben von den negativen Erfahrungen der Pflegekolleginnen und Pflegekollegen aus den somatischen Häusern, ist die aktive Beteiligung selbstverpflichtend. Was allerdings die Beteiligung für Auswirkungen mit sich bringt, kann wohl erst in einigen Jahren analysiert werden. Jedoch lassen sich schon heute einige Aspekte bewerten. Schaut man sich den aktuellen PEPP Katalog an, so werden einem zwei Aspekte direkt deutlich. Einerseits wird die nun vorhandene Degression in den meisten PEPP-Gruppen zur Zerreißprobe zwischen notwendiger stationärer Behandlung und ökonomischen Druck zur erlösoptimierten Entlassung führen. Andererseits wird deutlich, dass höhere Bewertungsrelationen in den PEPP-Gruppen zu finden sind, in der die Behandlung gut planbar ist (z.B. Psychosomatik), während in anderen PEPP-Gruppen, wie z.B. denen für Menschen mit Schizophrenie, eine geringere ökonomische Bewertung des Basisentgeltwertes vorhanden ist. Hier entsteht die Gefahr einer Schiefelage.

Ein weiter kritisch zu diskutierender Punkt ist die Frage des Blickwinkels innerhalb der Kalkulation. Die Psychiatrische Pflege ist die größte Berufsgruppe in psychiatrischen Krankenhäusern und damit auch der größte zu verteilende „Kostenblock“. Im Jahr 2013 publizierte das InEK den ersten Abschlussbericht zur Kalkulation. In diesem wird deutlich, dass die TE bisher nicht als generelle Kostentrenner dienen. Allerdings gibt es eine Kostentrennung auf „sehr geringem Niveau“ (InEK, 2013: S. 64) bei den TE im ärztlich / psychologischen Bereich. Folgende Kritik wird an der TE Erhebung im Bereich der Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten formuliert:

- Unklare Leistungsinhalte
- Das InEK bemängelt die große Spreizung der Anzahl an Therapie-

einheiten innerhalb der Pflege und Spezialtherapeuten. Es wurde dem InEK deutlich, dass die Zählweise, was als TE gewertet wird, sehr heterogen zu sein scheint.

- Fehlende Trennung zwischen Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen
- Durch die Zusammenführung der Leistungsdokumentation der Berufsgruppen Pflege und Spezialtherapeuten sieht das InEK die Gefahr einer möglichen verdeckten Kostentrennung durch die hohe Spreizung im Pflegedienst. Es könnte laut InEK sein, dass die TE der Spezialtherapeuten bei isolierter Betrachtung zu einer Kostentrennung führen könnte.
- Keine Korrelation zwischen Kosten und Therapieeinheiten
- Bis zu einer Anzahl von 6 TE pro Woche sind keine auffälligen Kostenverläufe zu erkennen. Des Weiteren beschreibt das InEK, dass die extremen Werte „[...] bei der bestehenden Erfassung in ihrer Höhe nicht mit dem Ressourceneinsatz korrelieren, der bei einer nachvollziehbaren Verschlüsselung dieser Codes zu erwarten ist.“ (InEK, 2013: S. 65)

Bei genauer Betrachtung der Kritikpunkte stellt sich die Frage, ob die TE im Sinne des OPS-Katalogs ein geeignetes Maß ist, um Aufschlüsse über das Leistungsgeschehen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhalten. Auch stellt sich die Frage, ob diese Art der Leistungserfassung bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Menschen mit Demenz) für die Kalkulation leistungsgerechter Entgelte (PEPP-Katalog) tauglich ist. Hier liegt meiner Ansicht nach ein Systemfehler in der Leistungsdokumentation über TE vor. TE sollen nach DIMDI (2010 und 2011) alle Leistungen abbilden, die keine Grundleistungen am Patienten sind. Diese empirische, logisch nicht nachvollziehbare Trennung ist ohne klare Trennkriterien erfolgt. Was eine TE ist und was nicht, hängt vom Verständnis der Fachexperten oder des zuständigen Kodierers bzw. Medizincontrollers ab. Schlussendlich werden Beispielverfahren der Berufsgruppen genannt, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Dies wird mit dem Satzteil „[...]“ oder im Aufwand vergleichbare Verfahren“

(DIMDI, 2013) deutlich in den Psychiatriekodes der OPS-Schlüssel expliziert. Dem OPS-Katalog zufolge wäre dann die Ganzkörperwaschung als Teil der somatischen Grundpflege zu betrachten und damit keine TE. Allerdings ist eine beruhigende oder aktivierende Waschung als TE zu dokumentieren, da hier aus dem Blickwinkel der OPS-Kodes ein behandlungsspezifisches Moment zu erkennen ist. Hier liegt aus meiner Perspektive eine künstliche Trennung vor, die einerseits inhaltlich nicht tragbar und andererseits empirisch falsch ist. Inhaltlich sind alle drei skizzierten Waschungen bei vorliegender Indikation notwendig und implizieren einen Mehrwert für den Empfänger. Empirisch falsch ist es, künstliche Trennungen zu schaffen, ohne den Schnittpunkt klar und eindeutig zu definieren. Gerade im Pflegedienst fallen viele Leistungen an, die der somatischen „Grund- und Behandlungspflege“ zuzuschreiben sind. So sind beispielsweise die Pflegeleistungen bei einem psychisch akut erkrankten Menschen kaum in 25-Minuten-Einheiten planbar, wobei die zeitlichen Gesamtaufwendungen der Versorgung als hoch zu bewerten sind, wenn eine künstliche Trennung der Pflegeleistung erfolgt. Die bemängelte Trennung zwischen Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten ist aus Sicht der Psychiatrischen Pflege schon grotesk, da genau dieser Vorschlag mit ähnlicher Begründung für das Jahr 2012 ins Vorschlagsverfahren des DIMDI eingereicht und abgelehnt wurde (vgl. Tab. 1).

Die fehlende Korrelation zwischen Kosten und Therapieeinheiten müssen im Kontext der täglichen Praxis diskutiert werden. Unverständlich ist, dass das InEK nur bis zu einer Anzahl von 6 TE pro Woche pro Patient die Korrelationen berechnet. Menschen in stationärer psychiatrischer Behandlung, haben geringe Zeit mit Kollegen aus der Medizin pro Tag zur Verfügung. Die Ärztin / der Arzt hat viele Patienten zu versorgen, häufig mehr als eine Station. Die möglichen Kontakte reduzieren sich dementsprechend. Die Patienten haben aber die Möglichkeit, 24 Stunden, 7 Tage pro Woche mit der Psychiatrischen Pflege in Kontakt zu treten.

Die zeitliche Möglichkeit und die Anzahl an psychiatrisch Pflegenden, mit Patienten an der Herstellung unterschiedlicher Funktionsniveaus zu arbeiten, ist bezogen auf die Berufsgruppen, die von montags bis freitags ca. 8 Stunden in den Kliniken sind, um das ca. 6fache höher.

Es ist empirisch logisch, dass sich hier deutlich mehr Leistungen abzeichnen als in anderen Berufsgruppen. Dies ist dem InEK wahrscheinlich nicht bewusst. Im Jahre 2012 wurde der Psychiatrischen Pflege das telefonische Angebot des DIMDI nach Rücksprache mit dem InEK unterbreitet, aus dem TE System auszuweisen, da keine Kostentrennung zu erkennen sei. Auch die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft war und ist der Ansicht, dass die Psychiatrische Pflege doch Besseres zu tun habe als zu dokumentieren.

Vom Grundsatz stimmen wir der Abschaffung der TE zu, da bisher keine relevante Kostentrennung über die Berufsgruppen hinweg zu erkennen ist. Das empirische System der TE hat zu viele Mängel, als dass man hier große Erkenntnisse erhoffen kann. Vor diesem Hintergrund möchte sich die Berufsgruppe der Pflege mit allen anderen Berufsgruppen aus diesem System für die Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie verabschieden. Ein isolierter Ausstieg der Pflege kommt allerdings nicht in Frage. Zu einem Zeitpunkt, wo noch keiner genau sagen kann, wo sich das System in den nächsten Jahren hin entwickeln wird, wäre es fatal, sich als Pflege aus dieser Diskussion zu verabschieden.

#### **Ausblick**

Wir haben in den letzten Jahren versucht uns an der Entwicklung konstruktiv zu beteiligen. Diesen Weg werden wir auch weiter fortsetzen. Parallel wird die BFLK und DFPP nicht müde werden, auf die Gefahren des PEPP Systems hin-

zuweisen. Jedoch müssen wir uns der Situation des PEPP-Systems im Alltag stellen. Zurzeit versucht die Berufsgruppe über die Entwicklung von Markerkodes eine andere Denkweise ins System zu bringen. So haben wir für den Katalog 2014 einen Pseudo OPS-Kode "Pflegestufen" vorgeschlagen. Dieser Code könnte einmal pro Behandlung angegeben werden, wenn ein Patient eine vorhandene Pflegestufe nach SGB XII hat. Mit diesem Marker wäre klar expliziert, dass neben dem zu leistenden psychiatrischen Aufwand eine körperliche Grundversorgung notwendig ist, die durch den MDK geprüft und zeitlich beschrieben ist. Diesem Aufwand liegt keine Degression inne.

Eine weitere Entwicklung der Psychiatrischen Pflege liegt in Leistungsbeschreibungen, die einen Aufwand in der Mitte oder am Ende der Behandlung darstellen. Die durch das InEK errechnete Degression, bildet aus der Perspektive der Psychiatrischen Pflege nicht die reale Situation der Aufwände ab. Vielmehr scheint die Degression aufgrund fehlender Aufwandsindikatoren am Ende der Behandlung zu entstehen. Diese müssen zukünftig beschrieben und in das OPS-Verfahren eingebracht werden. Gerade der Wegfall der Psych-PV kann eine Bedrohung für eine humanistische, institutionelle psychiatrische Versorgung darstellen. In dem Moment, wo die Pflege als möglicher Kompensator für Kostensteigerung, Investitionskosten und Ressourcensteigerung anderer Akutere im System erhalten soll kann es für die Patienten gefährlich werden. Denn schon

heute macht die Psychiatrische Pflege mehr, als sich um ihre Kernleistung, die Auswirkung der Erkrankung auf den Alltag des Patienten, zu kümmern. Sie kompensiert das Fehlen vieler Ärzte in psychiatrischen Kliniken. Ohne qualitativ und quantitativ starke Pflege wird eine Krankenhausversorgung nicht denkbar sein. Das neue Entgeltsystem bringt aber auch Chancen mit sich. Durch die wahrscheinliche Reduktion der Liegezeiten wird die Nachfrage nach ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen wieder lauter werden. Die Ambulantisierung der psychiatrischen Krankenhausleistungen in Modellprojekten, in denen stationsersetzende Leistungen angeboten werden, werden zukünftig mehr Beachtung finden. Sollte das PEPP-System dazu führen, dass auf breiter Basis beispielsweise Home Treatment oder Community assertive Treatment Teams entstehen und dies zu einer ausreichend finanzierten gemeindepsychiatrischen Besservorsorgung kommt, läge dem PEPP-System eine positive Nebenwirkung inne.

Michael Löhr  
evangelische Fachhochschule  
der Diakonie Bielefeld  
michael.loehr@fhdd

#### **Literatur**

AG Psychiatrie und Psychosomatische, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2012) Betreuungsintensitätenmodell für den Behandlungsbereich Psychiatrie/Psychosomatik für Erwachsene. Im Internet: [http://www.g-drg.de/cms/content/download/3979/32389/version/1/file/Anlage+13+PSY\\_28112012.pdf](http://www.g-drg.de/cms/content/download/3979/32389/version/1/file/Anlage+13+PSY_28112012.pdf) Aufruf am 25.07.2013  
DIMDI (2010): Operationen- und Prozedurenschlüssel 2010. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2010/index.htm> (zuletzt geprüft am 11.12.2012).  
DIMDI (2011): Operationen- und Prozedurenschlüssel 2011. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2011/index.htm> (zuletzt geprüft am 11.12.2012).  
DIMDI (2013): Operationen- und Prozedurenschlüssel 2013. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2013/index.htm> (zuletzt geprüft am 11.03.2013).  
InEK (2013) Abschlussbericht PEPP-System 2013.

[http://www.g-drg.de/cms/content/download/4068/33007/version/1/file/Abschlussbericht\\_PEPP-System2013.pdf](http://www.g-drg.de/cms/content/download/4068/33007/version/1/file/Abschlussbericht_PEPP-System2013.pdf)  
Aufruf am 25.07.2013 Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>

# Zum Erhalt der Psychiatriepersonalverordnung

## Demonstration am 10.09.2013 in Düsseldorf

Ansprache von Dr. Stephan Rinckens

Sehr geehrte Frau Ministerin Steffens, sehr geehrte Landtagsabgeordnete, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind heute aus ganz Nordrhein-Westfalen hierhergekommen, um Ihnen, Frau Ministerin, stellvertretend für die Landesregierung unsere gesammelten Unterschriften zu übergeben. Wir wollen damit gegen die geplante Einführung des pauschalierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik kurz PEPP protestieren und für den Erhalt der Psychiatriepersonalverordnung demonstrieren. Wir finden es empörend, wie im bisherigen Verfahren, trotz der Festlegung im Gesetz, die einhellige Expertise aller Fachleute ignoriert wurde. Und – darauf muss ich nach Ihren Ausführungen, Frau Ministerin Steffens, noch einmal hinweisen – unsere Unterschriften sind nicht Ausdruck unserer Ängste um unsere Arbeitsplätze. Sie sind wohl Ausdruck unseres Ärgers darüber, wie unser gesammelter Sachverstand in dieser Diskussion ignoriert wird und wie unsere Proteste als persönliche Ängste und Befürchtungen verniedlicht werden!

Wir erwarten von Ihnen, dass Sie sich mit allen Mitteln dafür einsetzen, dass die Einführung des PEPP ausgesetzt wird und dass die von allen Fachverbänden einhellig vorgetragene Kritik ernsthaft gehört und bei der Entwicklung eines wirklich neuen Entgeltsystems berücksichtigt wird.

Das PEPP verdient seinen Namen nicht! Es hat überhaupt gar keinen PEPP!

Der Katalog ist ein billiger, phantasieloser Abklatsch des DRG-Systems. Er wiederholt die gleichen Fehler, setzt fatale Fehlanreize für die Entwicklung unseres Versorgungssystems und dient nur zum „Fliegenbeine zählen“.

Aber er ist völlig ungeeignet, um tatsächlich den am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlungsaufwand abzubilden. Damit ist durch die beabsichtigte Einführung des Katalogs die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen und vor allem für Menschen mit

schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen ernsthaft und wirklich sehr stark gefährdet. Die fachlich gute Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen ist bedroht. Die über 40 Jahre hinweg seit der Psychiatrie-Enquête mit Geduld, Sorgfalt und großem Einsatz entwickelten Strukturen sind gefährdet.

Dabei könnten in einer Neugestaltung unserer Finanzierungssysteme wirkliche Chancen liegen. Chancen, bestehende Fehlanreize in unserem System zu korrigieren und wirkliche Verbesserungen zu erreichen:

Wir könnten erreichen, dass unsere Finanzierungssysteme unsere therapeutischen Konzepte unterstützen würden und sie nicht konterkarieren. Dazu wäre freilich erforderlich, dass man die bereits beschriebenen Alternativen und die bestehenden und erprobten Modelle ernsthaft in Betracht zieht und man müsste bereit sein, ernsthaft hinzuschauen und zuzuhören und sich nicht vor lauter Misstrauen gegenüber den Ängsten der Mitarbeiter die Ohren verstopfen.

In einem konstruktiven und offenen Dialog mit allen Fachgesellschaften müsste sich ein gutes neues System entwickeln lassen, dass dann auch wirklich PEPP hätte. Wir fordern Sie dazu auf, sich dafür einzusetzen, dass ein solch konstruktiver und offener Dialog aufgegriffen wird. Unsere Unterschriften sollen dabei für Sie zugleich Aufforderung und Unterstützung sein. Sie sind ausdrücklich nicht Ausdruck unserer Angst um unseren Arbeitsplatz. Jeder von uns würde „mit Kusshand“ woanders wieder eine Stelle finden und wir Psychiatrietätigen sind auch keine ängstlichen Menschen!

Ich kann hier in der Kürze nicht all die Möglichkeiten darstellen. Aber ich will den Grundsatz und die Hauptrisiken deutlich machen. Für alles Weitere muss zunächst der PEPP-Katalog gestoppt werden. Dann kann ein neues System entwickelt werden.

Ich will kurz skizzieren was wir in der Psychiatrie brauchen und was unsere Hauptkritikpunkte am PEPP-Katalog sind:

Wir wissen aus allen Therapiestudien und aus der eigenen Erfahrung, dass der

wesentlichtherapeutische, helfende Wirkfaktor bei einer psychischen Erkrankung oder schweren Lebenskrise die gelungene persönliche therapeutische Begegnung und Beziehung zwischen dem Therapeuten – da meine ich wirklich alle Berufsgruppen – und den Patientinnen und Patienten ist. Psychiatrische Hilfe und Behandlung besteht nicht in der Abfolge von Prozeduren wie in der Montage eines Autos; sie besteht nicht in der Erfassung von Minutenwerten!

Was hilft, ist die Begegnung von Menschen. Die Begegnung von Menschen in einer Atmosphäre, die auf Förderung von Wachstum und Entwicklung ausgerichtet ist.

Begegnung und Beziehung ereignen sich aber in Raum und Zeit. Das Einzige was es braucht, ist also die Finanzierung von Raum und Zeit. So einfach ist das eigentlich!

Der Raum für die Begegnung, die Räume unserer Kliniken und Einrichtungen in den Gemeinden müssen zur Verfügung gestellt werden. Diese Räume müssen so ausgestaltet sein, dass sie die Behandlung unterstützen, die Begegnung fördern und die Autonomie und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten stärken und entwickeln helfen.

Der Behandlungsraum muss auch dem wechselnden Bedarf der Patientinnen und Patienten angepasst werden können. Das heißt, das Behandlungssetting – stationär, teilstationär oder ambulant – muss dem aktuellen Behandlungsbedarf angepasst werden können, ohne dass das (wie heute) zwangsläufig zur Unterbrechung der Behandlungskontinuität und zu einer Reduktion der zur Verfügung gestellten Begegnungszeit führt.

Auch für diese flexiblen Raumkonzepte und wechselnden Behandlungssettings gibt es längst gut erprobte Behandlungskonzepte und -modelle! Man muss nur hinschauen wollen!

Neben dem Raum muss auch die Zeit für die Begegnung zur Verfügung gestellt, das heißt auch finanziert werden.

Dazu gehört sowohl eine ausreichende Finanzierung des Lebensunterhalts der Patientinnen und Patienten durch Lohnersatzleistung oder entsprechende subsidiäre Hilfesysteme als auch die Finanzierung der notwendigen Personalressourcen.

Beide Seiten, Patienten und Therapeuten, müssen sich ja auf die Begegnung einlassen können. Und das geht nur, wenn beide Seiten dafür auch bezahlt werden!

Raum- und Zeitressourcen müssen also auf einer individuellen Ebene dem Bedarf des jeweiligen Patienten, auch im zeitlichen Wechsel, angepasst werden können. Raum und Zeit müssen aber auch auf einer übergeordneten Ebene dem sich ebenfalls wandelnden gesellschaftlichen Bedarf angepasst werden können. Das heißt, steigende Patientenzahlen fordern zwangsläufig einen höheren Raum- und Zeitbedarf. Die Finanzierung eines solchen Mehrbedarfs muss von einem Finanzierungssystem mitberücksichtigt werden. Es ist nicht akzeptabel, wenn dieses Morbiditätsrisiko einseitig zu den Krankenhäusern verlagert würde.

In diesem Kontext steht auch die Forderung des heutigen Tages:

Die Forderung nach dem Erhalt der PsychPV ist nicht eine egoistische, kurz-sichtige Forderung der Mitarbeitervertretung und ganz bestimmt nicht Ausdruck der Ängstlichkeit der Mitarbeiter!

Nein, die PsychPV orientiert sich eben an dem Bedarf der Patienten. Sie beschreibt Patientengruppen ohne dabei den Blick nur auf Diagnosen einzuengen.

Sie definiert für diese Patientengruppen Behandlungsziele, Behandlungsziele die durchaus weit über das unmittelbare Behandlungssetting hinaus, auch die Begleitung und Überleitung aus dem stationären in den ambulanten Bereich in den Blick nehmen.

Und sie leitet aus diesen Behandlungszielen Aufgaben für die jeweiligen Mitarbeitergruppen ab und erst dann, als letzten Schritt leitet sie aus diesen Aufgaben Zeitwerte für die einzelnen Berufsgruppen ab, die bedarfsorientiert den Patienten zur Verfügung gestellt werden müssen.

Sie fängt also nicht bei den Mitarbeitern an, sondern ganz patientenorientiert bei dem Bedarf der einzelnen Patienten und leitet daraus den Personalbedarf ab.

Wir fordern eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der von allen Fachverbänden einhellig vorgetragenen Kritik am PEPP-System und dem jetzt vorgelegten PEPP-Katalog für 2014.

Um eine solche ernsthafte Auseinandersetzung zu ermöglichen, muss die Umsetzung des PEPP ausgesetzt werden und

bedarf es einer mindestens zweijährigen weiteren Entwicklungsphase. In dieser Phase müssen auch die bereits beschriebenen und vorliegenden Alternativmodelle ernsthaft geprüft und weiterentwickelt werden. Völlig unangemessen ist ein Finanzierungssystem, das sich vorwiegend an Diagnosen statt am tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten orientiert und bei dem die Vergütung nicht dem wechselnden Behandlungsbedarf folgt, sondern einfach abnimmt, je länger ein Patient eine Behandlung benötigt. In einem solchen System, wie es zurzeit geplant ist, würden schwer kranke Menschen systematisch benachteiligt.

Ihnen würde die Solidarität unserer Gesellschaft damit aufgekündigt und das ist dann kein gesellschaftliches Randthema sondern von existentieller Bedeutung für uns alle. Daher müssen wir in den nächsten Wochen auf allen Ebenen und mit einer noch höheren Präsenz in der Öffentlichkeit dafür werben, diese Themen noch einmal gründlich zu überdenken.

Ein System mit wirklichem PEPP und echten Chancen für die Weiterentwicklung unserer Versorgungsstrukturen muss ein paar Prüfsteine bestehen:

Es würde sich in der Zeitbemessung am Bedarf der Patienten orientieren. Diesen Bedarf kann man tatsächlich abschätzen. Er korreliert nämlich mit klinischen Parametern, die wir alle in unserer täglichen Arbeit beschreiben. Solche Aspekte sind z.B. erworbene Bedürfnisse und Zielorientierungen, Lebenskompetenzen und Vulnerabilitäten; unterstützende und belastende Aspekte im sozialen Umfeld; Bereitschaft zur Mitwirkung; Schweregrad und Einschränkungen von psychischen Grundfunktionen; der Grad der Beeinträchtigung in der Selbstversorgung und der Bewältigung des Lebensalltags; Bedingungen des Behandlungssettings; aktuelle Bedürfnisse der Patienten; quantitative und qualitative Kompetenzen im therapeutischen Team; räumliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und regionale Aspekte der Vernetzung des Krankenhauses; Verbindlichkeit der Erbringung von bedarfsangepassten Komplexleistungen am geeigneten Ort.

Ein Finanzierungssystem mit PEPP würde den starren Bezug zwischen Finanzierung und Behandlungssetting überwinden und damit eine Kontinuität der Behandlungsbeziehung über die Grenzen der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsstrukturen hinweg ermöglichen; (in diesem Punkt sehe ich in der Tat ein Hauptproblem unseres Finanzierungssystems, das ein doppeltes Facharztsystem innerhalb und außerhalb des Krankenhauses vorsieht; hier werden

große Ressourcen – finanziell und personell – verschwendet und gerade schwer kranke Menschen werden in diesem System benachteiligt!).

Ein System mit PEPP würde den Bezug zwischen der Anzahl der behandelten Patienten angemessen berücksichtigen und nicht – wie jetzt geplant – das Budget trotz steigender Patientenzahlen festschreiben und so das ganze Morbiditätsrisiko ganz zu den Krankenhäusern verschieben.

Die PsychPV berücksichtigte bereits vor über zwanzig Jahren all diese Ansätze. Diese Aspekte müssen in einem neuen Finanzierungssystem mitberücksichtigt und weiter entwickelt werden.

Die PsychPV darf nicht ohne einen weiterentwickelten für alle Vertragspartner mindestens genauso verbindlichen Ersatz aufgegeben werden und „PEPP muss weg!“

Wir bitten Sie dringend und fordern Sie auf sich mit allen gebotenen Mitteln für diese Forderungen einzusetzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Stephan Rinckens  
ist Ärztlicher Direktor der  
LVR-Klinik Mönchengladbach

# Wie Zwang und Gewalt uns psychiatrisch Tätige herausfordern

## Viele Fragezeichen, viele Diskussionen

Michael Bormke

Die Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände (BAG GPV) vom 13. bis 14. Juni 2013 in Stuttgart stand unter der Überschrift »Zwang vermeiden – Verantwortung übernehmen – Hilfe vernetzen«. Durch diverse höchstrichterliche Entscheidungen ist in den letzten beiden Jahren die Diskussion um Zwang und Gewalt in der Psychiatrie neu entbrannt, die Veranstaltungen zu dem Thema häufen sich und sind erfreulich gut besucht. Nach Stuttgart waren gut 200 Menschen gekommen. Doch juristische und gesetzliche Vorgaben und deren Wandel sind das eine, die Herausforderungen für die Praxis das andere. Und hier bestach die Stuttgarter Tagung: Anhand mehrerer exemplarischer Fallbeispiele wurden Diskussionen im Rahmen einer simulierten Helferkonferenz auf dem Podium geführt, in denen die auch in der alltäglichen Praxis auftretenden Kontroversen zwischen »Liberalen« und »Beschützern« auf den Punkt gebracht wurden: »Muss denn erst was passieren?« Wie viel Freiheit zur eigenen Entscheidung überlasse ich einem Menschen, der aufgrund einer Depression zu mittelbarer Selbstgefährdung neigt? »Kann man das noch verantworten?« Bis zu welchem Maß schaue ich Eigen- und Fremdgefährdung eines drogenabhängigen Psychotikers zu, zumal wenn er wiederholt von Wohnungslosigkeit bedroht ist?

»Wegsehen oder Handeln?« Wie viel Selbstverantwortung überlasse ich einem schwer Demenzerkrankten mit mehreren somatischen Erkrankungen, der in seinem eigenen Haushalt weiterhin allein leben möchte?

»Das kann man doch nicht mit ansehen!« Was mache ich, wenn meine alkoholabhängige Betreute zur Not auch ihren Körper verkauft, um an Alkohol für sich und ihren Freund zu kommen, sich von mir aber nicht zu einem »besseren Leben« verhelfen lassen möchte?

### Gegensätzliche Meinungen aushalten

Es wurde schnell deutlich, wie weit auseinander die Positionen innerhalb eines Helfersystems, eines Teams oder auch

einer Familie sein können. Auf der einen Seite die Vertreter der persönlichen Freiheit und der bedingungslosen Akzeptanz des freien Willens, der dem Menschen unabhängig von psychischen Erkrankungen und von außen wahrgenommenen Einschränkungen innewohnt. Auf der anderen Seite die Vertreter des Anspruches auf unterstützende Hilfe, zur Not auch gegen den aktuell erklärten Willen des Betroffenen, mit dem Anspruch Leben und Gesundheit des Betreuten zu erhalten.

Kann ich als Mitarbeiter damit leben, dass die Akzeptanz des persönlichen Willens eines Menschen womöglich zur Folge hat, dass er in erheblichem Umfang sich selbst oder andere schädigt oder gar tötet? Fühle ich mich besser, wenn ein Betreuer an Leib und Leben unversehrt, aber fixiert und durch Psychopharmaka benebelt ist, weil er für seine Freiheit gekämpft hat? Ist die liberale Position zynisch, weil sie die psychische Erkrankung als unerheblich für die freie Willensbildung verklärt?

Kann man überhaupt von freiem Willen sprechen, wenn die Willensäußerung auf psychotischem Erleben oder unrichtigen Annahmen beruht? Ist die beschützende Position egoistisch, weil sie dem Helfenden zum erleichternden Wohlbefinden verhilft? Sind diese beiden Positionen überhaupt zu einer Synthese zu vereinen, oder kann nur ein fauler Kompromiss dabei herauskommen?

Die Veranstalter der Fachtage hatten den Mut, die unterschiedlichen Positionen stehen zu lassen und es auszuhalten, dass am Ende der Diskussion keine Lösungen in Sicht waren.

Und hier macht es klick. Entspricht das nicht genau unserem Alltag? Auch wenn es uns gelingt, die große Helferkonferenz mit allen am Betreuungssystem Beteiligten auf die Beine zu stellen, ist es unser täglich Brot, ohne eine alle Seiten befriedigende Lösung von dannen zu ziehen. Doch sich austauschen ist besser, als neue Wege zu geschlossenen Einrichtungen oder Zwangsmaßnahmen zu schaffen, so formulierte es Matthias Rosemann, Vorsitzender der BAG GPV, am Ende der Tagung.

### Sich nichts vormachen

Visionäre und Kostenträger erwarten in absehbarer Zeit eine Gemeindepsychiatrie ohne stationäre Wohnformen, weil der inklusive Sozialraum des Quartiers die Verantwortung für alle seine teilhabenden Mitglieder ohne Mitmachschranken übernimmt. Die Realität sieht anders aus. Auch darüber wurde in Stuttgart diskutiert. Über den permanenten Anstieg der Anzahl geschlossener Wohnheimplätze in der Gemeindepsychiatrie, über die dauerhafte geschlossene Unterbringung psychisch erkrankter Menschen auf »beschützenden Stationen« (welch schöner Euphemismus) von Altenheimen. Wie kann das angehen in einem Land, das die UN Behindertenrechtskonvention unterzeichnet hat? Es gibt kaum eine Äußerung zu der Zwangsdebatte, in dem diese nicht explizit gefeiert wird. Aber wie praxistauglich ist sie eigentlich für die Betreuung schwer psychisch Erkrankter? Selten habe ich eine Tagung mit so vielen Fragen verlassen. Genau so selten habe ich eine so leise und konzentrierte Diskussion mit meinen Mitarbeitern geführt, nachdem ich in einer Teamsitzung von meinen Tagungseindrücken berichtete. Wir haben letztendlich besprochen, dass wir uns das Thema viel bewusster machen und miteinander diskutieren wollen, wo aus unserer Sicht freiheitliche Grenzen vorhanden sind, woran wir die Grenzen festmachen und welche Form von beschützenden Zwang wir anwenden wollen.

Und so möchte ich auch Sie am Ende einladen, das Thema zu diskutieren (die Fallbeispiele eignen sich hervorragend) und herauszufinden, wo Sie und Ihr Team sich auf dem Kontinuum zwischen Freiheit und Beschützen befinden. Vermutlich eine der zentralsten und wichtigsten Positionen, die die Gemeindepsychiatrie vorhalten muss.

Michael Bormke leitet das Wohnheim Heiligenbaumstraße der Regenbogen-Duisburg GmbH.

Die Vorträge der Tagung sind auf [www.bag-gpv.de](http://www.bag-gpv.de) dokumentiert.



# „Verantwortung übernehmen für die Schwierigsten“ fällt schwer!

Anne Sprenger

Die Verlautbarungen, Tagungen, Seminare und Artikel zum Thema sind zahlreich und sicher gibt es im gemeindepsychiatrischen Alltag auch zahlreiche konkrete Bemühungen besonders schwer erreichbaren, psychisch erkrankten Menschen angemessene Hilfen zuteil werden zu lassen. Ein systematisches, fachlich abgestimmtes Vorgehen, die Umsetzung vorgeschlagener Lösungs- und Handlungsstrategien in der sozialpsychiatrischen Praxis lässt weiter auf sich warten.

Bis zum Beginn der 90er Jahre waren schwer psychisch erkrankte und suchtkranke Menschen auf Langzeitstationen der großen psychiatrischen Kliniken untergebracht. Der Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen erfolgte dann zwar im Zeitraffer allerdings ohne die Beteiligung und Einbeziehung der überforderten Bürgerinnen und Bürger der Gemeinden.

Tatsache ist, dass – trotz der Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote in den zurückliegenden 3 Jahrzehnten – Zwangsunterbringungen auf Grundlage des § 1906 BGB weiter steigen. 103 Verlegungen psychisch erkrankter Menschen unter 65 Jahren in Pflegeheime mit geschlossenen Abteilungen außerhalb der Versorgungsregion zu Lasten der Eingliederungshilfe sind durch eine rheinlandweite Untersuchung des LVR belegt. Der Ausbau forensischer Betten gibt zumindest Anlass zur Sorge. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass auch in den Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie eine „Forensifizierung“ schwerer psychisch erkrankter Menschen stattfindet. Innerhalb der letzten 10 Jahre ist der Anteil Psychose erkrankter Menschen unter den Forensikern um mindestens 30% gestiegen. Die Deckelung der Behandlungstage und ein hochschwelliger Zugang zu Angeboten der Eingliederungshilfe werden als mögliche Gründe vermutet.

Das neue Entgeltsystem für die psychiatrischen Krankenhäuser, das trotz massiver Proteste der Experten und Verbände von BGM Bahr i.R. der Ersatzvornahme nun eingeführt wird, hat nach einmütiger

Expertenmeinung für die chronisch psychisch erkrankten Menschen die fatale Auswirkung, dass dieser Personenkreis nach den Regeln dieses Entgeltsystems ökonomisch völlig unattraktiv sind. Die Wirkung kann sein, dass sich für diese Personen das Phänomen der „psychiatrischen Drehtür“ noch extremer als bisher zeigen wird, bzw. dass diese Personen als austerapiert klassifiziert werden und die Forderung nach – möglicherweise geschlossener – Unterbringung im Heim verschärft erhoben wird.

Daneben sieht die UN-BRK in Art.19.a vor, „dass Menschen mit Behinderungen ...die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“.

Gleichzeitig erwarten die Kostenträger der Eingliederungshilfe eine deutliche Umsetzung des lange geforderten Paradigmas „ambulant vor stationär“ mit entsprechender Konversion von stationären Plätzen in ambulante Betreuungsformen und einer Senkung der Kosten.

Gefordert ist die konsequente Umsetzung der Verwirklichung von Teilhabe (Inklusion). Behinderte Menschen sollen als gleichberechtigte Mitglieder der Gemeinden wahrgenommen werden. Ihre Lebenswelten und die Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger sollen in ihrer Vielfältigkeit uneingeschränkt im Gemeinwesen bestehen, sich einander ergänzen und gemeinsam weiterentwickeln, so dass das Ganze – inklusive Gemeinwesen – mehr als die Summe seiner Teile ist.

Zur Wahrung ihrer Teilhaberechte brauchen Menschen auch einen Zugang zur Teilnahme an Teilhabe- und Lebenschancen. Manche brauchen einen besonders niederschweligen Zugang. Mit den komplexen Verfahren zur Hilfebedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe sind insbesondere schwer chronisch psychisch erkrankte Menschen überfordert.

Es geht darum, diesen Menschen auf regionaler Ebene ein Gesicht und eine Stimme zu geben und ein kollektives Gedächtnis für sie und mit ihnen zu entwickeln,

um auf dieser Basis eine ernstgemeinte Verantwortungsgemeinschaft umzusetzen und mit Leben zu füllen. Im Rahmen eines beantragten Modellprojekts zur Schaffung inklusiver Beratungsstrukturen beim überörtlichen, rheinischen Sozialhilfeträger wollen wir nun exemplarisch in einer Region strukturelle Verbesserungen erreichen und Maßnahmen umsetzen, die uns diesem Ziel näher bringen. Dazu gehören die Etablierung gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungsteams (Klinik/Sozialpsychiatrisches Zentrum, gesetzliche Betreuer), Tandembetreuungen auch in Zusammenarbeit mit der Jugend- und Obdachlosenhilfe ebenso, wie ein Sorgentelefon für beunruhigte Bürgerinnen und Bürger oder Mentorenprojekte. Über die gesamte Laufzeit wird ein Beirat, bestehend aus Vertretern und Vertreterinnen des LVR, der DGSP/RGSP und der AGpR installiert werden. Erkenntnisse aus dem Projekt werden laufend veröffentlicht und allen gemeindepsychiatrischen Institutionen sowie der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Das Projekt soll im Hinblick auf wirksame Faktoren zur Gestaltung eines Sozialraumes auch für schwer erreichbare Menschen evaluiert werden.

Das Thema ist komplex. Der Weg von einer unbefriedigenden Bestandsaufnahme zum Ziel ist schwierig und lässt sich nur im Prozess mit vielen Beteiligten erarbeiten. Diesen Prozess endlich anzustoßen und den einfachen Lösungen des „Wegdelegierens“ zu widerstehen ist unser gemeinsamer Auftrag.

Anne Sprenger

# Kritische Stellungnahme zum Entwurf des neuen Wohn- und Teilhabegesetzes NRW (WTG 2013) aus Sicht der ambulanten Eingliederungshilfe

Franjo Köttgen

Die Landesregierung NRW hat im Landtag den Entwurf eines neuen Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG 2013) eingebracht, das zum 01.01.2014 in Kraft treten soll.

Im vorgelegten Entwurf zum WTG 2013 werden alle Dienste des ambulant betreuten Wohnens und in besonderem Maße die betreuten Wohngemeinschaften in der ambulanten Eingliederungshilfe dem Ordnungsrecht des WTG unterstellt. Dabei bleiben leistungsrechtliche Aspekte vom WTG – Entwurf ausdrücklich unberücksichtigt. Aus Betroffenenensicht sind die Zielsetzungen des WTG 2013 ausdrücklich zu begrüßen. Werden aus dieser Sicht die ordnungsrechtlichen Vorgaben des WTG – Entwurfs auf die ambulante Eingliederungshilfe angewendet, stößt man jedoch auf zahlreiche Widersprüche zwischen dem WTG – Entwurf und dem SGB als leistungsrechtliche Grundlage der Eingliederungshilfe sowie der bisherigen sinnvollen sozialpsychiatrischen Ausrichtung des ambulant betreuten Wohnens, wie sie von den Landschaftsverbänden als Kostenträger vorgegeben wird. Trotz aller Differenzierungen überträgt der WTG – Entwurf Maßstäbe der stationären Betreuung Pflegebedürftiger auf das ambulant betreute Wohnen psychisch beeinträchtigter Menschen.

In der Folge werden

- die Selbstbestimmungsrechte behinderter Menschen nicht geschützt, sondern ihre Grundrechte auf Privatsphäre, Unverletzbarkeit der Wohnung und informationelle Selbstbestimmung beschnitten,
- das ambulant betreute Wohnen hospitalisiert und kostenintensiver,
- die behinderten Menschen, ambulanten Dienste und Kostenträger in eine Rechtsunsicherheit gestoßen,
- die eine auch von der Landesregierung beabsichtigte strukturelle Entwicklung im Sinne der UN – Behindertenrechtskonvention abwürgt.

Die Zielsetzung des WTG 2013, selbstbestimmte Wohnmöglichkeiten für behinderte Menschen zu fördern, ist notwendig. Wegen der mangelnden Passgenauigkeit des Gesetzentwurfes ist aber eine gegenläufige Wirkung zu befürchten.

Beispiele für die befürchteten Widersprüche und kontraproduktiven Auswirkungen des WTG 2013 werden im Folgenden aufgelistet.

Widersprüche und kontraproduktive Auswirkungen des Entwurfs zum Wohn- und Teilhabegesetz 2013

## **1. Der WTG – Entwurf schließt alle Empfänger/-innen der Eingliederungshilfe von der Möglichkeit, in einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft selbstbestimmt zu leben, aus.**

Dieser – wahrscheinlich unbeabsichtigte – Ausschluss widerspricht der Zielsetzung des Gesetzes und entsteht allein durch die mangelnde Abstimmung zwischen dem WTG als Ordnungsrecht und dem SGB als Leistungsrecht. Würde der WTG – Entwurf unverändert vom Landtag verabschiedet werden, entscheidet allein das Vermögen der betroffenen Menschen – bei gleicher Beeinträchtigung, gleicher Hilfestellung und gleicher Immobilie -, ob sie in einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft leben können oder nicht. Der Landtag würde eine Gesetzeskonstellation kreieren, die arme Behinderte diskriminiert und deswegen gegen die UN – Behindertenrechtskonvention verstößt.

§24(2) bestimmt die unerlässlichen Kriterien für eine selbstverantwortete Wohngemeinschaft. Alle dort aufgeführten Bedingungen einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft lassen sich in der ambulanten Eingliederungshilfe ohne Schwierigkeiten realisieren bis auf die Vorgabe, dass die NutzerInnen einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft „über die Aufnahme neuer Nutzerinnen und Nutzer entscheiden“ (§24(2).c) können. Die Gesetzesbegründung konkretisiert, dass die NutzerInnen diese „Ent-

scheidungsbefugnis ohne Einflussnahme Dritter“ (S. 102) ausüben können müssen, dass sie dabei eine „ausschließliche Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeit“ (S. 103) besitzen müssen und dass „die Vorschriften des Mietrechts insoweit unberührt bleiben“ (S. 102).

Wiewohl auch dieses Selbstbestimmungsrecht wünschenswert ist, wird es durch geltendes Bundesrecht verhindert. Das SGB XII (§§85, 87, 90Abs.2Nr.9 i. V. mit §1Abs.1Nr.1b der VO zu §90 SGB XII) verlangt den privaten Einsatz sämtlichen verwertbaren Vermögens (einschließlich eines Immobilienbesitzes, der über den notwendigen persönlichen Gebrauch hinausgeht) bis zu einem Schonvermögen von nur 2.600 €, bevor staatliche Eingliederungshilfe gewährt wird. Ein behinderter Mensch muss verarmt sein, bevor er Eingliederungshilfe zur Kompensation seiner Behinderung erhält. EmpfängerInnen der Eingliederungshilfe können keinen Wohnraum für eine Wohngemeinschaft erwerben und besitzen und somit auch nicht vermieten. Sie sind i. d. R. abhängig von Grundsicherung oder Arbeitslosengeld II. In den gesetzlichen Grenzen des SGB XII oder II ist es ihnen auch verwehrt, als gemeinschaftliche Hauptmieter einer großen Wohnung an einzelne Mitbewohner unterzuvermieten. Schon die finanzielle Belastung eines einmonatigen Mietausfalls für ein Wohngemeinschaftszimmer würde alle verbleibenden Bewohner unter das Existenzminimum treiben, weil geltendes Sozialrecht solche Lebensformen und Kompensationen nicht vorsieht.

Unter diesen gesetzlichen Bedingungen sind die Betroffenen darauf angewiesen, dass engagierte Anbieter des ambulant betreuten Wohnens den rechtlichen und finanziellen Freiraum schaffen, der ihnen eine Wohngemeinschaft ermöglicht.

Die Anbieter tun das bisher ohne Investitions-, Unterhaltungs-, Verwaltungs- oder Ausfallkosten staatlich refinanziert zu bekommen und übernehmen notgedrungen das finanzielle Risiko, aber auch die mietrechtliche Verantwortung.

Sie gleichen damit die Behinderungen der Betroffenen durch das Sozialrecht (wie auch durch den Wohnungsmarkt) aus. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen kann den Betroffenen sehr wohl ein größtmögliches Mitbestimmungsrecht, auch über die Auswahl neuer Mieter, gegeben werden, indem der Anbieter als formaler Vermieter sich nach dem Votum der WG-Bewohner/-innen richtet.

## **2. Der WTG – Entwurf ist verfassungswidrig, weil er die Grundrechte auf Privatsphäre, Unverletzbarkeit der Wohnung und informationelle Selbstbestimmung einschränkt.**

Da das WTG 2013 den Empfänger/-innen der Eingliederungshilfe eine selbstverantwortete Wohngemeinschaft verwehrt, werden alle betreuten Wohngemeinschaften (WG) in der Eingliederungshilfe per Definition zu anbieterverantworteten Wohngemeinschaften, was wiederum die WG-Bewohner/-innen in ihren Grundrechten eingeschränkt. Das widerspricht dem erklärten Zweck des Entwurfs, durch den nach §1 „die Würde, die Rechte, die Interessen und Bedürfnisse der Menschen“ auch in der ambulanten Eingliederungshilfe geschützt werden sollen.

Zwar fordert §27(2) bezüglich der Wohnqualität ein Recht auf Privatsphäre, gleichzeitig unterwirft er aber die Gestaltung der WG-Räume (neben ihrer Größe und Anzahl) anderen nicht näher benannten Rechtsnormen. WG-Bewohner/-innen konnten bisher ihre gesamte Wohnung wie unbehinderte Mieter/-innen frei gestalten. Zukünftig müssen sie wohl besondere Auflagen berücksichtigen, womöglich feuerpolizeiliche Auflagen wie für Heime oder öffentliche Räume. Zumindest die selbstbestimmte Gestaltung ihrer Individualbereiche billigt ihnen §27(3) zu, doch auch diese sollen zukünftig gegen ihren Willen verändert werden dürfen, wenn dies „aus Gründen der Betreuung ... zwingend erforderlich“ erscheint. Dürfte demnach z.B. einem Internet- und Spielabhängigen der private Internetzugang (die Einrichtung des Individualbereichs mit einem internetfähigen PC) genommen werden? Das Grundgesetz gewährt dagegen auch behinderten Menschen ein Selbstbestimmungsrecht. Zumal in ihrer privaten Wohnung dürfen sie auch das ausleben, was andere ggf. als krank oder selbstschädigend bewerten würden. Diese und andere Einschränkungen des Grundrechts der Unverletzbarkeit der Wohnung

werden vom WTG – Entwurf weder ausgewiesen (was wiederum ein Verstoß gegen das Grundgesetz, Artikel 13 Absatz 1 – Zitiergebot – darstellt) noch in der Gesetzesbegründung problematisiert. Die Möglichkeit zur Grundrechtseinschränkung bleibt rechtlich völlig unbestimmt und dürfte schon daher vor keinem Verfassungsgericht Bestand haben. Darf der Anbieter, der Kostenträger oder die zuständige Ordnungsbehörde gegen den Willen der WG-Bewohner/-innen in den Individualbereich eingreifen oder bedarf es dazu eines psychiatrischen Gutachtens und eines Gerichtsbeschlusses? Müsste dazu nicht auch das PsychKG erweitert werden?

Nach §28(2) „kann die zuständige Behörde die ständige Anwesenheit einer Fachkraft anordnen“, sofern es der Betreuungsbedarf mindestens einer Nutzerin oder eines Nutzers erfordert. Weil ein solcher Bedarf möglicherweise von der Behörde, nicht aber von den Betroffenen gesehen wird (bei als psychisch krank angesehenen Menschen eine nicht eben unwahrscheinliche Konstellation), werden hier Grundrechtseinschränkungen und Fremdbestimmungen eröffnet, die durch das PsychKG oder andere Gesetze nicht legitimiert sind. Die potentielle ständige Anwesenheit einer Fachkraft würde zudem ein Dienstzimmer in jeder WG erfordern, was ihren Charakter als private Wohnung zerstört.

§29 gibt den WG-Bewohner/-innen Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte. „Der Mitbestimmung unterliegen die Grundsätze der Verpflegungsplanung sowie der Unterkunft und Betreuung, die Freizeitgestaltung und die Hausordnung in der Wohngemeinschaft“ (§29(2)). Klient/-innen der Eingliederungshilfe haben keine Mitbestimmungsrechte, sondern Selbstbestimmungsrechte wie andere Bürger/-innen auch. Über die Wahl und Gestaltung ihrer „Unterkunft“, über die Ziele und Formen ihrer Betreuung, über ihre Verpflegung und Freizeitgestaltung entscheiden sie selbstverantwortlich in einer WG wie in einer Wohnung für sich alleine.

Nach der Durchführungsverordnung zum WTG 2013 müssen alle Anbieter des ambulant betreuten Wohnens (auch die, welche keine Wohnangebote machen!) die Umsetzung der Individuellen Hilfepläne dokumentieren und nach Anforderung den Ordnungsbehörden zugänglich machen (siehe DVO §§ 34 und 37 i. V. m. §24). Damit werden nicht nur Informationen über die Arbeit der Anbie-

ter, sondern vielmehr über die betreuten Menschen weitergeleitet, die in einem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Fachkraft und Betreuer/Betreutem unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten auch von den Betreuten selber aufgezeichnet wurden. Diese persönlichen Daten sind umfassend und höchst privat. Zur Überprüfung der Anbieterleistung sind sie ungeeignet. Dazu gibt es unabhängig vom WTG Berichtspflichten der Anbieter an die Landschaftsverbände über strukturelle Daten (z.B. Aus- und Fortbildungsniveau der MitarbeiterInnen, Vernetzung in lokale und fachliche Strukturen). Die Weitergabe dieser individuellen, höchst persönlichen Informationen und Selbstbekenntnisse von Klienten der Sozialpsychiatrie an die Ordnungsbehörden ist unsinnig, bedroht das vertrauensvolle Arbeitsverhältnis zwischen Betreuten und Fachkräften und verletzt in grober Weise die Grundrechte auf eine Privatsphäre und informationelle Selbstbestimmung.

## **3. Der WTG – Entwurf ist mit dem SGB als Leistungsrecht nicht kompatibel und widerspricht damit Bundesrecht. Er ist nicht kostenneutral, sondern verteuert die ambulante Eingliederungshilfe.**

In §26 werden die Anbieter betreuter Wohngemeinschaften in der ambulanten Eingliederungshilfe für „die haus-, zahn- und fachärztliche sowie die gesundheitliche Betreuung“ der WG-Bewohner/-innen sowie für „die nutzerbezogene und ordnungsgemäße Aufbewahrung der Arzneimittel“ verantwortlich gemacht. Dies sind Aufgaben, die durch Anbieter der ambulanten Eingliederungshilfe, einer Sonderform der Sozialhilfe, nicht übernommen werden dürfen und von den Kostenträgern des ambulant betreuten Wohnens für wesentlich Behinderte nicht finanziert werden.

Selbst die Aufstellung und Umsetzung der Individuellen Hilfepläne in der ambulanten Eingliederungshilfe können die Anbieter alleine nicht gewährleisten (wie es im WTG-Entwurf gefordert wird), weil sie dabei immer von dem Willen und der Mitwirkung ihrer KlientInnen abhängig sind. Nach dem WTG-Entwurf dürfen die Betreuten diese Angelegenheiten auf Wunsch eigenverantwortlich regeln oder an den Anbieter delegieren.

Eine mögliche Verantwortungsdelegation widerspricht aber dem Grundgedanken der ambulanten Eingliederungshilfe insbesondere bei den psychisch beeinträchtigten Menschen, die in ihrer Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und aktiven Teilhabe unterstützt werden sollen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe.

Die potentielle ständige Anwesenheit einer Fachkraft in der Wohngemeinschaft ist leistungsrechtlich ungeregt. Soll sie als Erweiterung der ambulanten Eingliederungshilfe durch die Landschaftsverbände finanziert werden oder durch die Kommunen als zusätzliche Kosten der Unterkunft? Die Möglichkeit, die in der Gesetzesbegründung erwogen wird, dass „bei fehlender leistungsrechtlicher Refinanzierung der Betreuungsbedarf einer Nutzerin/eines Nutzers durch die anderen (WG – Bewohner) mit finanziert werden müsste“ (s. S. 107), ist jedenfalls völlig unrealistisch und sozialrechtlich indiskutabel.

Für Zeiten, in denen eine ständige Anwesenheit einer Fachkraft in der Wohngemeinschaft nicht erforderlich ist, schreibt §28(2) vor, „dass jederzeit in angemessener Zeit im Bedarfsfall eine zur Leistung des konkreten Betreuungsbedarfs geeignete Fachkraft zur Verfügung steht“. Dies begründet auch in der ambulanten Eingliederungshilfe einen Rechtsanspruch auf einen umfassenden Bereitschaftsdienst, der von den Landschaftsverbänden zusätzlich finanziert und von den Anbietern organisiert werden müsste.

Zusätzliche Kosten provoziert der WTG-Entwurf ggf. auch durch seine Anforderungen von

- Barrierefreiheit (siehe §4(1)). Meint das auch rollstuhlgeeignete Wohnraumangebote für psychisch, aber nicht körperlich Behinderte?
- einem Qualitätsmanagement (siehe §4(3)), das aufwändiger, nicht aber zielführender ist als die Qualitätsanforderungen der Landschaftsverbände.
- der Einbindung von Hauswirtschaftsfachkräften (siehe §28(3)), die zumindest beim ambulant betreuten Wohnen psychisch beeinträchtigter Menschen keinen Sinn macht. Auch hier sind sozialpädagogische und -psychiatrische Fachkompetenzen

notwendig, weil diese Betreuten durchaus körperlich und intellektuell zur eigenständigen Hauswirtschaft fähig wären, aber durch ihre psychische Beeinträchtigung diese Kompetenz nicht umsetzen können.

#### **4. Der WTG-Entwurf wird mit seinen baulichen Anforderungen genau den Teil der ambulanten Eingliederungshilfe vernichten, den er als besonders unterstützungs- und förderungswürdig bezeichnet.**

An anbieterverantwortete Wohngemeinschaften stellen der WTG-Entwurf und seine Durchführungsverordnung bauliche Anforderungen, die sich an Heimen orientieren. Ohne Einführung einer staatlichen Investitionskostenerstattung wie bei Heimen und stationären Pflegeeinrichtungen werden so betreute Wohngemeinschaften in der ambulanten Eingliederungshilfe finanziell verhindert.

Für den Individualbereich bestimmt §26 der DVO: „Für jeweils höchstens vier Nutzerinnen und Nutzer muss ein Duschbad mit WC vorhanden sein.“ Die Fläche von Einzelzimmern muss mindestens 14 qm betragen. Bei bestehenden Wohngemeinschaften im Gebäudebestand kann die zuständige Behörde Abweichungen zulassen, wenn dies durch größere Gemeinschaftsflächen ausgeglichen wird. Die Einzelzimmer „müssen über die baulich-technischen Voraussetzungen für Rundfunk- und Fernsehempfang sowie die Nutzung von Telefon und Internet verfügen. Die Fenster und Fassaden sind so zu gestalten, dass auch bei Bettlägerigkeit Blickbezüge zum Außenbereich ermöglicht werden. Auf Wunsch ... der Nutzerinnen und Nutzer müssen die technischen Voraussetzungen zur Inbetriebnahme einer Notrufanlage vorgehalten werden“ (DVO §26(4)).

Für die Gemeinschaftsbereiche bestimmt §27 der DVO, dass mindestens ein Gemeinschaftsraum vorhanden ist, der ohne Küche eine Mindestfläche von drei qm je Nutzerin und Nutzer hat, bei integrierter Küche muss er entsprechend größer sein. Bei bestehenden Wohngemeinschaften kann die zuständige Behörde Abweichungen zulassen, wenn dies durch größere Wohnflächen im Individualbereich ausgeglichen wird.

Die Entwürfe des WTG und der Durchführungsverordnung sehen hinsichtlich dieser baulichen Anforderungen keinen Bestandschutz für bestehende anbieterverantwortete Wohngemeinschaften vor!

Diese Wohngemeinschaften müssen also spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten des Entwurfes die Anforderungen nach Anzahl der Duschkabinen sowie Größe der Einzelzimmer und Gemeinschaftsräume erfüllen. Notwendige Umbaumaßnahmen in den bestehenden Immobilien (die zum Teil von den Leistungsanbietern nur angemietet sind) werden technisch und rechtlich nicht immer möglich und in der Regel von den Anbietern in der ambulanten Eingliederungshilfe nicht zu finanzieren sein, da sie dafür keinerlei Finanzierung erhalten. Einer Kostenumlage auf die Mieter, z.B. weil die Anzahl der Einzelzimmer in einer bestehenden Wohngemeinschaft reduziert werden muss, wird durch die Begrenzungen der Mietkostenübernahme im Rahmen des ALG II bzw. der Grundsicherung enge Grenzen gesetzt und ist im Interesse der Hilfeempfänger nicht wünschenswert. Nach Inkrafttreten des WTG 2013 werden Anbieter bestehende Wohngemeinschaften auflösen müssen und geeigneten Wohnraum für neue Wohnungsangebote kaum finden und finanzieren können. Die Empfänger/-innen der Eingliederungshilfe in Wohngemeinschaften werden ihren Wohnraum verlieren ohne Chance, eine neue betreute Wohngemeinschaft zu finden. Falls sie nicht alleine wohnen können oder wollen, werden sie in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie gedrängt. Für die betroffenen Behinderten ist das WTG 2013 die Androhung ihrer gesellschaftlichen Exklusion, obwohl die Landesregierung ihre Inklusion beabsichtigt hat.

Franjo Köttgen  
Fachlicher Leiter Ambulant  
Betreutes Wohnen, Düsseldorf  
www.bfp-dus.de  
koettgen@bfp-dus.de

# Stellungnahme der „Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.“ (RGSP) zum Entwurf des Gesetzes GEPA NRW, Wohn- und Teilhabegesetz (WTG):

Stefan Corda-Zitzen

Sehr geehrte Damen und Herren, die RGSP ist der größte regionale Ableger der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, dem größten berufsgruppenübergreifenden Fachverband für Psychiatrie in Deutschland.

Uns ist bekannt, dass Ihnen von Seiten der Wohlfahrtsverbände als auch von anderen Fachverbänden zahlreiche Stellungnahmen in aller Ausführlichkeit zum Entwurf des Gesetzes GEPA, NRW, Artikel 2, Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), Fassung 11.07.2013, erste Lesung Landtag NRW, vorliegen.

Deshalb möchten wir in kurzen Sequenzen darlegen, dass wir, wie die meisten anderen Fachverbände auch, einige Punkte für unbedingt überarbeitungswert halten.

## Der Entwurf GEPA NRW gefährdet aus unserer Sicht die Weiterentwicklung ambulanter Eingliederungshilfe vor allem für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen

Ein jahrelanger Aufbau und auch gleichzeitiger Kampf, Menschen mit einer psychischen Erkrankung und psychischen Behinderung ein selbständiges Wohnen zu ermöglichen, würde mit Umsetzung des Entwurfes bisherige und zukünftige Arbeit gemeindepsychiatrischer Träger zu Nichte machen. Diese Träger mieten in der Regel Wohnraum an, um psychisch kranken Menschen per Untermietvertrag überhaupt ein selbständiges Wohnen zu ermöglichen. Ohne dies haben psychisch kranke und behinderte Menschen kaum Chancen auf dem Wohnungsmarkt. Die Träger tragen hier schon das finanzielle Risiko, denn sie müssen für die Mieten etc. aufkommen, auch wenn Leerraum oder Zahlungsunfähigkeit eines „Untermieters“ auftreten.

Mit Umsetzung des Entwurfes, Stand 11.07.13, werden gemeindepsychiatrische Träger mit großer Wahrscheinlichkeit ihr Engagement als Vermieter möglichst schnell beenden, da sie einer Reihe von

Anforderungen des Gesetzes nicht nachkommen können. Zu nennen wäre da vor allem die Entscheidung bei **selbstverantworteten Wohngemeinschaften (§24, (2), 2)**, dass über die Aufnahme neuer Nutzerinnen und Nutzer die Bewohner entscheiden. Die Bewohner haben in der Regel Einzelmietverträge, d.h. rechtlich haben diese gar nicht die Möglichkeit über Aufnahmen eines neuen Bewohners zu entscheiden. Ebenso sprechen je nach Krankheitsbild fachliche Gründe gegen diesen Punkt.

Durch Einstufung einer Wohngemeinschaft als **anbieterverantwortete Wohngemeinschaft** werden die Bewohner bzw. Mieter Heimbewohnern fast gleichgesetzt. Diese Bereiche sind jedoch fachlich als auch inhaltlich völlig unterschiedlich. In Wohngemeinschaften ist die Betreuung wesentlich mehr an die Wünsche und Bedürfnisse der Mieter orientiert, soweit sie das überhaupt zulassen können.

Der im Entwurf aufgeführte Kriterienkatalog (**§ 10, (1) Dokumentationspflichten**) orientiert sich aus unserer Sicht an der Angebotsform Wohnheim und ist hierfür sicherlich im Großen und Ganzen auch angemessen. Für die ambulante Eingliederungshilfe bzw. das Ambulant Betreute Wohnen, und damit auch für Wohngemeinschaften, ist er fachlich nicht haltbar. Wir sprechen hier von individuellen Hilfen. Diese sehen bei jeder Klientin bzw. jedem Klienten anders aus. Beispielsweise Geldeinteilung, Versorgung mit Arzneimitteln oder gar Vereinbarungen mit Ärzten unterliegen dem Selbstbestimmungsrecht der Mieter und spielen im alltäglichen Betreuungskontext teilweise eine untergeordnete oder gar auch gar keine Rolle. Die vorausgesetzte Kooperationsbereitschaft und Verbindlichkeit seitens der Nutzer ist an dieser Stelle noch gar nicht berücksichtigt.

Durch die behördliche Qualitätssicherung, **§ 30, (2+3) i. V. m. § 14**, können sog. Regelprüfungen und anlassbezogene Prüfungen erfolgen. Wiederum ist hier kaum

ein Unterschied bei den Prüfungsvorgaben für Heime und Wohngemeinschaften wahrnehmbar. Die besondere Situation einer Wohngemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen, gerade im Hinblick auf Selbstbestimmung, Teilhabe und Verbraucherschutz sollte aber bei der behördlichen Qualitätssicherung an dieser Stelle im Vordergrund stehen.

Auch die **Barrierefreiheit § 4, (1)** erinnert eher an den Heimbereich als an die Realität von Mietwohnungen, in denen in der Regel Wohngemeinschaften für psychisch kranke und behinderte Menschen gegründet werden. Fachliche Konzepte treten hier für bauliche Begebenheiten bzw. Voraussetzungen in den Hintergrund. Damit verbunden sind an dieser Stelle die **Anforderungen an die Wohnqualität § 27, (2)** zu nennen. Wie schon eingangs erwähnt, insbesondere seit der Hartz IV Gesetzgebung, ist es sehr schwer in NRW bezahlbaren Wohnraum zu finden, in Verbindung mit einer psychischen Behinderung umso schwerer. Die meisten Wohnungen entsprechen nicht den geforderten Standards geschweige denn sind sie mit den Anforderungen zu finanzieren. Auch hier erinnert die Vorgabe wieder an die Heime.

## Beispiele:

*§26 der DVO: „Für jeweils höchstens vier Nutzerinnen und Nutzer muss ein Duschbad mit WC vorhanden sein.“ Die Fläche von Einzelzimmern muss mindestens 14 qm betragen. Bei bestehenden Wohngemeinschaften im Gebäudebestand kann die zuständige Behörde Abweichungen zulassen, wenn dies durch größere Gemeinschaftsflächen ausgeglichen wird. Die Einzelzimmer „müssen über die baulich-technischen Voraussetzungen für Rundfunk- und Fernsehempfang sowie die Nutzung von Telefon und Internet verfügen.*

*Die Fenster und Fassaden sind so zu gestalten, dass auch bei Bettlägerigkeit Blickbezüge zum Außenbereich ermöglicht werden.*

*Auf Wunsch ... der Nutzerinnen und Nutzer müssen die technischen Voraussetzungen zur Inbetriebnahme einer Notrufanlage vorgehalten werden“ (DVO §26(4)).*

Weiter in §27 der DVO, mindestens ein Gemeinschaftsraum muss vorhanden sein, der ohne Küche eine Mindestfläche von drei qm je Nutzerin und Nutzer hat, bei integrierter Küche muss er entsprechend größer sein. Bei bestehenden Wohngemeinschaften kann die zuständige Behörde Abweichungen zulassen, wenn dies durch größere Wohnflächen im Individualbereich ausgeglichen wird. Gemeindepsychiatrische Träger werden infolge der Bestimmungen die Bereitstellung entsprechenden Wohnraums beenden, d.h. EmpfängerInnen der Eingliederungshilfe in Wohngemeinschaften werden ihren Wohnraum verlieren ohne Chance, eine neue betreute Wohngemeinschaft zu finden. Falls sie nicht alleine wohnen können oder wollen, werden sie

in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie gedrängt. Für die betroffenen Behinderten ist das WTG 2013 die Androhung ihrer gesellschaftlichen Exklusion, obwohl die Landesregierung ihre Inklusion beabsichtigt hat.

Man scheint ständig zu vergessen, dass bei ambulanten Wohngemeinschaften eine andere Finanzierung vorliegt als im Heimbereich. Die Bereitschaft der Gemeindepsychiatrischen Träger, Wohnraum anzumieten und unterzuvermieten ist schon jetzt, da sie das alleinige Risiko tragen und für diese Leistung keinerlei Refinanzierung erhalten, nicht hoch genug anzuerkennen. Von daher ist es nicht nur zu befürchten, dass diese sich bezüglich ambulanter Wohngemeinschaften zurückziehen, wenn der Entwurf umgesetzt wird, sondern klar und deutlich vorherzusehen.

Abschließend ist die **Anordnung der ständigen Anwesenheit einer Fachkraft, § 28 (2)**, zu erwähnen. Dies ist nicht nur nicht umsetzbar, sondern aus

weiter oben schon erwähnten Gründen völlig realitätsfremd. Zusammengefasst: Klienten des Betreuten Wohnens haben ein grundgesetzlich geschütztes Selbstbestimmungsrecht. Das Ausmaß von Hilfe, die sie entgegen nehmen, und die Präsenz von Fachkräften in ihrer Wohnung, unterliegen auch diesem Selbstbestimmungsrecht. Die Anordnung der Anwesenheit einer Fachkraft durch die Heimaufsicht in der Wohnung der Klienten widerspricht diesem Recht und ist räumlich häufig gar nicht möglich. Die Betreuung in Wohngemeinschaften wird in NRW nach wie vor über Fachleistungsstunden finanziert - durchschnittlich 3 bis 4 Fachleistungsstunden pro KlientIn wöchentlich rheinlandweit. Neben dem fachlich falschen Ansatz ist dies finanziell gar nicht umsetzbar.

Mit freundlichen Grüßen  
Stefan Corda-Zitzen  
Vorsitzender

## **ADHS – Kindern, die aus dem Rahmen fallen, helfen!**

### **RGSP und DGSP-Fachtag im Kölner Horion-Haus**

#### **Tagungsbericht**

Vor nicht ganz 20 Jahren wurde das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) von der American Psychological Association erstmals als Krankheit definiert, fünf Jahre später wurde diese Diagnose 5000 Mal gestellt, im Jahr 2011 hat sich die Zahl der Diagnosen allein in Deutschland um das 150-fache auf 750 000 Fälle – darunter betroffene 60 000 Erwachsene – erhöht. Eine Statistik, die Professor Dr. med. Peter Schönhöfer auf dem gemeinsam von der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (RGSP), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) und dem Landschaftsverband Rheinland veranstalteten Fachtag „ADHS – Kindern, die aus dem Rahmen fallen, helfen“ in Köln Deutz vorstellte. Was der ehemalige Direktor des Instituts für Pharmakologie am Klinikum Bremen-Mitte hier allein in Zahlen nennt, zeigt, wie sehr das Thema ADHS vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Vordergrund gerückt ist. Und, aus Sicht der DGSP,

wie dringend es auch einer Bearbeitung der Sozialpsychiatrie im Dialog und mit den verschiedenen, an der Diagnose und Behandlung beteiligten Akteuren bedarf. „Es ist wichtig, dass sich verschiedene Berufsgruppen austauschen und vernetzen“, so der RGSP-Sprecher Stefan Corda-Zitzen. Eine erste Gelegenheit bot sich nun mit dem Kölner Fachtag ADHS – Kindern, die aus dem Rahmen fallen, helfen!“. Auf dem mit mehr als 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausbuchten Fachtag hatten sich tatsächlich sehr gemischt Mitarbeitende aus Psychiatrie und Pädagogik, aber auch Angehörige und Betroffene eingefunden. Positioniert hatte sich die DGSP bereits im Frühjahr mit der Herausgabe der Broschüre „Eine Generation wird krankgeschrieben“ mit der darin von Dr. Charlotte Kötting, Sprecherin des DGSP-Fachausschusses Kinder- und Jugend sowie von dem Pädagogen und Psychologen Stephan Richter klar formulierten Kritik an der drastisch gestiegenen Verordnung

von Methylphenidat (Ritalin) und der Forderung nach einer Pharma-unabhängigen Forschung. „Es muss uns doch brennend interessieren, wie man ohne diese Mittel, die ja auch sehr in die psychische Persönlichkeit eingreifen, auskommen kann“, betonte Kötting vor dem Kölner Auditorium. Ein Mittel, das wie der Pharmakologe Schönhöfer zuvor und von den Kritikern unwidersprochen ausgeführt hatte, zu Wachstumsstörungen führen kann und dessen Langzeitwirkung bislang keineswegs ausgelotet ist. Und das, ebenfalls nicht erforscht, so ein Beitrag aus dem Publikum, Nebenwirkung auf emotionaler Ebene zeitigt. Dennoch verteidigten der Kinderfacharzt Dr. Hans-Ulrich Umpfenbach und Dr. Ingo Spitzcok von Brisinger, ärztlicher Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen, die Gabe von Ritalin. „Ohne die Medikation geht es ab und zu nicht“, so Umpfenbach, der einen vom Therapeutennetzwerk Viersen erarbeiteten Therapieplan erklärte,

in dem neben der Psychoedukation oder Elternberatung auch die medikamentöse Behandlung als „Modul“ rangiert. Wie positiv aber gerade die Psychotherapie in einer ADHS-Therapie wirken kann, belegt eine Studie, die die Kinder- und Jugendpsychiaterin Anna Sant'Unione vorstellte. Viel erreicht ist, wenn die Kinder zu dem Empfinden kommen, „das zu tun, was ansonsten das Medikament für mich gemacht hat als ein Stück Verantwortungübernahme“, sagt sie. „Dann sagen die Kinder nicht mehr, ich verhalte mich so wie mein Gehirn es macht, und es passiert mir, dass ich jemanden schlage, da kann ich nichts dafür“. Sie sagten viel mehr: „Wenn ich jemanden schlage, dann war ich sauer, das war meine Wut und wie ich mit meiner Wut umgehe, das entscheide ich.“ Freilich, „das ist ein langer Prozess, es braucht alles seine Zeit“, beschrieb sie die durchschnittlich zweijährige Behandlungszeit. Zeit, wenn auch nach seinem Beispiel ge-

rade einmal sieben Sitzungen, benötigt auch das Elterntaining, das Dr. Marco Walg aus dem LVR-Klinikum Düsseldorf wissenschaftlich begleitet. Allein die Korrektur der nach langer Leidenszeit verzerrten Wahrnehmung, die Suche nach kleineren, realistischen Erwartungszielen, das Einüben von Familienritualen – täglich eine halbe Stunde gemeinsam und positiv verbrachte Zeit – bewirken keine Heilung aber eine deutliche Alltagserleichterung.

Und genau darum, um die Bewältigung des Alltags, dreht sich der Leidensdruck der Betroffenen und Angehörigen. „Ohne Arznei ist unser Alltag Ausnahmezustand“, beschrieb sehr eindrücklich in einer Gesprächsrunde mit der Moderatorin Cornelia Benninghoven eine Mutter von sechs Kinder, von denen zwei mit der Diagnose ADHS aufwachsen. Sebastian Vlk, der ADHS hat, „seit er denken kann“ und auch heute, im Erwachsenenalter Ritalin einnimmt, formulierte ernste

Erfahrungen mit viel Humor: „Ich bin mit mir selbst immer gut zurechtgekommen, aber die anderen, die Gesellschaft nicht“. Auch der Beitrag der dritten Gesprächspartnerin in dieser Runde, wies in diese Richtung: Indem sie nicht von „verhaltensauffällig“ sprechen wollte, stattdessen das Adjektiv „verhaltenskreativ“ wählte, zeigte sie: ADHS ist für die Betroffenen auch deshalb ein Problem, weil die Gesellschaft sich auf das Anderssein nicht einstellen will.

Das Thema wird bleiben, die Anforderungen an Betroffene wie Experten ebenfalls. Die TeilnehmerInnen begrüßten deshalb ausdrücklich die Pläne der RGSP für eine Fortsetzung der Veranstaltung, etwa in Workshops. Positives Feedback reichten sie bereits mit den Abschlussfragebögen ein. Besonders gut angekommen ist dabei gerade die heterogene Zusammensetzung der Vortragenden und die kontroverse Diskussion. Zu ADHS gibt es nun mal keine einfachen Antworten.

## Psychiatrie ohne Einrichtungen Sozialromantik oder sinnvolle Versorgungsperspektive?

Tagung der Deutschen Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie - Landesverband Thüringen - in Erfurt

„Psychiatrie ohne Einrichtungen - Sozialromantik oder sinnvolle Versorgungsperspektive“: Ein langer Titel für die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), die deren Thüringischer Landesverband in Erfurt ausrichtete. Ein Titel, der zugleich den gegenwärtigen Zwiespalt deutscher Psychiatrie spiegelt. Denn während die UN-Behindertenrechtskonvention, die in Deutschland 2009 in Kraft getreten ist, eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft unabhängig von einer – auch psychischen – Beeinträchtigung fordert, sieht die Wirklichkeit anders aus. „Psychiatrie in Einrichtungen ist seit mehr als 150 Jahre gelebte Realität mit dem Ergebnis einer gewachsenen Entfremdung zwischen Menschen mit und ohne einer Psychischen Erkrankung“, sagte Dirk Bennewitz, der Vorsitzende des Thüringer DGSP-Landesverbands zur Begrüßung. „Generationen von Betroffenen, von Angehörigen und Profis sind weitgehend einrichtungssozialisiert.

Dazu kommt eine nicht zu unterschätzende Zahl von Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die sich doch sehr behaglich in diesem System eingerichtet hat.“

Wie berechtigt die Titelfrage ist, wie gerne Mitarbeitende psychiatrischer Einrichtungen, aber auch Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige über dieses Thema diskutieren wollen, zeigte die rege Teilnahme. Rund 400 Menschen fanden sich in der Fachhochschule ein. Und es wären weit mehr gewesen, hätten die Organisatoren weitere Anmeldungen nicht aus Kapazitätsgründen ablehnen müssen. Um der Debatte so viel Raum und Zeit wie möglich zu geben, verzichteten sie zudem bewusst über weite Teile der Tagung auf Plenumsveranstaltungen, sondern luden zu zahlreichen Parallelforen ein, die sich unter den Rubriken „Wohnen“, „Arbeit“ und „Behandlung“ über Wege und Irrwege der Inklusion auseinandersetzten. Georg Schulte-Kemna etwa, ein Kenner der Psychiatriereform seit Anfang der

70er Jahre, formulierte im Forum „Geschlossene Heime – Pro und Kontra“ die neuen, von Sparzwängen diktierten Schwierigkeiten: „Gesetzliche Betreuer geraten erheblich unter Druck, was zu einer unseligen faktischen Komplizenschaft führen kann zwischen einem Betreuer, der eine schnelle Lösung braucht und einem Sozialhilfeträger, der eine möglichst billige Lösung braucht.“ Misch führte er die Anführungszeichen zum drastischen Fazit dieser These an: „Das zusammen genommen macht eine erhebliche Entscheidungsdynamik“.

Und was, wenn der Verzicht auf Einrichtungen aus gutem Willen in der Realität nur zu einer „Enthospitalisierung auf amerikanische Art“ führt, wie die Psychiaterin und Psychiatrie-Erfahrene Margret Osterfeld als Moderatorin Werena Rosenke fragte, die stellvertretende Geschäftsführerin der BAG Wohnungslosenhilfe Bielefeld.



Großer Andrang: Das Audimax reichte für die Teilnehmer der Tagung nicht aus; nur per Liveübertragung in angrenzende Räume konnten die wenigen Plenum-Veranstaltungen von allen wahrgenommen werden.



Gastredner der DGSP war Oberbürgermeister Andreas Bausewein (zweiter von links), der vom Thüringischen DGSP-Vorsitzenden Dirk Bennewitz, Professor Dr. Eckhard Giese sowie dem DGSP-Bundesvorsitzenden Friedel Walburg begrüßt wurde.

Das sind Fragestellungen der Psychiatrie, auf die nicht während einer Tagung, auch nicht einer Veranstaltung wie dieser mit nahezu 40 Expertinnen und Experten auf dem Podium Antworten zu finden sind. Doch zeigte auch das aus Schluss-Fragebögen herauszulesende durchweg positive Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass der dialogische Austausch zwischen Professionellen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen befruchtet. Nicht zuletzt stößt eine Tagung zu diesem Thema auch die Politik zum Hinterfragen an. „Inklusion scheint auf kommunaler Ebene nicht weit genug gefasst worden zu sein“, sagte Erfurts amtierender Oberbürgermeister Bausewein in einem Grußwort. Das Augenmerk der Öffentlichkeit nehme Behinderung eher als körperliche

oder geistige wahr, eine psychische Beeinträchtigung werde da oft vergessen. „Deshalb sollte das Ziel sein, für den Bedarf zu sensibilisieren.“ Genau das aber fand bereits im Begleitprogramm der Erfurter Tagung statt, indem die DGSP auf dem vielleicht zentralsten Platz der City Passanten die Möglichkeit gewährte, mittels eines Kurzfilms zu erleben, wie Menschen sich während einer akuten Psychose wohl fühlen mögen. Wie es ist, Stimmen zu hören, Außensignale ausschließlich auf sich zu beziehen und als Bedrohung wahrzunehmen. Dieser Film entstand unter der Leitung des Sozialpädagogen Knuth Stamer mit Betroffenen in einer Einrichtung der Diakonie Lahn/Dill. Rund drei Dutzend Erfurter schauten sich in der als „Psychosebox“

markierten Kabine den Sechsinuten an, weit länger gerieten in vielen Fällen die Gespräche, die sie mit dem Team der DGSP sowie der Psychiatrie- und mit der Suchtkoordinatorin der Stadt Erfurt Jette Kintscher führten.

Ein kleiner Schritt gegen eines der größten Probleme einer Psychiatrie ohne Einrichtungen, wie der Psychiater Lorenzo Toresini in seinem Vortrag auf der DGSP-Tagung deutlich unterstrich: Toresini, einer der großen Wegbegleiter der bahnbrechenden italienischen Psychiatriereform mahnte an, wie tief verwurzelt es in der Gesellschaft ist, „das automatische Vorurteil von der Gefährlichkeit der psychisch Kranken.“



*Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern  
Frohe Weihnachten und ein  
gutes neues Jahr 2014!*



## 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.