

Versorgungsvereinbarung des gemeindepsychiatrischen Verbundes für die Versorgungsregion Mayen-Koblenz/Koblenz

Zwischen den

- **Kommunen**

Landkreis Mayen-Koblenz,
vertreten durch Herrn Ersten Kreisbeigeordneten **Burkhard Nauroth**

Stadt Koblenz,
vertreten durch Frau **Bürgermeisterin Ulrike Mohrs**

- nachfolgend als Kommunen bezeichnet -

und folgenden

- **Anbietern psychiatrischer Dienste in der Versorgungsregion Mayen-Koblenz/Koblenz**

Barmherzige Brüder Trier gGmbH
vertreten durch Herrn **Kaufmännischer Direktor Holger Brandt**

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach als Teil des Landeskrankenhauses (AÖR)
vertreten durch Herrn Geschäftsführer **Dr. Gerald Gaß**

Bethesda - St. Martin gGmbH Boppard/Koblenz
vertreten durch Herrn Geschäftsführer **Werner Bleidt**

Heinrich-Haus Neuwied gGmbH
vertreten durch Herrn Geschäftsführer **Andreas Rieß**

Case Project GmbH
vertreten durch Frau **Geschäftsführerin Michaela Plümecke**

- nachfolgend als Leistungserbringer bezeichnet -

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1 Ziel der Versorgungsvereinbarung

- (1) Die Vereinbarung regelt die Übertragung einer Versorgungsverpflichtung für die Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, deren Versorgung **im Rahmen der Eingliederungshilfe das Land Rheinland-Pfalz mit Beteiligung des Landkreises Mayen-Koblenz oder der Stadt Koblenz sicherstellt (vgl. § 1 AG BTHG)**

Rheinland-Pfalz) und ersetzt die Versorgungsvereinbarung zum Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes für die Versorgungsregion Koblenz/Mayen-Koblenz vom 13.11.2002. Die Vertragspartner verpflichten sich, allen in der Versorgungsregion Mayen-Koblenz/Koblenz lebenden Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen zu helfen, soweit sie Hilfe benötigen und der Träger der Eingliederungshilfe für diese Hilfe zuständig ist. Außerdem regelt die Vereinbarung das Zusammenwirken zwischen den Leistungserbringern und den Kommunen.

- (2) Gemeinsames Ziel der Vertragspartner ist es, die Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen in Kooperation untereinander und mit anderen Leistungsträgern im Sinne des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) zu verbessern und bedarfsgerechte, gemeindenaher Hilfen anzubieten. Der Leistungserbringer des gemeindepsychiatrischen Verbundes orientiert seine Arbeit an den aktuellen fachlichen Standards sozialpsychiatrischer Arbeit sowie den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Qualitätskriterien (Anlagen 1 und 2).

§ 2 Grundlagen für die Versorgungsvereinbarung und Bedarfsermittlung

- (1) Als fachliche Grundlagen für ihre gemeinsame Arbeit erkennen die Partner dieser Vereinbarung insbesondere die folgenden Vorgaben an:
- Sie verpflichten sich, den Bedarf durch das Fallmanagement der Kommunen bzw. der Leistungserbringer über das aktuell gültige Instrument zur Bedarfsermittlung des Landes Rheinland-Pfalz als Träger der Eingliederungshilfe zu ermitteln und fortzuschreiben. Näheres regelt § 4 dieser Vereinbarung. Sie verpflichten sich, diejenigen Hilfen zu erbringen oder zu organisieren, die die jeweilige Person benötigt, um gemessen am Grad ihrer Krankheit/Behinderung so selbständig wie möglich leben zu können.
 - Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen sollen als vernetzbare Hilfen gestaltet werden, um ein individuelles Konzept gegebenenfalls auch mit mehreren Leistungsanbietern sicherzustellen (klienten- statt instituts-bezogener Ansatz).
 - Die Leistungserbringer verpflichten sich, bei ihren Angeboten Personal einzusetzen, das die für die Aufgabe erforderliche Qualifikation und Erfahrung besitzt.
 - Die Partner dieser Versorgungsvereinbarung verpflichten sich, im Psychiatriebeirat und in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Versorgungsregion mitzuwirken. In der Gesamtplan-/Teilhabekonferenz soll jeder Vertrags- und Kooperationspartner mitarbeiten oder Stellung nehmen, wenn seine Kompetenzen einzelfallbezogen gefragt sein können.
- (2) Die Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner erfolgt auf der Grundlage der sozialen Leistungsgesetze sowie der Regelungen des Gesundheitswesens. Maßgeblich für den Versorgungsauftrag ist zudem das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG).

§ 3 Pflichten der Leistungserbringer

- (1) Die Leistungserbringer unterhalten abhängig von ihrer mit den Kommunen abgestimmten Rolle im Verbund gemeindepsychiatrische Betreuungszentren und machen von dort aus bedarfsgerechte Angebote für die Versorgungsregion. Welcher Leistungserbringer mit seinen Einrichtungen und Diensten Kapazitäten für die gesamte Region oder nur einen Teil stellt, sollen die Leistungserbringer untereinander in Kooperation regeln und mit den Kommunen abstimmen.

Sie versorgen gemeinsam die Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, die in der Versorgungsregion ihren Wohnsitz haben. Ziel bei der Auswahl des Leistungserbringers im Einzelfall ist es, die Hilfen oder Dienste unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte so wohnortnah wie möglich zu erbringen, wenn individuelle Gründe dem nicht entgegenstehen.

- (2) Die Versorgungsverpflichtung jedes Leistungserbringers umfasst die Sicherstellung vorsorgender, begleitender und nachsorgender Hilfen in Abstimmung mit den Kommunen und den anderen Leistungserbringern, die Partner in dieser Versorgungsvereinbarung sind. Jeder Leistungserbringer soll seine bestehenden Aufgaben und Strukturen flexibel für den regionalen Bedarf weiterentwickeln können. Beispielhaft seien für die Bereiche des Wohnens, des Arbeitens und der Tagesstrukturierung genannt: betreute Wohnangebote, Kontakt-/Informations- und Beratungsstellen sowie Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsbetriebe oder –projekte, Fachdienste und Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Pflege in der Familie.
- (3) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Hilfe für einen Betroffenen im Sinne des Abs. 1 zu erbringen und sicherzustellen, insbesondere können sie die Hilfe nicht wegen der Art und Schwere der Erkrankung oder Behinderung des Leistungsberechtigten ablehnen. Ist die Sicherstellung der Hilfe im Einzelfall durch den Leistungserbringer aus tatsächlichen Gründen, die in der Art und Schwere der Erkrankung oder Behinderung des Leistungsberechtigten liegen, nicht möglich, erfolgt die Entbindung von der Versorgungsverpflichtung in diesem Einzelfall im Einvernehmen mit der Kommune. Der Leistungserbringer arbeitet konstruktiv an einer alternativen Betreuung mit.
- (4) Die Leistungserbringer dokumentieren ihre Leistungen und erstatten abhängig von ihrem regionalen Versorgungsgebiet jährlich zum 31. März einen Bericht. Dieser wird dem Psychiatriebeirat bekannt gegeben.

§ 4 Modalitäten für die Inanspruchnahme von Hilfen

- (1) Die Bedarfsplanung und Koordination der Hilfestellung für einen hilfesuchenden Menschen im Rahmen eines nach § 3 Abs. 2 gemachten Angebotes erfolgt im Zusammenwirken zwischen den Kommunen und den Leistungserbringern. Hierzu organisiert und leitet die Koordinierungsstelle für Psychiatrie eine Gesamtplan-/Teilhabe-Konferenz. Bei der Aufstellung des Gesamt-/Teilhabeplanes wirkt der Träger der Eingliederungshilfe zusammen mit dem Leistungsberechtigten, einer Person seines Vertrauens und den im Einzelfall sonstigen Beteiligten, insbesondere mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit.
- (2) Wenn für einen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen ein Antrag auf die Gewährung von Hilfeleistungen bei der Kommune eingeht, kann dieser zur Behandlung in der Gesamt-/Teilhabe-Konferenz bei der Koordinierungsstelle für Psychiatrie angemeldet werden. Ausnahmen sind Leistungen, die ihre Ursache in einer reinen Suchterkrankung haben und Leistungen, über deren Gewährung durch ein anderes Fachgremium entschieden wird. Gesamt- und Teilhabeplanungen für bereits im Rahmen der Eingliederungshilfe versorgte Menschen können gemäß der von der Koordinierungsstelle für Psychiatrie geführten Wiedervorlageliste im Rahmen einer Nachsorgebegutachtung in der Gesamt-/Teilhabe-Konferenz behandelt werden. Darüber hinaus sind alle Vertragspartner berechtigt, wenn dies aufgrund besonderer Umstände erforderlich ist, eine Gesamt- und Teilhabeplanung für einen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen in der Gesamt-/Teilhabe-Konferenz vorzuschlagen. Voraussetzung für eine Beratung ist immer, dass der

Leistungsberechtigte der Durchführung einer Konferenz zugestimmt hat (§§ 20 Absatz 1, 119 Absatz 1 SGB IX)

- (3) Die Bedarfsermittlungen des Fallmanagements bzw. der Leistungserbringer gemäß § 2, Abs. 1 werden in der Gesamt-/Teilhabekonferenz vorgelegt. Grundlage ist das vom zuständigen Träger der Eingliederungshilfe vorgegebene Instrument.

§ 5 Kooperationsverpflichtung

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, mit den zuständigen behördlichen Stellen, der Koordinierungsstelle für Psychiatrie, dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Mayen-Koblenz, den psychiatrischen Krankenhäusern, den niedergelassenen Psychiatern und Fachärzten sowie den anderen im Bereich der ambulanten-komplementären Hilfen tätigen Institutionen fachlich zusammenzuarbeiten.

§ 6 Öffnungsklausel

Die Vereinbarung ist für weitere Anbieter in der Region offen, um diesen einen Einstieg in die Zusammenarbeit im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes zu ermöglichen. Weitere Anbieter aus der Region, die an der Mitarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund interessiert sind, stellen einen qualifizierten Antrag mit Verpflichtung zur Einhaltung der vereinbarten Qualitätskriterien an den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Eine Beratung über den Antrag erfolgt in der Steuerungsgruppe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Dieser formuliert einen Entscheidungsvorschlag an die stimmberechtigten Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Eine Aufnahme in den Gemeindepsychiatrischen Verbund ist nur möglich, wenn alle stimmberechtigten Mitglieder ihr schriftliches Einverständnis geben. Stimmberechtigte Mitglieder sind die Vertreter der Kommunen und Leistungserbringer, mit denen diese Vereinbarung geschlossen wurde.

§ 7 Vereinbarungsdauer und ordentliche Kündigung

Diese Versorgungsvereinbarung gilt unbefristet und kann mit einer Frist von einem Jahr zum Ende des Folgejahres schriftlich gekündigt werden.

§ 8 Außerordentliche Kündigung

Die Vereinbarung kann aus wichtigem Grund analog § 626 BGB, insbesondere bei schwerwiegenden Verstößen gegen die vorgenannten Vereinbarungsbedingungen, jederzeit ohne Einhaltung der Frist nach § 7 einseitig gekündigt werden.

§ 9 Verpflichtung zum Abschluss einer neuen Vereinbarung

Im Falle einer Kündigung sind die Kommunen und die Leistungserbringer zum Abschluss einer Vereinbarung verpflichtet, die den Schutz und die Weiterbetreuung bzw. weitere Hilfe für die betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen gewährleistet.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Versorgungsvereinbarung tritt am _____ in Kraft.

§ 11 Salvatorische Klausel

- (1) Änderungen dieser Versorgungsvereinbarung bedürfen der Schriftform.
- (2) Die Partner dieser Vereinbarung haben keine mündlichen Nebenabreden getroffen.
- (3) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ungültig sein, so bleiben die übrigen Bestimmungen wirksam. Eine unwirksame Bestimmung muss einvernehmlich durch eine wirksame ersetzt werden, die gilt auch für den Fall der Ergänzungsbedürftigkeit dieser Versorgungsvereinbarung.

, den

Burkhard Nauroth

Ulrike Mohrs

Holger Brandt

Dr. Gerald Gaß

Werner Bleidt

Andreas Rieß

Michaela Plümecke

Qualitätskriterien zur Beurteilung der regionalen Struktur des GPV Mayen-Koblenz/Koblenz

(Anlage 1 zu § 1 Absatz 2 der Versorgungsvereinbarung des gemeindepsychiatrischen Verbundes für die Versorgungsregion Mayen-Koblenz/Koblenz vom)

Gesamtplan-/Teilhabekonferenz	Es gibt eine institutionsübergreifende, berufsgruppenübergreifende Hilfeplanung in jedem Einzelfall (Gesamtplan-/Teilhabekonferenz)	Ja, turnusgemäß finden im Zeitraum von ca. 6 Wochen Konferenzen, jeweils für den Landkreis Mayen-Koblenz und die Stadt Koblenz, statt.
Dokumentation		
☛ Es gibt eine Dokumentation für die klientenbezogenen Leistungen, die Dokumentation ist für die Klienten einsehbar	Ja	
☛ Bei Übergängen zwischen Institutionen gibt es ein geregeltes Verfahren	Ja	
Koordinierende Bezugsperson		
☛ Es gibt koordinierende Bezugspersonen wo erforderlich	Ja	
☛ Die Klienten kennen ihre koordinierende Bezugsperson	Ja	
☛ Ihr Name findet sich in den Dokumentationen	Ja	
☛ Personenkontinuität der (koordinierenden) Bezugspersonen. Mit diesem Thema wird bewusst und individuell umgegangen, beides muss möglich sein – Kontinuität ebenso wie Wechsel der Bezugspersonen.	Ja	

Im Verbund organisierte Hilfe	
<ul style="list-style-type: none"> Es gibt eine ausgeprägte Kultur der Zusammenarbeit 	Ja, einzelfallbezogene und strukturierte Besprechungen in den THK, Steuerungsgruppe GPV, PSAG, Psychiatriebeirat
Wartelisten	
<ul style="list-style-type: none"> Es gibt nur für wenige sehr spezielle Angebote eine Wartezeit. Wenn eine Wartezeit nicht vermieden werden kann, wird über ein Überbrückungsangebot beraten und ein Angebot entwickelt. Wartelisten werden nach Dringlichkeit (nicht nur nach Wartezeit) abgearbeitet. 	Ja; Wartezeiten bestehen vor allem in der klinischen Behandlung außerhalb der Pflichtversorgung, der fachpsychiatrischen ambulanten Behandlung und (Psycho-)Therapie sowie bei Aufnahme in stationäre Wohnangebote/besondere Wohnformen, besonders beschützende Unterbringung;
Öffnungszeiten, Erreichbarkeit	
<ul style="list-style-type: none"> Der Bedarf der Klienten steht im Vordergrund, insbesondere bei Öffnungszeiten abends und an Wochenenden. 	Ja
Höhe der Schwelle, um ein Angebot zu erreichen	
<ul style="list-style-type: none"> Die Höhe der Schwelle ist dem Bedarf des Klienten angemessen, es gibt einen bewussten Umgang damit. 	Ja
Gestaltung des direkten Umgangs mit den Klienten bei Informationen	
<ul style="list-style-type: none"> vollständige, verständliche Informationen auf Augenhöhe 	Ja

Entscheidungen an der Grenze bei Selbst- oder Fremdgefährdung	
☛ Es gibt mit diesem Thema einen reflektierten, transparenten nachdenklichen Umgang im Verbund	Ja
☛ Es gibt gemeinsame Leitlinien und Dokumente zu diesem Bereich	Bei den jeweiligen Leistungsanbietern vorhanden; gemeinsame Leitlinien gibt es (noch) nicht; in Bearbeitung
Vorrang der Hilfe zur Selbsthilfe	
Nicht psychiatrische Hilfen	
☛ Wo immer möglich werden nicht professionelle Hilfen mit Vorrang behandelt, es gibt sichtbare aktive Bemühungen.	Ja
☛ Es gibt nichtprofessionelle Helfer, der GPV unterstützt sie aktiv.	Ja, Laienhelfer Saffig, Angehörigengruppe psychisch kranker Menschen Regionalgruppe Koblenz, Freunde und Helfer psychisch Kranker e.V. Andernach, Selbsthilfegruppen etc.
Beteiligung der Klienten / Psychiatrieerfahrenen	
☛ Angemessene Beteiligung der Klienten / Psychiatrieerfahrenen ist vorgesehen im Einzelfall (z. B. bei der Hilfeplanung, in Entwicklungsgesprächen) und strukturell bei (z. B. bei der Veränderung der Konzepte).	Ja, die Möglichkeit zur Beteiligung der Klienten in der Teilhabeplanung ist stets gegeben. Psychiatrieerfahrene wirken im Psychiatriebeirat mit.
Beteiligung der Angehörigen	
☛ Angemessene Beteiligung der Angehörigen ist vorgesehen im Einzelfall (z. B. bei Hilfeplanungen) und strukturell (z. B. bei der Veränderung der Konzepte).	Ja, die Möglichkeit zur Beteiligung in der Bedarfsplanung ist mit Zustimmung der Klienten stets gegeben. Angehörige wirken im Psychiatriebeirat mit.

<ul style="list-style-type: none"> ↳ Angehörige werden über die Hilfen informiert, soweit dies rechtlich möglich ist. Gesprächswünsche von Angehörigen werden aufgegriffen. 	Ja
<p>Unterstützung der Selbsthilfebewegung</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ für Psychiatrie Erfahrene. 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ↳ für Angehörige 	Ja
<p>Eigene Angebote für Angehörige im GPV</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Die Angebote für Angehörige richten sich auch auf die persönliche Situation als Betroffene. 	Ja
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Es gibt differenzierte Angebote, je nach Zielgruppe wenn erforderlich (z.B. für nicht volljährige Kinder und Ehepartner). 	Ja
<p>Interessendifferenzen zwischen Klienten, Angehörigen und Professionellen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Auseinandersetzungen existieren, sie werden im GPV als konstruktive Elemente akzeptiert und dienen der Weiterentwicklung. 	Ja

Regionale Steuerung,	
Es gibt einen Steuerungsverbund und der GPV ist vertreten	Ja
Grad der Beteiligung Leistungserbringer am GPV, wie viele Träger in der Region sind im GPV vertreten	Originär psychiatrische Leistungsanbietersind zu 100 % vertreten; weitere Anbieter sind bislang nicht Mitglied
Beschreibung welche Einrichtungen/Dienste mit welcher Hierarchieebene und in welcher Intensität an den verschiedenen Gremien des GPV vertreten sind	<p>Folgende Träger/Einrichtungen sind im GPV Mayen-Koblenz/Koblenz vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barmherzige Brüder Trier • Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach • Stiftung Bethesda St. Martin Boppard/Koblenz • Heinrich-Haus Neuwied • Case-Project Baar-Wanderath <p>Gremien des GPV sind die THK, die Steuerungsgruppe GPV, die PSAG und der Psychiatriebeirat. Die Gremien werden durch stimmberechtigte Vertreter der Mitglieder des GPV vertreten.</p>
Beobachtung darüber wie die Entscheidungen zustande kommen (Mehrheit, Einstimmigkeit etc.).	Einvernehmen
Regionale organisierte, umfassende Versorgung mit Verpflichtungscharakter für	
Menschen aus dem Maßregelvollzug	Ja, mit steigender Tendenz
Suchtkranke Menschen	Ja
Psychisch kranke Menschen ohne Wohnung	Ja

• Migranten und Migrantinnen mit psychischem Hilfebedarf	Ja, mit steigender Tendenz
• Kinder- und Jugendliche (definierte Aufgabenteilung mit dem Jugendhilfenetz)	Einzelfallbezogen
• Alte psychisch kranke Menschen (definierte Aufgabenteilung mit der Altenhilfe)	Ja
• Menschen mit „Mehrfachdiagnosen“	Ja
Der GPV konzipiert intelligente Wege zur Unterstützung von psychisch kranken Menschen :	
☞ ohne Wohnung	Ja, die Dienste im GPV im Einzelfall
☞ in den Familien die mit dem Problem alleine fertig werden wollen,	Ja, die Dienste im GPV im Einzelfall
☞ in den Familien, die keine Informationen haben,	Ja, die Dienste im GPV im Einzelfall
☞ die zunächst keine Hilfe annehmen wollen,	Ja, die Dienste im GPV im Einzelfall
Umgang mit Gewalt	
☞ Es gibt im GPV ein Konzept, das die wesentlichen Aspekte der Gewaltausübung in der Psychiatrie berücksichtigt. Wesentliche Aspekte sind: Gewalt gegen / von Mitarbeitenden, gegen / von Klienten, gegen / von Angehörigen, Situativ und Präventiv.	In den jeweiligen Einrichtungen
Hilfe in Krisensituationen	

<p>☞ Hilfen in der Region bei Krisen und Notfällen außerhalb der üblichen Öffnungszeiten sind organisiert.</p>	<p>Ja, u.a. Rufbereitschaften in den einzelnen Einrichtungen</p>
<p>Beschwerdeverfahren</p>	
<p>☞ Es gibt ein Beschwerdeverfahren. Zur Beurteilung dienen folgende Stichworte: Vorhanden ja / nein, wie organisiert, wie erreichbar, Dokumentation vorhanden, regelmäßige Veröffentlichung der Dokumentation, einrichtungsunabhängig ja / nein</p>	<p>Kein einheitliches Beschwerdemanagement, jedoch die Einrichtungen im GPV unterhalten in der Regel ihr eigenes Beschwerdemanagement. Zudem gibt es in den Kliniken die Funktion der Patientenführer(innen), die Beschwerdestelle der Ärztekammer, Beschwerdemöglichkeiten beim Kostenträger sowie bei gesetzlicher Unterbringung die Möglichkeit zur Beschwerde über das Landgericht. Für Einrichtungen und Angebote der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege: Beratungs- und Prüfbehörde im LSJV Koblenz; MDK;</p>
<p>Sonstiges</p>	
<p>☞ Gemeinsame Fortbildungen ja / nein</p>	<p>Ja, offene Angebote für alle durch die Leistungserbringer</p>

Datum: Koblenz, im Dezember 2018

Standards zum Umgang mit Zwang / Freiheitsentziehenden Maßnahmen

Präambel

Zwangsbehandlungen sind seit jeher ein Bestandteil in der psychiatrischen Akutversorgung, an dem sich kontroverse Diskussionen reiben.

Zwangsbehandlung stellt für den Betroffenen eine einschneidende negative Erfahrung dar, die sich häufig verbündet mit Trauer, Hilfslosigkeit, Angst und Wut. Oft wird Zwang von den Patienten als Demütigung erlebt.

Für die Akteure im psychiatrischen Betreuungssystem stellen Zwangsmaßnahmen ebenfalls eine Belastung dar, auch in Form eines ethischen Dilemmas.

Ausgehend von einem Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem hat die Arbeitsgruppe des GPV Mayen-Koblenz/Koblenz ein eigenes Projekt initiiert. Angewendete Zwangsmaßnahmen in der Region werden mit dem Ziel reflektiert, sich innerhalb des GPV auf verbindliche Standards zu verständigen. Diese orientieren sich an aktuellen fachlichen Standards sozialpsychiatrischer Arbeit sowie den Qualitätskriterien aus der Versorgungsvereinbarung des GPV Mayen-Koblenz/Koblenz.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe im November 2018

Otto Jens, Barmherzige Brüder, Saffig
Anke Kahmeier, Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach
Paul Kreutz, Kreisverwaltung Mayen-Koblenz, Koblenz
Alexander Nötzel, Barmherzige Brüder, Saffig
Michaela Plümecke, Case Project, Wanderath
Karlheinz Saage, Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach
Ralf Schulze, Haus an der Christuskirche, Koblenz

haben nachstehende Standards entworfen, die für den GPV verbindlich umzusetzen sind.

Standards zum Umgang mit Zwang / freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mayen-Koblenz / Koblenz stimmen darin überein, dass ...

- das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und die Unverletzlichkeit der Freiheit der Person (Art 2 Grundgesetz) ein sehr hohes Rechtsgut darstellen.
- ein modernes personenzentriert arbeitendes psychiatrisches Versorgungssystem zum Ziel haben muss, Zwangs- und freiheitsentziehende Maßnahmen zu unterlassen.
- es gerade im psychiatrischen Feld leider immer wieder zu Situationen kommt, in denen Klienten / Bewohner / Betreute vor sich selbst oder auch Dritte vor diesen geschützt werden müssen. Hier sehen sich die Mitglieder des Verbundes insbesondere in der Verpflichtung ihrem Auftrag der Hilfe nachzukommen, auch wenn hierzu unmittelbarer Zwang angewendet werden muss.

- in solchen Situationen die Anwendung von Zwang und freiheitsentziehenden Maßnahmen in ihrer Häufigkeit, ihrer Durchführung und zeitlichen Begrenzung und in der Wahl des Mittels auf das absolut notwendige Minimum zu begrenzen ist.

Erzieherische und pädagogische Interventionen auf den Klienten und Bewohner sind professionelle Maßnahmen des betreuenden Alltags. Sie geschehen durchaus zunächst im Dissens zwischen Betreuten und Betreuenden. Dieser ist Ausdruck eines fehlenden Verständnisses und der realistischen Einschätzung der Situation. Das Bestehen auf die Umsetzung der Maßnahme, der Zwang, verfolgt zum einen den Schutz des Betreuten und zum anderen die Erlangung des Verständnisses.

Als Zwangsmaßnahme anzusehen ist hingegen jede Anwendung unmittelbaren Zwangs, soweit sie im Sinne von und nach den Regeln von §19 PsychKG RLP geschieht. Weiterhin verstehen wir als Zwangsmaßnahmen im Einzelnen die unter §17 (2) PsychKG RLP aufgeführten „besonderen Sicherungsmaßnahmen“ und die „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ im Sinne des §1906 (4) BGB, nämlich:

1. die Wegnahme oder das Vorenthalten von Gegenständen
2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien
3. die Absonderung in einem besonderen Raum (Isolierung)
4. die Fixierung
5. die Ruhigstellung durch Medikamente, soweit die dabei eingesetzten Medikamente nicht bereits der Behandlung der Grunderkrankung dienen
6. die insbesondere bei gerontopsychiatrischen Patienten eingesetzten Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit wie Bettgitter und Seniorenstuhl und
7. die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten zur Behandlung der Grundkrankheit

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist ultima ratio. Im Vorfeld ist immer zu prüfen, ob mildere Mittel ausreichend sein können und wenn ja, und verfügbar, sind diese anzuwenden.

Bei der Umsetzung egal welcher Maßnahme werden alle gesetzlich vorgegebenen Rahmen / Regularien eingehalten. Insbesondere wird die richterliche Prüfung gemäß § 1906 BGB unverzüglich eingeleitet.

Die Maßnahmen werden schriftlich dokumentiert. Aus der Dokumentation ist ersichtlich,

- wer die Zwangsmaßnahme angeordnet und wer sie umgesetzt hat,
- Art und Dauer der Maßnahme,
- warum die Maßnahme notwendig wurde
- dass Alternativen geprüft wurden und nicht verfügbar oder wirksam waren,
- wie der Zustand des Klienten/Bewohners vor, während und nach der Maßnahme war,
- wie die Maßnahme gewirkt hat.

Jeder Leistungsanbieter verpflichtet sich, ein Regelwerk / Instrumentarium zu einem systematischen Deeskalationsmanagement vorzuhalten.

Alle Mitarbeiter, welche unmittelbar an der Betreuung und Pflege mitwirken werden / sind geschult im

- Deeskalationsmanagement grundsätzlich
- Kennen die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu FEM und Zwangsmaßnahmen.
- Im Umgang mit verwendeten Fixiermaterialien und –Techniken, wenn FEM in der Einrichtung angewendet werden.

Andernach, im November 2018