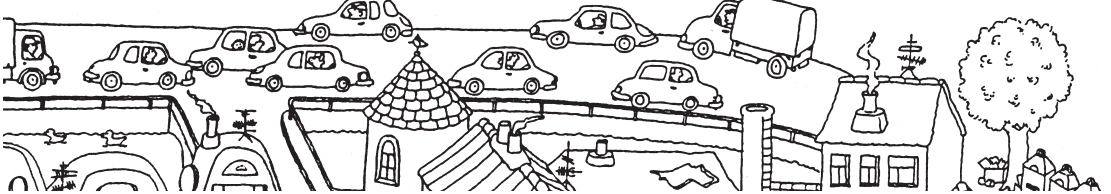


Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen

Herausgegeben von der Aktion Psychisch Kranke

Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen

Tagungsdokumentation
29. und 30. Mai 2017
in Berlin

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Peter Weiß
Jörg M. Fegert

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Jörg M. Fegert (Hg.).
Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-683-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2017
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Redaktion: Ruth Forster
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: medienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Inhalt

A Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen

Begrüßung und Einführung
Peter Weiß 8

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit
Annette Widmann-Mauz 10

I PsychVGG

PsychVVG: Chancen und Risiken
Dieter Grupp 14

II BTHG

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes
Gabriele Lösekrug-Möller 25

Workshopprotokoll: BTHG und die Konsequenzen
Matthias Rosemann, Ingmar Steinhart 34

III Pflegestärkungsgesetze

Die Pflegestärkungsgesetze und die Konsequenzen –
Zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
auf Pflegebedürftige mit psychischen Beeinträchtigungen
Heike Hoffer 57

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff –
Grundlage für einen Systemwechsel in der Pflege
Peter Pick, Bernhard Fleer 65

IV Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Podiumsgespräch mit den Abgeordneten des Deutschen Bundestages Maria Klein-Schmeink, Helga Kühn-Mengel, Birgit Wöllert
Gesprächsleitung: Jörg M. Fegert, Regina Schmidt-Zadel 77

Podiumsgespräch mit der Abgeordneten des Deutschen Bundestages Ute Bertram
Gesprächsleitung: Jörg M. Fegert, Regina Schmidt-Zadel 97

B Selbsthilfetag

Begrüßung und Einführung
Franz-Josef Wagner 108

Vereinbarungen zwischen Kliniken und Angehörigenverbänden – ein neuer Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie
Christian Zechert 111

Der »Umgang« mit angespannten und aggressiven Situationen im häuslichen und im klinischen Bereich – Die trialogische Annäherung an ein Tabuthema
André Nienaber, Christian Zechert 125

Selbsthilfegestützte Beratung für Menschen mit psychischen Besonderheiten
Carsten Hoffmann 133

Experten aus Erfahrung – Die neue Berufsgruppe in der psychiatrischen Landschaft
Sebastian Toutountzis 146

EX-IN Genesungsbegleiter und Unabhängige Teilhabeberatung
Dietmar Geissler 151

Wohnen in der sozialen Stadt
Barbara Hendricks 155

Wohnen in eigener Wohnung
Rainer Schaff 160

Zusammenfassung und Perspektiven des Selbsthilfetages
Franz-Josef Wagner 166

C Perspektiven vor dem Hintergrund internationaler Menschenrechtsinstrumente

Begrüßungsrede bei der Veranstaltung am 27.09.2017 in Berlin
Jörg M. Fegert 173

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 180

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK 182

A Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen

Begrüßung und Einführung

Peter Weiß

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur diesjährigen Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke (APK) und freue mich, dass Sie sich mit uns bei sommerlichen Temperaturen hier in Berlin mit den »Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen« befassen.

Ganz besonders begrüße ich Sie, Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz. Seit vielen Jahren sind Sie im Bundestag und in der Bundesregierung mit der psychiatrischen Versorgung befasst und haben in diesem Zusammenhang auch schon oft unsere Veranstaltungen besucht. Ich freue mich sehr, dass Sie auch heute hier das Bundesministerium für Gesundheit repräsentieren und möchte gleich an dieser Stelle meinen Dank für die Förderung dieser Tagung zum Ausdruck bringen.

Wir wollen uns heute und morgen mit den Perspektiven befassen. In dieser Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurden mehrere Reformen mit hoher Bedeutung für Menschen mit psychischen Erkrankungen beschlossen und in Kraft gesetzt.

Nach jeweils intensiven, mehrjährigen Diskussionen wurden mit dem Psych VVG neue Vorgaben für die psychiatrische Krankenhausbehandlung beschlossen. Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der erstmals Pflegebedarfe aufgrund psychischer Beeinträchtigungen berücksichtigt. Mit dem Bundesteilhabegesetz / BTHG wurde die Struktur und Finanzierung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen einschneidend geändert. Uns freut besonders, dass diese Reform auf das Konzept der personenzentrierten Hilfen Bezug nimmt, dass in den 90er-Jahren von der Aktion Psychisch Kranke in Deutschland entwickelt wurde.

Auch im Arbeitsleben wurde die Bedeutung psychischer Belastungen erkannt. Das Präventionsgesetz nimmt diese Aspekte deutlich auf.

Dazu kamen wichtige Änderungen im Betreuungsrecht und im Recht zum Maßregelvollzug sowie Änderungen im Behinderten-Gleichstellungsgesetz. Alles in allem war es eine für Menschen mit psychischen Erkrankungen äußerst bedeutsame Legislaturperiode.

Alle diese Gesetze müssen noch umgesetzt werden und wir werden diesen Prozess aktiv begleiten.

Auch in diesem Jahr organisieren wir in Verbindung mit der APK-Jahrestagung einen Selbsthilfetag. Im letzten Jahr wurde auf dem Selbsthilfetag das »Netzwerk seelische Gesundheit / NetzG« als Verein gegründet. In diesem Jahr sind neben NetzG auch der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker / BAPK und EX-IN-Deutschland beteiligt. Wir freuen uns sehr, dass diese drei bundesweiten Selbsthilfeorganisationen den morgigen Veranstaltungstag gestalten. Wir wollen auch weiterhin versuchen, mit unseren Veranstaltungen einen Beitrag zu leisten zum Austausch zwischen Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Hilfen, professionellen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, Planungsverantwortlichen und Vertreterinnen und Vertretern der Politik.

Liebe Frau Widmann-Mauz, ich bitte Sie nun um Ihr Grußwort.

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit

Annette Widmann-Mauz

Lieber Peter Weiß, meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, heute wieder einmal bei der APK zu sein und die Jahrestagung 2017 eröffnen zu dürfen. Sie haben die Tagung in diesem Jahr unter das Motto »Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen« gestellt.

Dieses Motto passt gut zu dem bevorstehenden Ende der laufenden Legislaturperiode und der damit verbundenen Möglichkeit diese einmal Revue passieren zu lassen. Denn wir haben in den letzten vier Jahren zahlreiche Maßnahmen in Angriff genommen und umgesetzt, die Auswirkungen auf die Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen haben werden. Und mit diesen Maßnahmen werden wir – das ist unsere Überzeugung – die Perspektiven positiv gestalten.

Zunächst einmal möchte ich feststellen – und da werden Sie mir sicher alle zustimmen – , dass Deutschland über ein hochmodernes differenziertes Versorgungsangebot für psychische Erkrankungen verfügt, welches solidarisch finanziert wird und das im internationalen Vergleich seinesgleichen sucht.

Das heißt aber nicht, dass dieses Versorgungsangebot nicht stetig verbessert werden müsste. Für betroffene Menschen ist es von größter Bedeutung, dass ihre seelische Erkrankung möglichst frühzeitig erkannt wird, sie dazu sachgerecht beraten und im Bedarfsfall auch behandelt werden.

Ein großes Thema der letzten Jahre waren die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapie-Platz. Immer wieder lasen und hörten wir Berichte über monatelange erfolglose Suche oder Wartezeit von Menschen, die psychotherapeutische Hilfe suchen. Um hier für Abhilfe zu sorgen und die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, haben wir den Gemeinsamen Bundesausschuss mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Die neuen Versorgungselemente wie die psychotherapeutische Sprechstunde oder die Akutbehandlung bei niedergelassenen Psychotherapeuten erleichtern seit April dieses Jahres den Zugang zur ambulanten Psychotherapie.

Mit Einführung dieser neuen Versorgungselemente gelten die Bestimmungen für die Vermittlung von Terminen durch die Terminservicestelle auch für psychotherapeutische Behandlungen. Damit erhalten Patientinnen und Patienten schnell eine erste Beratung und sie erfahren, ob weitere dia-

gnostische Abklärungen und Behandlungen erforderlich sind, oder andere Hilfemöglichkeiten in Betracht kommen.

Mit dem PsychVVG, dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, haben wir die Rahmenbedingungen der Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser modernisiert, damit die Patientinnen und Patienten auch zukünftig auf eine qualitativ hochwertige Behandlung vertrauen können, wenn sie stationärer Behandlung bedürfen. Ich will jetzt nicht auf die Regelungen dieses Gesetzes, die überwiegend zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind, im Einzelnen eingehen. Die APK hat die Entstehung des Gesetzentwurfs – unter anderem auch im Rahmen des Strukturierten Dialogs – und anschließend das Gesetzgebungsverfahren intensiv begleitet. Mit der großen Expertise und Erfahrung ihrer Mitglieder hat sie wichtige Hinweise gegeben und letztlich auch an der einen oder anderen Stelle zu Veränderungen im Gesetzgebungsverfahren beigetragen.

Eine Neuregelung des PsychVVG möchte ich aber an dieser Stelle besonders hervorheben. Denn ich weiß, dass dies ein altes Anliegen der APK ist. Ich spreche von der »stationsäquivalenten Behandlung«, dem so genannten »Home-Treatment«, das wir mit dem PsychVVG als neues Therapie-Angebot eingeführt haben. Bei dieser komplexen psychiatrischen Behandlung geht nicht der Patient ins Krankenhaus, sondern es kommt »quasi« das Krankenhaus zum Patienten. Viele sprechen auch von einer »Krankenhausbehandlung ohne Bett«. Mit dem »Home-Treatment« schaffen wir ein neues Angebot, das eine umfassende psychiatrische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld ermöglicht. Dabei werden spezielle multiprofessionelle Behandlungsteams die Patienten zu Hause versorgen. Die Krankenhäuser können dabei auch Leistungserbringer im ambulanten Versorgungsbereich mit Teilleistungen beauftragen. Zielgruppe des neuen stationären Behandlungsangebotes sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen. Das Home-Treatment macht deren Versorgung flexibler und bedarfsgerechter. Es folgt dem Ansatz der personenzentrierten Hilfe, die für die APK schon immer als Leitbild galt. Das Home-Treatment ist darüber hinaus ein Beispiel dafür, wie wir Sektorengrenzen überwinden können. Die beiden Sektoren stationär und ambulant zukünftig noch besser miteinander verknüpfen, darin liegt auch aus Sicht des BMG eine der besonderen Herausforderungen bei der Versorgung seelisch kranker Menschen.

In den nächsten Jahren werden wir dazu umfangreiche Erfahrungen sammeln, nicht nur aus zahlreichen Modellprojekten zur sektorenübergreifenden

Versorgung (§ 64b SGB V), die die Vertragspartner gegenwärtig an vielen Orten in Deutschland umsetzen, sondern auch aus speziellen Projekten, die aus dem Innovationsfonds gefördert werden. Diese Projekte haben genau dies zum Ziel: Die von seelischer Erkrankung betroffenen Menschen über Sektorengrenzen hinweg bedarfsgerecht, individuell und flexibel mit genau den Hilfen zu versorgen, die sie benötigen.

Eine große Rolle spielen auch im Bereich der seelischen Erkrankungen die Prävention und Vorbeugung. Unser aller Leitmotiv sollte die »Gesunderhaltung des Menschen« sein. Das heißt, zuallererst sollte es darum gehen, Krankheiten – auch seelische – gar nicht erst entstehen zu lassen. Ich bin deshalb sehr froh, dass wir Gesundheitsförderung und Prävention in dieser Wahlperiode deutlich vorangebracht haben, auch für den Bereich der seelischen Erkrankungen.

Unser Präventionsgesetz eröffnet neue Möglichkeiten, um beispielsweise auch am Arbeitsplatz aufmerksam zu sein für die eigenen Möglichkeiten und Grenzen. Viele Beschäftigte, die den erwähnten Phänomenen Termin- und Leistungsdruck oder Informationsflut ausgesetzt sind, fragen sich, wie sie damit umgehen sollen. Es ist wichtig, frühzeitig in sich »hineinzuhören«, auf psychische Belastungen aufmerksam zu werden und dafür Unterstützung bekommen zu können, zum Beispiel über die Betriebsärzte. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung sollen gesundheitsorientierte Arbeitsverhältnisse geschaffen und die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erweitert werden. So kann es gelingen, Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und die psychische Gesundheit zu stärken, auch über die Arbeitswelt hinausgehend.

Nennen möchte ich auch die Pflege. Gleich zu Beginn dieser Wahlperiode haben wird das »System Pflege« auf den Prüfstand gestellt. Herausgekommen ist dabei die umfänglichste Reform in der Pflege, die es seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 gegeben hat. Viele dieser Maßnahmen kommen auch und gerade Menschen mit Demenz zu Gute. Insbesondere durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes zu Beginn des Jahres 2016 (1.1.2017 ist das PSG III in Kraft getreten, nicht das PSG II!) erhalten Menschen mit Demenz endlich gleichberechtigten Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung.

Einige der von mir genannten Themenbereiche werden Sie im Verlauf der Tagung noch intensiver behandeln. In einem weiteren Bereich schafft die APK gerade mit einem vom BMG geförderten Projekt die Grundla-

ge, um über die weiteren Perspektiven diskutieren zu können. Ich spreche von der Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland, die die APK in Zusammenarbeit mit der Universität Ulm durchführt. Das Projekt nimmt sowohl die ambulante und stationäre Behandlung sowie die Rehabilitation in den Blick. Neben der Versorgungssituation werden unter anderem Aspekte der Verzahnung der Leistungen – z. B. auch mit der Kinder- und Jugendhilfe –, der Zugänglichkeit und Zielgruppenerreichung und der Behandlungsergebnisse genauer untersucht werden. Auf die Ergebnisse, die in der zweiten Jahreshälfte vorliegen werden, sind wir sehr gespannt.

Dieses Projekt ist ein weiteres Beispiel dafür, wie die APK seit der Psychiatrie-Enquete in den 1970er Jahren ihre Rolle als Vordenkerin und Beraterin der Politik ausfüllt. Ich könnte noch zahlreiche andere Projekte nennen, von denen wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems ausgegangen sind.

Auch die Jahrestagungen der APK bringen stets wichtige Anregungen und Erkenntnisse, die die Politik aufmerksam zur Kenntnis nimmt. Dies wird sicherlich auch in diesem Jahr wieder so sein. In diesem Sinne wünsche ich der Jahrestagung 2017 einen erfolgreichen Verlauf und interessante Diskussionen.

I PsychVVG

PsychVVG: Chancen und Risiken

Dieter Grupp

Als das PsychVVG, das Gesetz, das die Finanzierung unserer psychiatrischen Krankenhäuser die nächsten Jahre regeln wird, im Dezember 2016 die letzten parlamentarischen Hürden genommen hatte, habe ich eine Flasche Sekt aufgemacht und ich glaube, ganz viele meiner Vorstandskollegen hier in der APK haben das Gleiche getan. Nach jahrelangen endlosen Beratungen und Diskussionen ist am Schluss ein Gesetz herausgekommen, dass viele Positionen, viele Forderungen, viele Wünsche und Anregungen der APK aufgenommen und mit Vorschlägen von anderen Beteiligten zu einem Kompromiss gebündelt hat. Das schöne am PsychVVG ist, dass es auch Perspektiven eröffnet. Das beginnt bereits beim Titel. Das PsychVVG heißt: »Gesetz zur Weiterentwicklung der *Versorgung* und der *»Vergütung«* psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen«. Die Versorgung steht vor der Vergütung. Die Qualität der Versorgung und Behandlung steht vor der Ökonomie: Das ist ein paradigmatischer Wechsel mit »Chancen und Risiken«, den wir nachdrücklich begrüßen und in der nächsten Legislaturperiode des Bundestages konstruktiv-kritisch begleiten werden.

Ich erinnere mit Sorge an die Legislaturperiode nach dem KHRG, als ab Herbst 2009, im Zusammenwirken von Selbstverwaltung und FDP-geführtem Gesundheitsministerium, die guten Ansätze des KHRG in den Mühlen der Verbandsverhandlungen der Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften und der Ersatzvornahme durch das BMG schrittwiese zermahlen wurden und uns ein PEPP-Preissystem bescherten.

Aber umso mehr ist der politische Mut des Gesundheitsministers Gröhe und der Regierungsfraktionen hervorzuheben. Jetzt kommt es darauf an, dass diese Zielsetzung nach der Bundestagswahl im Herbst 2017 nicht wieder zermahlen wird.

Vorgeschichte des PsychVVG

Die APK hat nach der Jahrtausendwende mit vielen anderen Verbänden angeregt, die Finanzierung psychiatrischer Krankenhäuser neu zu regeln. Die Psych-PV war in die Jahre gekommen und hat das aktuelle Gesche-

hen nicht mehr zureichend abgebildet: insbesondere den »Sinkflug« der Personalausstattung bei immer kürzeren Verweildauern und der enormen Zunahme von stationären Fällen ohne die Weiterentwicklung flexiblerer und mehr personenorientierter Behandlungsformen. Wir wollten ein neues Finanzierungssystem. Der Gesetzgeber hat das dankenswerterweise aufgenommen und 2009 im Krankenhausreformgesetz (KHRG) die Selbstverwaltung beauftragt, ein neues Finanzierungssystem mit Reformperspektiven für die Krankenhaus-Versorgung und - Qualität zu entwickeln. Dieser Auftrag wurde von den Selbstverwaltungspartnern mit ihrem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) zu einem Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP) verkürzt, das zu nahe am DRG-System (Diagnosis Related Groups; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)orientiert wurde. Kaum war PEPP auf dem Tisch, sind sehr viele zweifelnde und kritische Stimmen laut geworden, mit diesem Gesetz könne die Psychiatrie in Zukunft nicht finanziert werden. »Wir wollen kein DRG-System!«.

Der Gesetzgeber hat trotzdem 2012 das Psych-Entgeltgesetz verabschiedet. Weil es nicht möglich war, einen PEPP-Katalog gemeinsam zu vereinbaren, hat der damalige Bundesminister für Gesundheit, Herr Daniel Bahr, per Ersatzvornahme den PEPP-Katalog in Kraft gesetzt. Die Zweifler wurden aber nicht ruhiger. Je mehr Häuser sich in der Optionsphase übungsweise mit dem PEPP-System vertraut machten oder als Kalkulationshäuser mitmachten, umso stärker wurde die Ablehnung. Es dauerte lange, bis maßgebliche politische Kreise akzeptierten, dass die steigende Zahl der Optionshäuser nicht als steigende Zustimmung vereinnahmt werden konnte.

2014 kam dann ein Aufschub, Verlängerung der Optionsphase und dann 2016 schließlich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG, unter neuer CDU-Leitung seit 2013) mit dem PsychVVG ein echter Neustart. Das heißt, das BMG und die Politik haben den Mut gefunden ein Gesetz vor dessen Inkrafttreten am 01.01.2017 zu verändern. Ich muss sagen Frau Widmann-Mauz, das war eine sehr mutige Wende. Und ich will hinzufügen, das PsychVVG ist ein mutiges Gesetz, weil es mit vielen Grundideen oder Grundpfeilern im Gesundheitswesen, die in den letzten 10 – 20 Jahren als unumstößlich galten, bricht und wirklich neue Ideen bringt.

Chancen des PsychVVG

Man hat das Gefühl, das PsychVVG bemüht sich wirklich, den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Patienten und einer daran orientierten Versorgung Rechnung zu tragen. Es bedeutet eine Abkehr vom Marktliberalismus. Als These im Gesundheitssystem galt lange Zeit, dass Marktmechanismen und Kostenwettbewerb zu einer Optimierung der Ergebnisse für die Patienten führen würden. Wir haben gelernt, bzw. das BMG und der Gesetzgeber haben gelernt, dass dies in der Versorgung psychisch erkrankter Patienten etwas Anderes ist. Wenn wir diese Versorgungsaufgabe den Marktmechanismen der Gesundheitswirtshaft aussetzen, dann entstehen Fehlanreize wie beispielsweise: Für die Anwendung von Neuroleptika oder für Zwangsmaßnahmen werden Zusatzentgelte bezahlt. Wie reagiert ein primär wirtschaftlich orientiertes Krankenhaus, wenn diese Anreize wirken? Diese Marktmechanismen dürfen in diesem Versorgungsbereich nicht zielführend sein. Das PsychVVG hat das gelernt.

Eine weitere These im Gesundheitswesen betrifft die überregionale Steuerung: verbesserte Qualität durch Vereinheitlichung und Standardisierung von Prozessen. Wir haben ein bundeseinheitliches DRG-System. Ihr Blinddarm wird bundeseinheitlich gleich vergütet, gleich geschnitten, gleicher Standardprozess. Auch hier musste die Politik lernen, dass Psychiatrie anders funktioniert. Psychiatrie funktioniert in regionalen Netzen. In unterschiedlichen Regionen werden unterschiedliche Optimierungslösungen für die Versorgung von Patienten gefunden und das muss abbildbar und finanzierbar sein. Bundeseinheitliche Standards – PEPP-Standards – sind nicht geeignet, die Qualität in der Psychiatrie zu heben, und deshalb nimmt das PsychVVG die Stärkung und Verantwortung der regionalen Verhandlungspartner auf.

Ein weiterer Pluspunkt des PsychVVG ist die Begrenzung des Dokumentationsaufwandes. Auch in diesem Zusammenhang gab es eine These der letzten Jahre im Gesundheitswesen: »Big Data«. Immer mehr Daten würden zu mehr Transparenz und damit zu besserer Verteilungsgerechtigkeit und zielgenaueren Ergebnissen führen. Hier haben wir jetzt wirklich breite Erfahrungen in der Psychiatrie. Das INEK hat Millionen von Datensätzen erhoben, um diese PEPPs auszurechnen mit dem Ergebnis - wenn wir ehrlich sind- gleich Null. Es gibt keine relevanten sogenannten Kostentrenner. Mir sind auch keine Qualitätsideen aus diesen vielen vielen Daten entstanden. Tausende von Krankenschwestern, Ärztinnen sind stundenlang, tagelang

beschäftigt, diese Daten zu kodieren. Auch hier ein klarer Auftrag aus dem PsychVVG: Streichung der vielen nicht erforderlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel *(OPS)* Codes; Vereinfachung der Dokumentation. Aber auch hier bin ich gespannt, was die Selbstverwaltung aus dieser Vorgabe machen wird.

Die Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten, die stationsäquivalente Behandlung das Hometreatment, ist Gesetz geworden. Wir von der APK haben dies seit Jahren gefordert. Wir sind gespannt, wie sich die ersten Anwender, die sich zurzeit warmlaufen, entwickeln werden. Und wir sind auch gespannt, wie die Kostenträger mit dieser neuen Möglichkeit umgehen, die sie – wenn wir ehrlich sind – im Moment nicht begrüßen. Das PsychVVG ist ein mutiges Gesetz, zumindest in der Endphase. Der strukturierte Dialog in der Gesetzgebung ab 2014 mit Experten und Betroffenen war vorbildlich.

Man hat auf die Verbände, die Betroffenen und auf die Experten gehört und ich wünsche mir, dass bei weiteren Gesetzgebungsverfahren ähnlich verfahren wird.

Die wesentlichen Inhalte des PsychVVG

Wichtigster Grundsatz ist: *Budgetsystem statt Preissystem*.

Das heißt, die Krankenhäuser bekommen ein regional ausgehandeltes krankenhausindividuelles Budget. Jedes Krankenhaus bekommt ein anderes Budget, je nachdem, in welcher Versorgungssituation es sich befindet und welchen Versorgungsauftrag es hat. Das wird vor Ort ausgehandelt. Das PsychVVG gibt eine Richtung vor und es gibt einen Auftrag an die regionalen Verhandlungspartner, das richtig zu machen.

Ganz wesentlich ist, dass eine Nachfolgeregelung für die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gefunden wird in Form einer Mindestpersonalverordnung. Das bedeutet, es gibt keinen Systemwechsel ohne dass sichergestellt ist, dass die Basis, eine ordentliche Personalausstattung der Krankenhäuser, gesichert ist. Im Gesetz stehen neue Behandlungsmöglichkeiten, z. B. die stationsäquivalente Behandlung. Es werden die regionalen Besonderheiten betont und es wird ein bundesweiter Krankenhausvergleich als Orientierung geschaffen. Er dient nicht als Vorgabe für Vertrags- und Budgetverhandlungen, sondern als Orientierungsrahmen.

Budgetsystem statt Preissystem: Was wird aus der PsychPV als Norm?

Vor Ort verhandelt ein Krankenhaus mit den regionalen Krankenkassen, welche Mittel sie brauchen – sie in Zukunft brauchen werden – um eine ordentliche Krankenhaus-Behandlung und -Versorgung durchführen zu können. Die Verhandlung geht vom sogenannten historischen Budget aus, also von den Budgets, die wir bisher haben. Aber diese Budgets sollen bis 2020 erweitert werden. Einhundert Prozent Psych-PV Personal sollen in die Budgets 2017, 2018, 2019 eingepreist werden. Und wir haben dann 2020 vergleichbare Budgets in den Krankenhäusern. Von dort ab geht es weiter mit gedeckelten Budgets, aber es gibt sogenannte Veränderungstatbestände. Früher hat man sie »Ausdeckelungstatbestände« genannt. Das sind Veränderungen der Leistungsentwicklung. Regionale strukturellen Besonderheiten sind zu berücksichtigen. Das heißt, Sie können im Budget für eine dezentral wohnortnahe Versorgung eine andere Vergütung bekommen, als wenn Sie ein zentrales Großkrankenhaus führen. Wenn sie eine Fläche versorgen, können Sie ein anderes Budget bekommen, als wenn Sie geeignete Patienten elektiv aufnehmen. Sie können, wenn Sie stationsäquivalente Behandlung *(StäB)* realisieren, wenn sie eng vernetzt sind im gemeindepsychiatrischen Verbund, diesen besonderen Aufwand jeweils geltend machen. Das ist ein wesentlicher Punkt in diesem Gesetz. Die Kostenentwicklung verändert das Budget nach oben, aber es ist nicht gelungen, hier eine hundertprozentige Tarifrefinanzierung in die Veränderungsmöglichkeiten mit einzubauen, das heißt, hier sind die Probleme ab 2020 bis 2025 bereits vorprogrammiert. Wenn eine Mindestpersonalmenge gefordert wird ohne die Tarifsteigerung zu refinanzieren, dann wird die Schere wieder auseinander gehen, damit muss man sich in den nächsten Jahren intensiv auseinandersetzen. Die Nachfolgeregelung zur Psych-PV, eine Mindestpersonalverordnung, wird zu einhundert Prozent refinanziert mit den Veränderungstatbeständen in den Budgets. So steht es im Gesetz. Es gibt auf der anderen Seite Anpassungsvereinbarungen. Das heißt, die Relation des eigenen Budgets zum Bundesdurchschnitt wird verglichen und man kann vor Ort verhandeln, wie man mit diesen Mehr- oder Mindererlösen umgeht.

Um das Ganze in Gang zu bekommen gibt es eine Übergangsregelung 2017-2020, die eigentlich sehr gut gedacht ist. Die Krankenhäuser werden zur Psych-PV-Erfüllung verpflichtet: Wieviel Personal haben Sie? Und was sollten Sie haben laut Psych-PV? Die Differenz kann 2017, 2018, 2019 nachverhandelt werden. Die Idee ist dann, dass 2020 alle Krankenhäuser

einhundert Prozent Psych-PV erreichen und es steht im Gesetz, dass das voll finanziert wird, auch nicht besetzte Stellen. Geld für Personalstellen, die nicht besetzt werden (können), soll zurück bezahlt werden im Rahmen einer Rückzahlverpflichtung. Diese kleine gut gemeinte Idee führt im Moment in der Krankenhauslandschaft zu extremen Diskussionen und unglaublichem Streit auf allen Ebenen. In der Vergangenheit wurden viele Dinge aus Psych-PV Mitteln, aus Personalmitteln für therapeutisches Personal genutzt, die anders nicht zu finanzieren waren.

Budgetschere zwischen Kosten und Erlösen

Wenn Sie ein Krankenhausbudget ansehen, dann sind etwa 50 % der Kosten für therapeutisches Personal, 25 % der Kosten anderes Personal und 25 % der Kosten Sachkosten vorgesehen. (Abb. 1)

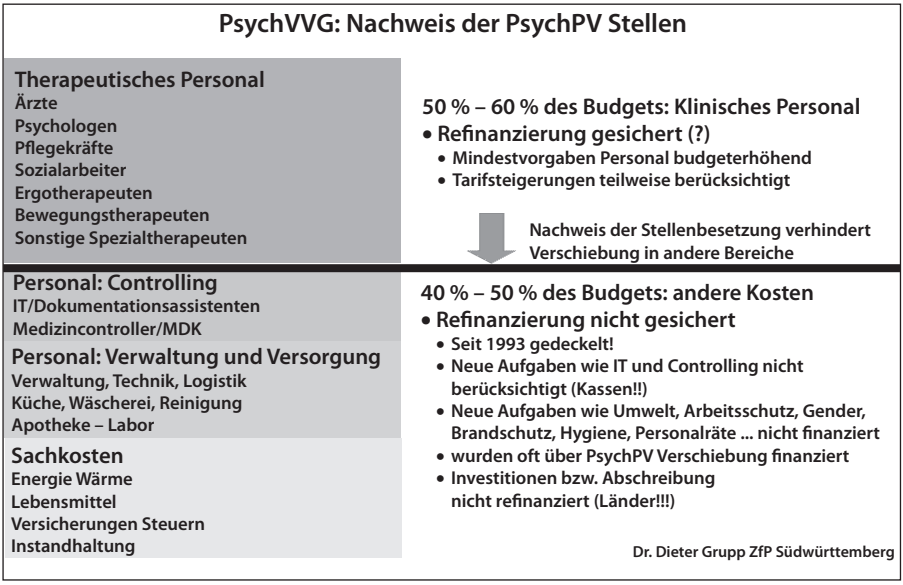


Abb. 1

Dieses Budget ist seit 1993 gedeckelt. Es gibt eine Steigerungsrate um ein bis zwei Prozent, aber die Kosten der Krankenhäuser konnten nicht refinanziert werden. Jetzt sind im unteren Bereich der Abbildung in den letzten 20 Jahren viele neue Aufgaben auf die Krankenhäuser zugekommen. Jedes Krankenhaus hat heute große IT-Abteilungen. In unseren Häusern ist etwa 4 % unseres Budgets für IT. Wir zahlen Unmengen Geld an Bill Gates oder Oracle oder SAP für die Lizenzen und wir brauchen zum Beispiel diese IT-Systeme, um funktionieren zu können. Das wurde nie refinanziert in den 1993 gedeckelten Budgets. Dann kommen andere Themen wie Umweltarbeitsschutz, Gender, Brandschutz, Hygiene, Personalräte dazu. Alles Dinge, die nach und nach Pflicht wurden seit 20 Jahren, aber nie im Budget refinanziert wurden. Was hat man gemacht in den Budgetverhandlungen? Es gab einen Ausdecklungstatbestand Psych-PV. Man hat mehr Psych-PV Stellen vereinbart und diese Gelder eingesetzt, unter anderem für diese Bereiche und damit IT und alles Mögliche, und so auch Gewinne und Investitionen finanziert. Beim jetzt vorgesehenen Psych-PV Nachweis wird das auf einen Schlag deutlich. Das heißt, die Krankenhäuser kommen in die Rückzahlverpflichtung, weil sie ihre Psych-PV Stellen nicht besetzt haben. Es wird Geld fehlen in den nächsten Jahren. Das Personal – was wir uns als APK wünschen – ist sicher, aber wer bezahlt die IT in Zukunft? Das ist offen. Und wer bezahlt die Investitionen in Zukunft? Das ist ein riesiger Diskussionspunkt. Wir werden 2017, 2018 und 2019 sehen, wie die Kassen damit umgehen. Unsere Aufgaben als Geschäftsführer in den Häusern ist, in den nächsten drei Jahren unsere Budgets zu bereinigen: Sichtbar zu machen, was ist Psych-PV und was ist nicht Psych-PV. Die Lücken sichtbar machen, die nicht finanziert sind. Da gibt es zwei Stoßrichtungen. Die eine Richtung ist, wenn die Investitionsfinanzierung, die Instandhaltung und die Investitionen nicht finanziert werden, dann sind die Länder in der Pflicht. Und wir müssen dringend die Länder auffordern, diese Gelder zur Verfügung zu stellen, weil wir sie nicht mehr aus Psych-PV Mitteln quer finanzieren wollen und können.

Und der andere Bereich: Wenn eine Kasse Transparenz haben will, wenn die Seite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Big Data haben will, riesengroße IT-Systeme, viele Medizinkontroller und Dokumentationsassistinnen, dann ist dieser Misstrauensaufwand des MDK auch zu finanzieren, und zwar nicht wie bisher zu Lasten des Psych-PV Personals, sondern als eigener Block. Und das ist die Zielrichtung, die wir gerade in den Verhandlungen auf Selbstverwaltung auch fahren: Einmal in Richtung

Länder, wenn sie die duale Finanzierung wollen. Die Länder bezahlen die Krankenhausbauten, die Krankenkassen die Betriebskosten. Bitte steht zu Eurer im Gesetz geregelten Verpflichtung! Das kann zukünftig nicht mehr quer finanziert werden. Es gibt keine Gewinne mehr in den Psych-Krankenhäusern. Das wollten wir so.

Nachfolgeregelung für die Psych-PV

Das ist das zweite große Thema. Was folgt auf die Psych-PV? Damit beauftragt ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der parallel empirisch und normativ vorgeht (wie damals bei der Entwicklung der PsychPV). Im G-BA sind für diese Aufgabe Vertreter der Leistungsträger und der Leistungserbringer »zusammengespannt«, mit starken Interessengegensätzen, um die Nachfolgeregelung zu entwerfen. Das ist ein Jahrhundertwerk.

Zur Zeit läuft eine Studie in einem Institut an der TU Dresden. Professor Wittchen, seine Mannschaft mit externen Beratern bereitet eine Ist-Erhebung vor zur Ausstattung der Kliniken mit therapeutischem Personal und auch darüber, was dieses Personal tut. Die Frage ist ja nicht nur, wie viele Ärzte u. a. haben wir, sondern auch, was machen sie? Dokumentieren sie? Sprechen sie mit Patienten? Die beteiligten Ärzte sollen Smartphones bekommen und dann alle halbe Stunde darauf tippen, was sie gerade tun. Damit wird das Tätigkeitsprofil erfasst. Im Sommer laufen die Vorstudien. Im Herbst soll die große Studie beginnen. Ich hoffe, dass viele Krankenhäuser mitmachen, damit wir eine repräsentative Studie bekommen.

Und wie soll die Zukunft der Personalausstattung aussehen? Soll die Psych-PV bestehen bleiben? Kann man sie anpassen? Oder grundlegend verbessern? Für diese normative Seite des Auftrags führt der G-BA Experteninterviews und -workshops durch. Da läuft im Moment die Auswahl der Experten. Geltende Behandlungsleitlinien sollen mit berücksichtigt werden. Das ergibt einen ganz spannenden Parallelprozess, in dem den Fachverbänden eine gewichtige Rolle zukommt (nach PsychVVG). Auch das ist sehr ehrgeizig: Am 30.09.2019 soll das Ergebnis fertig und am 01.01.2020 eingeführt sein. Das wird noch zu intensiven Diskussionen und Beratungsgesprächen führen und die APK wird sich da an möglichst vielen Stellen mit einbringen, weil das für die Zukunft entscheidend wird. Das wird die Grundlage der Finanzierung in den nächsten 20 Jahren.

Was noch völlig offen ist, ist die Struktur und Differenzierung dieser Personalvorgaben: vollstationär/teilstationär? Welche neuen Kästchen,

welche neuen Strukturelemente es geben wird? Wir sind ja gewohnt, in der Psych-PV in so groben Kategorien Allgemeinpsychiatrie, Sucht- und Gerontopsychiatrie zu denken. Die Personalbemessung ist völlig offen im Moment. Das könnten die PEPPs wieder sein? Das könnten Diagnosen sein, also Schizophrenie, Depression. Für Depression soundso viel Personal. Für Schizophrenie soundso viel Personal. Das könnte auch eine Weiterentwicklung der Psych-PV-Kategorien sein. Das ist noch offen, aber es ist im Moment eine der spannendsten Fragen, in welchem Schema eigentlich zukünftig entwickelt wird.

Neue Behandlungsmöglichkeiten sind wesentlicher Inhalt im PsychVVG und hier ganz vorne dran die stationsäquivalente Behandlung (StäB). (Stand September 2017: Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der Krankenkassen) haben sich in schwierigen Verhandlungen doch konstruktiv geeinigt, ohne den erwarteten Gang in die Bundesschiedsstelle. Erfreulich war auch die Akzeptanz der Beratung durch Experten aus der Praxis – Die geeinigte Vereinbarung ist im Unterschriftverfahren unterwegs.)

Ein weiteres Thema im Rahmen der neuen Behandlungsmöglichkeiten: die Psychosomatischen Institutsambulanzen (PIA). Auch hier wird verhandelt. Das PsychVVG bringt neue Möglichkeiten. Das PsychVVG gibt auch vor, dass wir einen leistungsbezogenen Vergleich der Krankenhäuser auf Bundesebene beim? INEK installieren sollen, dort laufen alle Daten zusammen, die aus Pflegesatzverhandlungen kommen. Welche Leistungen erbringt ein Krankenhaus zu welchem Preis? Was machen die Krankenhäuser? Wie sind sie mit Personal ausgestattet? Welche Kosten verursachen sie? Wichtig ist auch zu untersuchen: Welchen Einfluss hat der sozio-ökonomische Kontext des Krankenhauses? Die Versorgung von psychisch kranken Patienten aus gut bürgerlichen Wohngebieten oder aus sogenannten sozialen Brennpunkten weist erhebliche Unterschiede auf. Es wird einen großen Datenpool geben. Dieser Krankenhausvergleich soll zur Orientierung dienen für die regionalen Verhandlungspartner, das ist eine wichtige Klarstellung im Gesetz. – Das heißt, wenn ich im Krankenhaus bei uns mit unseren Partnern in Ravensburg regional verhandele, dann nehmen wir den Krankenhausvergleich als Orientierung und nicht als Vorgabe. Da gibt es eine Bandbreite z. B. für die Vergütung von Suchtkrankheiten, für die Personalausstattung und in diesem Rahmen können wir verhandeln. Allerdings, wenn wir diesen Rahmen, diese Bandbreite überschreiten, hat die Kasse Möglichkeiten unser Budget zu reduzieren. Es liegt hier sehr viel Verantwortung auf den Verhandlungspartnern

vor Ort. Das wollten wir, wir wollten die regionalen Besonderheiten und auch viel Verantwortung. Man muss sich auf diese Verhandlungen gut vorbereiten. Die werden sicher interessanter als die bisherigen Verhandlungen.

Risiken

Jetzt habe ich richtig geschwärmt vom PsychVVG, weil es ein wirklich gutes Gesetz ist, das Perspektiven und Möglichkeiten bietet, wie man Psychiatrie und psychiatrische Versorgung weiterentwickeln kann. Aber natürlich gibt es auch Risiken, z. B. haben wir weiterhin ein gedeckeltes Budget. Das heißt, wir haben einen Deckel wie bisher auf den Krankenhausbudgets, der zwar mit bestimmten Dingen, z. B. regionalen Besonderheiten, etwas gehoben werden kann, aber vom Prinzip her gedeckelt ist. Es ist nicht gelungen ins Gesetz reinzuschreiben, dass vermehrte Fallzahlen, also Fallzahlsteigerungen, das Budget verändern. Schade, das haben wir nicht geschafft. Und was auch nicht enthalten ist, dass die Tarifsteigerungen im Personalbereich refinanziert werden. Das Thema Psych-PV mit Rückzahlverpflichtungen stellt ein Risiko dar. Was tun wir in den Krankenhäusern, wenn zwar unser Psych-PV Personal vergütet wird, für die anderen Funktionen des Krankenhauses aber kein Geld da ist. Hier werden Lücken entstehen und wir werden die nächsten drei Jahre intensiv verhandeln müssen, wie diese Lücken geschlossen werden können.

Was macht der GBA bezüglich Personalmindeststandards? Hier steht ein großes Fragezeichen, eine Blackbox. Was dabei heraus kommen wird, weiß keiner von uns. Es ist entscheidend, ob die Qualitätsstandards wirklich mehr Qualität bringen werden oder nur mehr Dokumentation, das wissen wir noch nicht. Eines der größten Risiken aus meiner Sicht ist der Umgang der Selbstverwaltung mit ihren Aufgaben, die sie zurzeit hat und ihre mangelnde Konsensfähigkeiten in vielen Konflikten. Das PsychVVG stellt die Behandlung und Versorgung wieder vor die Gesundheitwirtschaft (Ökonomie), es stellt den Patienten wieder in den Mittelpunkt. Der Gesetzgeber hat hier, glaube ich, ganz gute Initiativen ergriffen. Die Selbstverwaltungspartner und auch die Partner vor Ort in der Verhandlung müssen dem folgen. Die Frage ist: Wie viel vom Geist des Gesetzes bleibt am Ende wirklich übrig? Was wird zerredet? Was wird herausgehandelt? Und wer vertritt denn eigentlich die Belange der Betroffenen in all den Ausschüssen, wo eigentlich nur Kostenträger mit Leistungserbringern verhandeln und keine Betroffenen dabei sitzen?

»Nach dem Gesetz ist immer vor dem Gesetz«: Was wünschen wir uns noch für das nächste PsychVVG? Das PsychVVG sollte als »lernendes System«

fortentwickelt werden und nicht den Konstruktionsfehler der PsychPV »in Stein gemeißelt« erben.

Was fehlt uns wirklich noch und wo gehört der Fokus eigentlich hin? Für mich steht ganz oben »intermittierende Behandlung«: Wir brauchen bessere Möglichkeiten zur integrierten Gestaltung der individuellen Behandlungsprozesse aus dem Krankenaus heraus stationär, ambulant, teilstationär, stationsäquivalent über einen längeren Zeitraum. Z. B. drei Tage vollstationär, dann vielleicht vier Wochen lang zwei Tage die Woche nur teilstationär, das Ganze ambulant begleitet. Dann vielleicht eine Krisenintervention zu Hause. Die Berücksichtigung von Gesundheitsbegleitern ist auch noch nicht geregelt.

Die patientenorientierte Gestaltung von Behandlungsprozessen mit den genannten Bausteinen wird bisher durch den Fallbegriff der Kassen verhindert. Das können sie nicht sachgerecht darstellen. Und dieser Ansatz der personenzentrierten Hilfen finanziert über Jahresbudgets, das fehlt uns. Uns fehlt eine integrative Betrachtung des Begriffes sektorenübergreifend. Was uns außerdem fehlt, auch vor dem Hintergrund des noch neuen Bundesteilhabegesetzes (BTHG), ist eine Gesamtbetrachtung. Wie spielen SGB V, SGB XII, SGB XI SGB IX und SGB VIII zusammen? Welche Möglichkeiten haben hier wirklich sektorenübergreifende Steuerungsansätze? Da entstehen neue Grenzen zwischen der regionalen Steuerung durch die kommunalen Kostenträger und die SGB V Steuerung. Das wird sicher ein Thema sein.

Finanzierung – die Baustellen der nächsten Jahre

Einhundert Prozent Tarifrefinanzierung müssen wir irgendwie erreichen. Das kann man auch vielleicht ohne Gesetz schaffen.

Es geht um die Bereitschaft der Länder, ihren Investitionsverpflichtungen wirklich nachzukommen. Die Länder bestehen auf Planungshoheit, sie bestehen auf dualer Finanzierung. Das heißt im Umkehrschluss, sie sind verpflichtet die Investitionen auch zu bezahlen.

Und die Kassen werden gefordert, den von ihnen geforderten Kontrollaufwand zu finanzieren.

Das sind die Baustellen der nächsten Jahre und ich bin sicher, dass wir spätestens 2020 wieder irgendein Gesetz bekommen, dass die Finanzierung in diesem Bereich erneut regelt. Ein Drei-Jahresabstand ist ganz optimistisch, wahrscheinlich werden es vier Jahre für die Lernstufen des Finanzierungssystem – statt »in Stein gemeißelt« für zukünftige Jahrzehnte.

II BTHG

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes

Gabriele Lösekrug-Möller

Liebe Regina, lieber Herr Fegert, verehrte Damen und Herren,

ich habe mich über die Einladung sehr gefreut und dann habe ich ihr Programm gesehen und dachte: Da musst du aber erst mal innerlich den Hut ziehen, so kompakt sind selten Tagungen. Deswegen freue ich mich, dass so viele von Ihnen da sind. Im Folgenden gibt es einen kompakten Überblick über die vor uns liegenden anspruchsvollen Umsetzungsschritte. Damit am Ende die von uns allen gewünschten Fortschritte erzielt werden können, bitte ich Sie auch für die Zukunft um ihre kritische und konstruktive Mitarbeit. Doch zunächst einige Basics.

I. Die Struktur des BTHG

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist eines der großen sozialpolitischen Vorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode. Ziel ist es, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu verbessern und so einen weiteren wichtigen Meilenstein auf dem Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft zu setzen.

Mit dem BTHG wird auch das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) neu gestaltet.

Das neue SGB IX gliedert sich in drei Teile:

- **Teil 1:** Im SGB IX, Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst.
- **Teil 2:** Im SGB IX, Teil 2 wird die aus dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe als »Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen« geregelt.
- **Teil 3:** Der Teil 3 enthält die Regelungen zum Schwerbehindertenrecht.

Die besondere Lebenssituation von Menschen mit seelischen Behinderungen wird im BTHG an vielen Stellen berücksichtigt. So werden Menschen mit seelischen Behinderungen bereits in der Eingangsnorm des SGB IX (§ 1) besonders in den Fokus genommen.

II. Umsetzung der Instrumente des Teil I (SGB IX)

1. Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation (§ 11 SGB IX)

Ziel der Modellvorhaben ist die Erprobung flankierender frühzeitiger Unterstützungsangebote im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitssuchende und in der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie dienen dazu, neue Wege zum Erhalt der Erwerbstätigkeit und der damit verbundenen gesellschaftlichen Teilhabe zu leisten und dadurch den Zugang in die Eingliederungshilfe zu reduzieren. Sie sind darauf ausgerichtet, den Eintritt einer Behinderung oder chronischen Erkrankung zu vermeiden.

Die Modellvorhaben sollen frühestens am 1. Januar 2018 beginnen und sind auf maximal fünf Jahre befristet.

Den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern werden dafür jährlich jeweils bis zu 100 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

2. Instrumente der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX)

Es wird eine Implementationsstudie zu den Instrumenten der Bedarfsermittlung bei den Rehabilitationsträgern durchgeführt. Ziel ist es, die Instrumente zur Bedarfsermittlung der unterschiedlichen Rehabilitationsträger anzugleichen und zu standardisieren. Derzeit gibt es beispielsweise im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben ca. 400 unterschiedliche Instrumente. Noch in 2017 wird ein Vergabeverfahren durchgeführt, um einen externen Dienstleister mit der gesetzlich vorgesehenen Wirkungsuntersuchung zu beauftragen. Die Untersuchung wird im Januar 2018 beginnen. Die wissenschaftliche Untersuchung und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt bis Ende 2019.

3. Teilhabeverfahrensbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (§ 41 SGB IX)

Der Teilhabeverfahrensbericht soll mehr Transparenz in die trägerübergreifende Zusammenarbeit bringen, Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen und die öffentliche Diskussion über die Aufgabenerfüllung durch die Rehabilitationsträger fördern.

Von allen Rehabilitationsträgern sollen ab dem 1. Januar 2018 die Daten über Anzahl der Anträge, Verfahrensdauer, Weiterleitungen, Ablehnungen und über Rechtsbehelfe an die BAR gemeldet werden.

Diese Angaben werden durch die BAR ausgewertet und gemeinsam mit den Rehabilitationsträgern einmal jährlich in einem Bericht zusammengefasst.

Der erste Bericht wird im Jahr 2019 veröffentlicht. Derzeit stimmt sich die BAR mit den Rehabilitationsträgern über die Erstellung des Berichts ab.

4. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB – § 32 SGB IX)

Für die Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige werden unabhängige Beratungsstellen eingerichtet, um die Stellung der Menschen mit Behinderungen gegenüber den Rehabilitationsträgern zu stärken.

Dieses ergänzende Angebot einer von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängigen, ausschließlich dem Leistungsberechtigten verpflichteten Teilhabeberatung wird über ein zunächst bis 2022 befristetes Bundesprogramm gefördert. Besonderes Augenmerk liegt hierbei auf dem sogenannten »Peer Counseling« – der Beratung von behinderten Menschen durch behinderte Menschen.

Bei der Auswahl der zu fördernden Angebote werden die Länder beteiligt, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Das BMAS wird den gesetzgebenden Körperschaften bis Mitte 2021 über die Einführung und Inanspruchnahme der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung berichten; der Bericht bildet die Grundlage für eine Entfristungsentscheidung.

III. Umsetzungsunterstützung

1. Umsetzungsbegleitung (Art. 25 Abs. 2 BTHG)

Das BMAS wird die praktische Umsetzung der Eingliederungshilfereform vor Ort durch einen Wissenstransfer und regelmäßigen Erfahrungsaustausch begleiten und unterstützen. Seit dem 1. Mai 2017 führt der Deutsche Verein hierzu ein Projekt durch, welches das BMAS über die Gewährung einer Zuwendung unterstützt.

Die Projekttätigkeit beinhaltet u. a. zielgruppenspezifische Veranstaltungen zu relevanten Umsetzungsfragen des BTHG und die Einrichtung eines webbasierten Informations-, Wissens- und Kommunikationsportals.

Ziel des Projekts ist die Begleitung der zukünftigen Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen in die

fachliche Praxis. Daneben richtet sich das Projekt an die Erbringer von Leistungen für Menschen mit Behinderungen sowie an Organisationen von und für Menschen mit Behinderungen.

2. Wirkungsuntersuchung (Art. 25 Abs. 2 BTHG)

Das BMAS wird durch ein unabhängiges Forschungsinstitut wissenschaftlich untersuchen lassen, ob die gesetzgeberischen Ziele der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe erreicht werden.

Die Vorbereitungen in Form einer Machbarkeitsstudie dieser Erforschung haben bereits in diesem Jahr begonnen. Die Ausschreibung für die Machbarkeitsstudie wurde bereits veröffentlicht.

Der Untersuchungszeitraum beginnt bereits im Jahr 2018 und dauert zumindest bis zum Jahr 2021.

3. Modellhafte Erprobung (Art. 25 Abs. 3 BTHG)

Von 2017 bis 2021 wird die Anwendung der neuen Vorschriften der Eingliederungshilfe von den Trägern der Eingliederungshilfe in allen Bundesländern in mindestens einer Modellregion erprobt werden. Die materiell-rechtliche Anwendung der künftigen Vorschriften und ihre praktischen Auswirkungen stehen im Fokus der Modellprojekte. Hierbei werden von den Leistungsträgern zum Beispiel Fälle aus ihrem Bestand parallel zu den geltenden Regelungen auch nach den neuen Vorschriften virtuell bearbeitet.

Zu den wesentlichen Regelungsbereichen dieser Erprobung gehören:

- die Einkommens- und Vermögensanrechnung – Teil 2 Kapitel 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX),
- die Assistenzleistungen in der Sozialen Teilhabe, insbesondere Assistenzleistungen für Personen, die ein Ehrenamt ausüben (§§ 78 i. V. m. 113 SGB IX),
- die Umsetzung der Regelung zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflege bei Leistungstatbeständen, die von beiden Leistungssystemen erfasst sind (§ 91 SGB IX),
- die Umsetzung der Regelung für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf – Lebenslagenmodell (§ 103 Absatz 2 SGB IX),
- die Prüfung der Zumutbarkeit und Angemessenheit (§ 104 SGB IX),
- die Möglichkeit der gemeinschaftlichen Leistungserbringung (§ 116 SGB IX),

- die Abgrenzung der neuen Leistungen der Eingliederungshilfe nach Artikel 1 Teil 2 von den Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII – existenzsichernde Leistungen) und
- ab 2019 auf der Basis der Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung zur Regelung des leistungsberechtigten Personenkreises der Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach neuem Recht (Art. 25a BTHG [§ 99] SGB XII).

Die Modellphase wird wissenschaftlich begleitet, um Hinweise auf mögliche Veränderungsbedarfe zu erhalten.

Die Förderrichtlinie soll noch vor der Sommerpause 2017 veröffentlicht werden. Die Auswahl der Projektregionen soll durch die Länder und das BMAS bis Ende 2017 erfolgen.

4. Untersuchung der finanziellen Auswirkungen (Art. 25 Abs. 4)

Das BTHG führt durch seine Neuregelungen zu nicht unerheblichen finanziellen Auswirkungen bei den Ländern und Kommunen. Um festzustellen, ob die im Gesetzentwurf dargestellten Prognosen nicht von den tatsächlichen Auswirkungen abweichen, werden die Ausgaben in den Jahren 2017 bis 2021 untersucht.

Das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik wurde bereits mit einer Voruntersuchung beauftragt, um die erforderliche Datengrundlage zu ermitteln.

Die Ausschreibung der Hauptuntersuchung ist für noch dieses Jahr geplant.

5. Untersuchung der Wirkung der Neuregelung des leistungsberechtigten Personenkreises (Art. 25 Abs. 5)

Mit der Untersuchung werden die rechtlichen Wirkungen der Neudefinition des leistungsberechtigten Personenkreises der Eingliederungshilfe in Artikel 25a § 99 BTHG geprüft.

Die Untersuchung soll Hinweise auf den noch durch Bundesgesetz zu konkretisierenden Inhalt der Neudefinition zum leistungsberechtigten Personenkreis in Artikel 25a § 99 BTHG geben.

Ziel ist es dabei, den bisherigen leistungsberechtigten Personenkreis beizubehalten.

Die Ausschreibung für diese Untersuchung wurde Anfang Mai veröffentlicht. Die Untersuchung wird bis zum Frühjahr 2018 andauern.

Das BMAS hat dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2018 über die Ergebnisse zu berichten.

6. Evidenzbeobachtung der Länder (§ 94 Abs. 5 SGB IX)

Ab 2020 sehen die neuen Regelungen der Eingliederungshilfe vor, dass sich die Länder regelmäßig unter Beteiligung des Bundes und der Träger der Eingliederungshilfe regelmäßig zu einer Evidenzbeobachtung und einem Erfahrungsaustausch treffen, um eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung des Rechts der Eingliederungshilfe zu erreichen.

7. Länder-Bund-Arbeitsgruppe zur Umsetzung des BTHG

Die ASMK hat in Abstimmung mit dem BMAS beschlossen, eine Länder-Bund-Arbeitsgruppe (LBAG) zur Abstimmung von Umsetzungsfragen das BTHG betreffend einzurichten.

Regelmäßige Sitzungsteilnehmer sind die für die Eingliederungshilfe zuständigen obersten Landesbehörden und das BMAS.

Die kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger sind an der Arbeitsgruppe beratend beteiligt.

8. Partizipation

Bereits die Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes erfolgte nach dem im Koalitionsvertrag niedergeschriebenen Grundsatz »Nichts über uns – ohne uns«. Um diesen Grundsatz umzusetzen, wurden in insgesamt neun Sitzungen der »Arbeitsgruppe Bundesteilhabgesetz« die Reformthemen und -inhalte mit den Menschen mit Behinderungen und deren Verbänden erarbeitet. Auch nach Inkrafttreten des BTHG werden die betroffenen Menschen und Verbände an dem nun stattfindenden Umsetzungsprozess beteiligt. Diese Beteiligung erfolgt in unterschiedlichen Formen:

8.1 Teilhabebeirat

Der Teilhabebeirat ist ein beratendes Gremium, welches das BMAS in Fragen der Teilhabe berät und unterstützt. Zu diesem Zweck wird das BMAS den Teilhabebeirat regelmäßig über den Sachstand und das weitere Vorgehen

im Rahmen der Umsetzung des BTHG informieren. Der Beirat besteht aus 48 Mitgliedern; u.a. aus Vertretern der Behindertenverbände, wie etwa dem Deutschen Behindertenrat (DBR), um die Interessen der Menschen mit Behinderungen zu vertreten.

8.2 Modellhafte Erprobung, Umsetzungsbegleitung und Untersuchungen

Die Menschen mit Behinderungen sollen in der Phase der modellhaften Erprobung einbezogen werden – sowohl bei der Durchführung der Projekte vor Ort als auch bei der übergreifenden Evaluation. Diese sollen Einblick in die virtuelle Fallbearbeitung erhalten, soweit sie selbst betroffen sind. Die Evaluation der modellhaften Erprobung soll durch einen Beirat begleitet werden, in den auch Betroffenenvertreter berufen werden.

Der Deutsche Verein wird in seinem Projekt »Umsetzungsbegleitung« einen Projektbeirat einrichten. In dem Beirat wird der DBR voraussichtlich zwei Mitglieder stellen.

Die wissenschaftliche Untersuchung der Wirkungsziele der reformierten Eingliederungshilfe soll durch einen Beirat begleitet werden, in den auch Betroffenenvertreter berufen werden.

Die Vorschrift zum leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe war im BTHG-Gesetzgebungsverfahren besonders umstritten. Während der Untersuchung werden die Vertreter der Verbände der Menschen mit Behinderungen durch geeignete Beteiligungsformate eingebunden.

8.3 Länder- Bund- Arbeitsgruppe (LBAG BTHG)

Die LBAG BTHG ist eine Arbeitseinheit, die die Umsetzung der neu gefassten Eingliederungshilfe zwischen Bund und Ländern koordiniert.

Die Verbände der Menschen mit Behinderungen werden über den DBR eingebunden. Dazu sollen jeweils vor und nach den LBAG-Sitzungen Gespräche mit dem DBR und der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen geführt werden mit dem Ziel, deren Anliegen angemessen zu berücksichtigen.

8.4 Evidenzbeobachtung der Länder

An diesem Prozess sollen sowohl die Verbände der Leistungserbringer als auch die Verbände der Menschen mit Behinderungen mit einbezogen werden.

8.5 NAP

Um die Inklusion von Menschen mit Behinderungen weiter voranzutreiben, ist der »Nationale Aktionsplan« (NAP) verabschiedet worden.

Der NAP ist ein umfangreiches Maßnahmenwerk mit zahlreichen Maßnahmen, die der Verbesserung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen dienen.

Um die Partizipation der Menschen mit Behinderungen bei einem solch wichtigen Unterfangen wie dem NAP zu gewährleisten, wurde auch hier dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag »Gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen und deren Organisationen den Nationalen Aktionsplan weiterzuentwickeln« Rechnung getragen.

Eine der gesetzgeberischen Maßnahmen des NAP betrifft auch die Entwicklung und Umsetzung des BTHG. Daher steht im NAP-Ausschuss regelmäßig die Einführung des BTHG auf der Tagesordnung.

IV. Inkrafttreten (4 Stufen):

1. Die **erste** von vier Reformstufen ist am 01. Januar 2017 in Kraft getreten. Sie umfasst:
   - Änderungen im Schwerbehindertenrecht.
   - Die erste Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensheranziehung, insbesondere durch die Erhöhung des Einkommensfreibetrags um bis zu 260 Euro monatlich und des Vermögensfreibetrags um 25.000 Euro.
   - Die Verdoppelung des Arbeitsförderungsgeldes von 26 Euro auf 52 Euro.

Zudem ist seit dem 01. April 2017 das Schonvermögen für Bezieher von SGB XII-Leistungen von derzeit 2.600 Euro auf 5.000 Euro erhöht worden.

2. Die **zweite** Reformstufe tritt am 01. Januar 2018 in Kraft und führt zu folgenden Änderungen:
   - Einführung SGB IX, Teil 1 (Verfahrensrecht) und Teil 3 (Schwerbehindertenrecht).
   - Vorgezogene Verbesserungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Eingliederungshilfe (im SGB XII).
   - Neues Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe (im SGB XII).
   - Neues Vertragsrecht der Eingliederungshilfe.

3. Die **dritte** Reformstufe tritt wegen des damit verbundenen Systemwechsels am 1. Januar 2020 in Kraft:
   - Neues Recht der Eingliederungshilfe (soweit ausnahmsweise nicht schon 2018 in Kraft getreten); Grundlegende Änderungen betreffen die Trennung der Fachleistungen der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen sowie die zweite Stufe bei Verbesserungen zur Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen.
4. Die vierte Reformstufe tritt zum 1. Januar 2023 in Kraft:
   - Neudefinition des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe (Artikel 25a BTHG, § 99 SGB IX).

Workshopprotokoll: BTHG und die Konsequenzen

Matthias Rosemann, Ingmar Steinhart

Steinhart: Wir waren ein bisschen unsicher, mit welcher Erwartungshaltung Sie hierher kommen. Es gibt zurzeit so viele Veranstaltungen zum Bundesteilhabesetz landauf, landab. Es sind Juristen und es sind die Wohlfahrtsverbände unterwegs, alle erzählen irgendetwas, meistens was Richtiges, manchmal auch was Falsches zum Bundesteilhabegesetz. Wir wollten zu Beginn gern hören, ob Sie mit uns in erster Linie diskutieren und zum Beispiel aus den einzelnen Ländern berichten wollen, wie der Stand der Dinge ist oder ob Sie es lieber hätten, wir würden Ihnen ein paar Bestandteile und wesentliche Aspekte aus dem Bundesteilhabegesetz nochmal präsentieren und darüber ins Gespräch kommen. Also sind Sie mit Fragen gekommen oder wollen Sie erst ein bisschen shoppen und dann worken? Dann machen wir einen Shop-Workshop.

Anmerkungen aus dem Symposium in Richtung Shop-Workshop.

Dann machen wir das so. Wir haben uns einige Aspekte überlegt. Obwohl Herr Rosemann beim Paritätischen Wohlfahrtsverband und ich bei der Diakonie unterwegs bin, wollten wir hier heute eigentlich nicht in das Konzert der Wohlfahrtsverbände einsteigen und Sie nur über die Risiken und Probleme des Bundesteilhabegesetzes aufklären, sondern wollen ein paar Chancen herausarbeiten. Denn wir beide haben in der Vorbereitung festgestellt, dass wir immer nur von Risiken hören, haben aber im Vorfeld immer gesagt, es gibt auch eine Menge Chancen im Gesetz, wir müssen diese nur vernünftig nutzen und gestalten. Das soll unsere heutige Botschaft sein. Zumal diejenigen von uns, die als Anbieter unterwegs sind, sich beruhigt zurücklegen können. Das berühmte sozialhilferechtliche Dreieck, an das wir uns alle gewöhnt haben, bleibt ja im Wesentlichen erhalten. Es braucht keiner vor dem riesen Chaos Angst zu haben. Und es gibt noch ein paar andere Stützen, die eingezogen sind. Aber natürlich sind bei dem Bundesteilhabegesetz die Leistungsträger etwas besser weggekommen als die Leistungsanbieter, aber wir wollen eigentlich eher über die Chancen reden.

Herr Rosemann wird jetzt mit der Einführung starten und Sie melden sich dann aber bitte, wenn Sie zu einem Punkt schon mal eine Frage oder Anmerkung haben.

Rosemann: Heute Morgen ist mehrfach gesagt worden, dass wir am Ende einer Legislaturperiode stehen, in der viele Neuregelungen vom Ge-

setzgeber geschaffen wurden. Das Bundesteilhabegesetz ist eines dieser ganz elementaren Gesetze, die viele Aspekte unseres Rehabilitation- und Teilhaberechtes neu fassen: Das bildet jetzt einen Rahmen, den der Gesetzgeber geschaffen hat, und den gilt es in den nächsten zwei, drei – mit einer längeren Perspektive in den nächsten fünf bis zehn Jahren – zu gestalten. Wir haben bisher nur einen gesetzlichen Rahmen, der etliche Veränderungen und Verschiebungen mit sich bringt, alles Weitere ist eine Frage der Umsetzung. Insofern ist uns das Thema auch als APK so wichtig, um deutlich zu machen: Es gibt sehr viele Aspekte, an denen dieses Gesetz der Umsetzung bedarf.

Das Bundesteilhabegesetz hebt das sozialrechtliche Dreieck (anspruchsberechtigter Bürger, Kostenträger und Leistungserbringer) nicht auf. Die Rechte der Leistungserbringer werden aber durch dieses Gesetz eher beschnitten. Dies ist einer der Gründe, warum in vielen Kreisen von Leistungserbringerverbänden dieses Gesetz durchaus kritisch konnotiert wird, dafür gibt es auch eine ganze Reihe von Gründen.

Dafür werden aber die Rechte der anspruchsberechtigten Bürger durch dieses Gesetz sehr deutlich gestärkt. Das möchte ich Ihnen am Anfang an einigen Beispielen zeigen und Sie werden sehen, dass im Gesetz viel formuliert ist, um die Rechte von Bürgern gegenüber den Kostenträgern zu stärken. Das wird aber nur gelingen, wenn die Bürgerinnen und Bürger ihre Rechte auch in Anspruch nehmen und auf ihre Umsetzung drängen und genau das ist die gemeinsame Aufgabe, vor der wir stehen.

Vielleicht vorweg: Was ja durchaus eine große Rolle gespielt hat, ist die Frage: Gelingt es, die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe herauszulösen und damit aus der Armutsfinanzierung – im Gesetzgeberdeutsch hieß es »Fürsorgeprinzip« – herauszulösen? Das neue Eingliederungshilferecht wird Bestandteil des Sozialgesetzbuches IX, allerdings erst ab dem 1.1.2020, und wird damit zu einem eigenständigen Leistungsgesetz außerhalb der Sozialhilfe. Aber schon vorher – ab jetzt – gibt es einige Änderungen, die noch in der Sozialhilfe greifen, zum Beispiel Regelungen, die mit der Anrechnung von Einkommen und Vermögen zu tun haben. Diese Regelungen sind teils recht komplex, deswegen hier ein kleiner Auszug:

Als Erstes das Vermögen: Eine der wesentlichen Änderungen, die wir bereits seit dem 1. April dieses Jahres haben ist die Anhebung des Vermögensfreibetrages von 2600 Euro auf 5000 Euro für jede Person, die bei der Gewährung von Sozialhilfe zu berücksichtigen ist. Es ist ein wesentlicher Aspekt, dass man schon jetzt mehr Geld haben darf, später wird der Vermögensfreibetrag dann

nochmal sehr viel deutlicher erhöht werden. Und es gibt – das ist die wörtliche Formulierung aus dem Gesetzestext – »für eine angemessene Lebensführung und Alterssicherung« für Bezieher der Eingliederungshilfe schon jetzt einen Vermögensschonbetrag von 25.000 Euro. Bitte beachten Sie, dass das nur für die Eingliederungshilfe, nicht für die Bezieher von Sozialhilfe gilt. Das ist der Versuch, ähnlich wie im Sozialgesetzbuch II, den Menschen, die Eingliederungshilfe brauchen und sich etwas zurückgelegt haben für die private Alterssicherung, diese Möglichkeit auch zu lassen.

Ganz wichtig wird dann die Veränderung zum 1.1.2020. Das ist der Zeitpunkt, an dem Eingliederungshilfe nicht mehr Leistung der Sozialhilfe ist. Da wird der Vermögensschonbetrag erhöht und zwar heißt es im Gesetz »dynamische Klausel«, 150 % der jährlichen Bezugsgröße nach Paragraph 18 SGB IV. Diese jährliche Bezugsgröße wird jedes Jahr neu festgelegt, das wären heute 53.550 Euro. Der reale Betrag im Jahr 2020 wird ein anderer sein, weil diese jährliche Bezugsgröße sich immer wieder verändert, aber der Vermögensschonbetrag wird auf eine deutlich höhere Summe steigen. Das bedeutet, dass die Zahl der Menschen, die Anspruch auf Eingliederungshilfeleistung haben, steigen wird, weil man nicht mehr erst sein ganzes Vermögen eingesetzt haben muss, um eine Leistung der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen zu können. Das war eine politisch sehr umstrittene Angelegenheit. Vielen Verbänden von Menschen mit Behinderungen ging das nicht weit genug, weil es überhaupt noch eine Anrechnung gibt, aber es ist eine deutliche Veränderung und: Partnervermögen werden von der Einrechnung dann ab 2020 vollständig freigestellt.

Anmerkung aus dem Symposium: In Nordrhein-Westfalen ist das Schonvermögen im Moment 27600 Euro, also 2600 plus 25000, aber der Landschaftsverband Westfalen-Lippe fragt jetzt in der Hilfeplankonferenz, hätten Sie betreutes Wohnen beantragt, wenn dieser Freibetrag nicht gewesen wäre? Was immer das auch soll, es ist ganz interessant. Was ich aber bei dieser ganzen Entwicklung ganz dramatisch finde oder was völlig unbedacht ist, dass weiterhin Eltern herangezogen werden mit diesen 32 Euro im Monat, wo der Aufwand des Berechnens usw. wahrscheinlich viel größer ist, es aber erwachsene psychisch Kranke, bei denen das Verhältnis jetzt mal gerade wieder gekittet ist, in Konflikte stürzt. Und die können ja auch nicht sagen, ich habe jetzt hier meine 25000 Euro Vermögen, ich bezahle das selber, schicken Sie die Rechnung mir, bitte nur nicht meinen Eltern. Das geht alles nicht, das passt überhaupt nicht zusammen und in die Landschaft.

Rosemann: Das ist ein wichtiger Aspekt und bitte bedenken Sie, wir sprechen hier von Anrechnungsgrenzen in der Eingliederungshilfe. Wenn

jemand dennoch auf Sozialhilfe angewiesen ist, weil das Einkommen nicht ausreicht, um daraus den Lebensunterhalt zu bestreiten, dann sieht die Situation wieder anders aus. Aber nur für die Eingliederungshilfe wird das ab 2020 bedeuten, dass man nicht wie bisher alles einsetzen muss. Also ich glaube, dass die Wirkung dieses Teils des Gesetzes sich erst in einer Vielzahl von Jahren entfalten wird, nämlich bei Menschen, die zukünftig erstmalig Leistungen beantragen. Viele Menschen, die wir heute kennen, sind auf Sozialhilfe zum Lebensunterhalt angewiesen und bleiben darauf angewiesen.

Kommen wir vielleicht zum Einkommen, um das dann gleich noch mit abzuschließen. Schon seit dem 1. Januar gibt es eine Freistellung des Einkommens aus selbstständiger oder nicht selbstständiger Tätigkeit bis zu einer Höhe von 65 % der Regelbedarfsstufe 1, das sind heute 265,85 Euro. Also wer heute arbeiten geht und z. B. einen halben geringfügigen Minijob hat, kann dieses Geld behalten. Das ist ein deutlicher Unterschied zur Situation davor. Allerdings, und hier haben wir wieder einen Pferdefuß, gilt das nicht für Menschen, die in stationären Einrichtungen leben.

Ein Ziel des Gesetzes ist es, längerfristig die Eingliederungshilfe aus dem Zusammenhang mit einer Wohnsituation zu lösen. Die Koppelung in einer Einrichtung von Hilfeleistung und unterhaltssichernden Leistungen wird zum 1.1.2020 aufgegeben. Das heißt Eingliederungshilfe wird eine Leistung, die vollkommen unabhängig von der Wohnsituation ist. Das hat auch einige Folgen. Dennoch bleiben die stationären Einrichtungen in gewisser Weise erhalten, weil auch heute schon über die Heimgesetzgebung der Bundesländer – vielfach heißen sie Wohnteilhabegesetze –, die stationären Einrichtungen weiter bestehen bleiben. Dennoch werden die Verhältnisse auseinandergerechnet werden. Sie werden sich ab dem Jahr 2020 immer daran gewöhnen müssen: Es gibt einen Träger der Eingliederungshilfe und es gibt dann, wenn die Menschen weiterhin kein eigenes Einkommen haben, einen Träger der Sozialhilfe, der für die unterhaltssichernden Leistungen zuständig ist, oder man hat Ansprüche gegenüber dem Jobcenter oder der Agentur für Arbeit oder anderen unterhaltsgewährenden Institutionen. Es entsteht also eine Trennung zwischen zwei verschiedenen Leistungsträgern und insofern bestimmen sich die neuen Regelungen dann immer für die Bezieher von Eingliederungshilfe.

Ab 2020 wird es umgedreht: Ein Beitrag zu den Aufwendungen der Eingliederungshilfe ist dann aufzubringen, wenn das Einkommen überwiegend aus einer sozialversicherten Beschäftigung erzielt wird und 85 % der jährlichen Bezugsgröße nach Paragraph 18 Abs.1 SGB IV – den gleichen

Paragraphen hatten wir gerade eben beim Vermögen – übersteigt oder aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erzielt wird und 75 % der jährlichen Bezugsgröße übersteigt oder aus Renteneinkünften erzielt wird und 60 % der jährlichen Bezugsgröße übersteigt. Das heißt, es gibt wieder eine dynamische Abhängigkeit von dieser Bezugsgröße, die für das ganze Sozialversicherungsrecht eine große Rolle spielt und bis zu 85 % davon kann man entweder aus eigenen Einkünften behalten oder 75 % wenn es aus anderen Einkünften kommt oder 60 % wenn es aus Renteneinkünften kommt. Es wird also eine deutliche Änderung geben bei der Heranziehung von Renten oder von Einkünften aus Tätigkeit oder sonstigen Einkünften. Auch hier war die Kritik der Verbände: Wir wollten eigentlich eine vollständige Freistellung erreichen. Das hat die Politik nicht finanzieren wollen und insofern bleiben hier Anrechnungen erhalten, aber sie verändern sich massiv. Und damit verändert sich auch der Personenkreis, der zukünftig Anspruch auf diese Leistung haben wird. Es werden z. B. mehr Menschen, die heute nicht so hohe Renten beziehen, diese behalten können und Leistung der Eingliederungshilfe beantragen können als das heute der Fall ist. Das so zum ganzen Thema Einkommen.

Ein wesentlicher Aspekt in diesem Bundesteilhabegesetz bezieht sich darauf, dass die Träger der Eingliederungshilfe schon immer der Meinung waren: Eingliederungshilfe wird oft gewährt, weil andere Leistungsträger sich ihrer Verantwortung entziehen. Eingliederungshilfe muss einspringen für andere Leistungsträger, die ihrer Leistungsverpflichtung nicht nachkommen. Deswegen hat der Gesetzgeber das SGB IX an einem wesentlichen Punkt oder an mehreren Punkten verändert. Das Sozialgesetzbuch IX ist das Rehabilitationsrecht. Das sind die gemeinsamen Vorschriften, die für alle Rehabilitationsträger gelten. Ganze Kapitel dieses neuen Gesetzes sind zukünftig so gestaltet, dass sie für alle Leistungsträger verbindlich sind. Und das gilt schon ab 1.1. 2018, also ab nächstem Jahr. Und dazu gehören die Regeln: Wie kommt es denn zustande, dass ein Mensch überhaupt eine Leistung erhält? Viele von Ihnen werden es erlebt haben, man geht irgendwo hin und stellt einen Antrag und dann heißt es: Sie sind bei uns falsch, gehen Sie mal da oder da hin. Der angesprochene Leistungsträger, so steht es im § 14 SGB IX, muss den Antrag selber weiterleiten, aber hat es oft nicht gemacht und das war dann auch ohne Folgen, wenn er es nicht gemacht hat. Das ändert sich zukünftig. Es gibt künftig den Begriff des »leistenden Rehabilitationsträgers«. Wenn mehrere zuständig sind, wird zukünftig ein Rehabilitationsträger als »leistender Rehabilitationsträger« bezeichnet und

der steht in der Verantwortung gegenüber dem Bürger. Und dieser leistende Rehabilitationsträger muss dann auch einen Teilhabeplan entwickeln, wenn ein Teilhabeplan notwendig ist. Dazu kommen wir gleich noch. Um dem Ganzen Durchsetzungskraft zu verleihen und um falsche Weiterleitungen zu verhindern, ist dann der zweite Träger derjenige, der dann auf jeden Fall in die Leistungspflicht eintreten muss. Wenn aber der erste angegangene Leistungsträger zuständig ist, also zu Unrecht den Antrag weitergeleitet hat, muss dieser jenem die Kosten erstatten. Zukünftig muss er dafür aber auch noch eine Verwaltungsgebühr erstatten. Damit die Kostenträger nicht verführt werden, das immer von sich weiterzugeben an einen anderen, muss der, der eigentlich zuständig ist, aber an einen anderen weiterleitet, dafür mehr bezahlen als er bezahlen müsste, wenn er es selber täte. Sie finden an mehreren Stellen des Gesetzes solche Regelungen, die die Verbindlichkeit des Handelns zwischen den Leistungsträgern systematisch erhöht bis hin zu der Möglichkeit, dass Bürger, wenn sie nicht innerhalb bestimmter Fristen Bescheide erhalten, sich die Leistung selbst beschaffen können und dann auch einen Anspruch darauf haben, dass ihnen diese selbstbeschaffte Leistung erstattet wird. Das Letztere gilt nur leider nicht für den Träger der Eingliederungshilfe und nicht für den Träger der Jugendhilfe, aber zum Beispiel gilt es für den Träger Agentur für Arbeit oder die Krankenversicherung oder die Rentenversicherung. Das sind Beispiele dafür, wie der Gesetzgeber versucht hat sicherzustellen, dass tatsächlich alle Leistungsträger ihrer Verpflichtung zukünftig besser nachkommen als bisher.

Kommen wir zum Teilhabeplan. Wenn es erforderlich ist, dann muss ein sogenannter Teilhabeplan erstellt werden (§ 19 SGB IX n. F.). Das gilt für alle Leistungsträger, also vorrangig für die Agentur für Arbeit, die Rentenversicherung, Krankenversicherung, im entsprechenden Fall für die Unfallversicherung, aber eben auch für die Eingliederungshilfe. Daneben gibt es für die Eingliederungshilfe Sonderregelungen, zu denen kommen wir noch, für alle anderen gilt zunächst mal, dass es, wenn erforderlich, einen sogenannten Teilhabeplan geben soll. Dieser Teilhabeplan ist nicht immer erforderlich. Bitte machen Sie sich klar, dass das BTHG nicht nur für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen gemacht wurde. Dieser Personenkreis fand in den Ausgestaltungen des Gesetzes nur am Rande Aufmerksamkeit. Das Gesetz ist durchzogen von der Umsetzung von Rechten vorrangig von Menschen mit Behinderung, die auch in der Lage sind, ihre eigenen Bedürfnisse zu artikulieren. Und ein Großteil von Rehabilitationsleistung findet eben nicht in der Psychiatrie statt, sondern

in ganz anderen Bereichen. Zur Rehabilitation gehört auch, wenn Sie ein neues Kniegelenk und nach der Operation eine Anschlussheilbehandlung, also eine Leistung der medizinischen Rehabilitation brauchen. Das gehört alles zum Rehabilitationsrecht. Um die medizinische Rehabilitation nach einer Kniegelenksoperation durchzuführen, braucht man vielleicht wirklich keinen Teilhabeplan, sondern zeitnah eine geeignete Einrichtung. Insofern hat der Gesetzgeber darauf verzichtet, den Teilhabeplan verbindlich für alle Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auszugestalten. Aber wenn Leistungsberechtigte die Erstellung eines Teilhabeplans wünschen, dann muss ein Teilhabeplan gemacht werden, bzw. er kann nur mit guten Gründen abgelehnt werden. Also ist das ausgestaltet worden, was ich eingangs erwähnt habe: Der Mensch mit Behinderung kann sagen, dass er einen Teilhabeplan haben will und dann muss es sehr gute Gründe geben, diesem Anspruch nicht gerecht zu werden.

Anmerkung aus dem Symposium: Gut, das heißt aber, wenn ich Sie jetzt richtig verstanden habe, wir haben sehr viele bei uns im Haus die beides haben: sowohl die seelisch-psychische Belastung als auch körperliche Behinderungen. Ist dann zwingend immer der Teilhabeplan durchzusetzen?

Rosemann: Der Teilhabeplan ist immer anzuwenden, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Leistungsträger erforderlich sind. Also er wird immer erstellt, wenn jemand zum Beispiel Eingliederungshilfe plus Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von der Agentur für Arbeit erhält. Das wären zwei Leistungsträger. Oder wenn Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben plus soziale Teilhabe, also zwei Leistungsarten zusammentreffen, dann muss ein Teilhabeplan gemacht werden. Wenn nicht zwei Leistungsarten oder Leistungsträger zusammentreffen, wird der Teilhabeplan nur erstellt, wenn der Mensch mit Behinderung es ausdrücklich wünscht.

Steinhart: Und bei der Eingliederungshilfe, dahin schauen wir gleich nochmal?!

Rosemann: Zum dort so genannten Gesamtplan kommen wir nachher noch.

Anmerkung aus dem Symposium: Vielen Dank! Noch eine Frage zu der Umsetzung des Teilhabeplans. Ich arbeite als Sozialarbeiterin im sozialpsychiatrischen Dienst, wo es ja unter anderem auch um Begutachtungen von Eingliederungshilfen geht. Dresden möchte jetzt beispielsweise den ITP einführen, wo aber noch gar nicht klar ist, ob der KSV, also der kommunale Sozialverband, sich dafür entscheidet. Wer setzt denn diesen Teilhabeplan um mit den Klienten, weil gerade bezogen auf

das Wunsch- und Wahlrecht und die Personenzentrierung, braucht es dafür ja auch eine gewisse Fachkraft. Gibt es da schon Überlegungen? Auch wie sich die Länder entscheiden?

Rosemann: Das ist genau einer der Punkte, auf die wir aufmerksam machen wollen: Das steht jetzt in den Ländern, in den Regionen, in den Kommunen zur Umsetzung an. Der Gesetzgeber macht die Vorschrift, die nun aber umgesetzt werden muss. Die bisherige Geschichte des Sozialgesetzbuchs IX, das es seit 2001 gibt, ist voll von Vorschriften, die nicht umgesetzt wurden.

Steinhart: Oder von Vorschriften, die zwei bis drei Jahre gedauert haben, zum Beispiel prospektive Leistungsentgelte: Es hat damals etwa zwei, drei Jahre gedauert bis man sich vom Kostendeckungsprinzip weg bewegte. Und hier ist es so, dass (wenn ich das jetzt richtig im Kopf habe) zum 1.1.2018 eigentlich klar sein muss, welches Gesamtplaninstrument in der Eingliederungshilfe in einem Land angewendet wird. Darauf beziehen Sie sich wahrscheinlich und das ist eine Bestimmung, die die Länder umsetzen können, wenn sie wollen. Es gibt Bundesländer, die geben da unglaublich Gas, zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern hat sich zum Ziel genommen: Am 1.1.2018 wollen wir ein einheitliches Teilhabeplanungsinstrument im Land haben. Andere sagen, es ist nur eine Kann-Bestimmung, ich nehme mir da noch ein bisschen Zeit. Und deswegen wollten wir Sie sensibilisieren, denn man kann ja auf eine Landesentscheidung auch Einfluss nehmen, welches Instrument ist sinnvoll, zu welchem Zeitpunkt macht man das und so weiter. Das ist immer eine Länderentscheidung, das kann eigentlich nicht eine Stadt für das Land entscheiden, sondern das muss das Land im Einvernehmen mit den Kommunen sowie dem jeweiligen Träger der Eingliederungshilfe machen.

Anmerkung aus dem Symposium: Was ich damit meinte: Es gibt sozusagen jetzt eine Erprobungsphase bei uns. Die Stadt hatte einfach noch Weiterbildungsgelder und die wurden dann für diesen ITP genommen.

Rosemann: Der Bundesgesetzgeber geht davon aus, dass die Umsetzung vieler Regelungen wie eben auch dieser doch einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen wird und dass man dafür auch beobachten muss, was passiert denn wirklich? Er will das auch evaluieren. Und das, was wir jetzt gerade diskutieren, der Teilhabeplan, das ist noch was anderes als der Gesamtplan in der Eingliederungshilfe, zu dem kommen wir noch. Der Teilhabeplan ist ja eine Vorschrift für alle Leistungsträger. Dass alle Leistungsträger jetzt im Zweifel ein solches Instrument einsetzen müssen, ist etwas komplett Neues.

Und insofern sind der Teilhabplan wie auch die Teilhabekonferenz für die meisten Leistungsträger noch unbekannte Instrumente. Deswegen ist es wichtig, dass wir uns darüber im Klaren sind, dass dieser Teilhabeplan davon abhängt, dass die Bürger, die auf ihn Anspruch haben, auch wollen, dass er erstellt wird. Dass ein solcher Teilhabeplan erstellt wird, werden nicht die Leistungserbringer fordern können, sondern nur die Menschen, die selbst betroffen sind, haben einen Anspruch auf einen solchen Teilhabeplan. Die Leistungsberechtigten haben Anspruch auf Einsichtnahme in den Teilhabeplan oder Anspruch auf eine Fotokopie desselben. Das zeigt also, nicht die Leistungserbringer sind angesprochen, sondern der Bürger ist angesprochen. Der, der Anspruch hat auf die Leistung, hat auch einen Anspruch auf den Plan und das Teilhabeplanverfahren. Es ist kein unbedingter Rechtsanspruch, aber es ist ein Anspruch, den man geltend machen kann, und der nur abgewehrt werden kann, wenn es dafür gute Gründe gibt. Übrigens war das eine Forderung der APK auf einer Jahrestagung vor einigen Jahren.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich habe da nochmal eine Verständnisfrage, weil ich ja mehr aus dem stationären Bereich komme und heute Morgen zum Frühstück passend für den heutigen Tag dann erst gelesen habe, was die Berliner Zeitung letzte Woche berichtete. Da war zum Beispiel die Rede von einer 44-jährigen, schizophren genannten Frau, die jetzt seit Jahr und Tag in einem Pflegeheim lebt, aber weder einen Teilhabeplan noch einen Rehabilitationsplan hat. Habe ich das richtig verstanden, dass das Land Berlin jetzt einfach so weitermachen kann, weil es keine Lust hat, sich dieser Aufgabe in den nächsten Jahren zu stellen?

Rosemann: Also die Antwort lautet, die Person, von der Sie jetzt gerade sprechen, befindet sich in einer stationären Pflegeeinrichtung. Die Vorschriften, die wir jetzt gerade hier durchgehen, gelten nicht für die stationäre Pflege, sondern gelten für Leistungen der Eingliederungshilfe, für Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben, für Leistung der medizinischen Rehabilitation, aber nicht für die Pflege.

Anmerkung aus dem Symposium: Das heißt, diese Frau ist schon abgeschoben in das, was ich Freiheitsentzug nenne?

Rosemann: Das ist eine vollkommen andere Frage, Freiheitsentzug hat mit dem Bundesteilhabegesetz nicht zwingend zu tun. Aber sie hat keinen Anspruch auf einen Teilhabeplan, sondern sie hat Anspruch auf einen Pflegeplan, weil sie sich in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich habe zwei Fragen, die eine hat sich schon ein bisschen beantwortet mit dem Teilhabeplan. Ich hatte in einer Infobroschüre dazu gelesen, dass der Teilhabeplan nicht Bestandteil des Bescheides ist, den

derjenige letztendlich bekommt, aber Sie haben es ja jetzt im Grunde genommen schon beantwortet, dass man ihn sozusagen einsehen kann. Das andere wäre zur Teilhabekonferenz. Dazu habe ich auch die Info, dass der Leistungsberechtigte nicht darauf bestehen kann, sondern der Leistungsträger den Sachverhalt schriftlich ermitteln kann. Wie ist denn da der Stand?

Rosemann: Es soll eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden, wenn das erforderlich ist (§ 20 SGB IX n. F.). Die Leistungsberechtigten können das vorschlagen, aber auch Dritte können es vorschlagen, andere Rehabilitationsträger oder auch die Jobcenter können die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Wenn der Leistungsberechtigte das vorschlägt und man will es nicht durchführen, weil sich zum Beispiel der Sachverhalt auch ohne Durchführung einer Konferenz problemlos ermitteln ließe, dann muss der leistende Rehabilitationsträger das gegenüber dem Bürger, der das vorschlägt, begründen, ihn über die maßgeblichen Gründe informieren und ihn dazu anhören. Man kann die Teilhabeplankonferenz nicht erzwingen, aber man kann erzwingen, dass der Kostenträger sich gut überlegen muss, warum er es ablehnt und das kann natürlich im Zweifel auch mal einer gerichtlichen Überprüfung unterzogen werden.

Anmerkung aus dem Symposium: Darauf zielen auch meine Fragen. Die eine Frage ist: Der Bürger, der leistungsberechtigte Bürger ist dann auf den Rechtsweg verwiesen mit allen Implikationen, die das hat? Und eine zweite Frage ist ja auch die der Qualität dieser gesamten Teilhabeplanung und die dritte betrifft die Einbeziehung des Wunsch- und Wahrechtes, also welche Definitionsmacht und wieviel Unterstützung hat denn der Leistungsberechtigte in diesem relativ komplizierten Prozess? Das sind für die Frage der Umsetzung vor Ort, in den Ländern, für mein Verständnis jedenfalls zentrale Fragen, die über den Sinn oder den Unsinn dieser ganzen Regelung entscheiden und die dann das Urteil fällen werden.

Rosemann: Das sind genau die Fragen der Umsetzung. Der Gesetzgeber definiert etwas und die Frage ist, wie wird es in der Praxis umgesetzt? Man könnte die Frage auch so beantworten und sagen, schauen wir doch mal ob wir wenigstens in drei Jahren zu dem einen oder anderen Punkt eine höchstrichterliche Rechtsprechung haben. Dann hätten wir gemerkt, dass irgendwas in Bewegung gekommen ist, also dass versucht wird, die Rechte der Menschen tatsächlich umzusetzen. Zur Beantwortung der Frage nach der Qualität des Teilhabeplans (§ 19 Abs.2 SGB IX n. F.): Der dokumentiert also schon mal den Tag des Antragseingangs, das ist ja ein nicht ganz unwesentlicher Aspekt, die Frage der Zuständigkeitsklärung, die Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und zwar auch mit welchen

Instrumenten dieser ermittelt wurde. Das alles muss dokumentiert werden, gegebenenfalls bedarf es auch einer gutachterlichen Stellungnahme. Dann, wenn es Einrichtungen und Dienste bei der Leistungserbringung gibt, wie die einbezogen wurden, was die beschrieben haben. Und dann steht hier ausdrücklich: die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach Paragraph 8, insbesondere in Hinblick auf die Ausführung von Leistung durch ein persönliches Budget. Das sind alles jetzt nur Formulierungen im Gesetz, was der Teilhabeplan enthalten muss. Deswegen sagen wir nochmal ganz deutlich: Dieses Gesetz ist nur so gut wie seine Umsetzung, die wir in bestimmten Teilen sicher auch erzwingen werden müssen.

Steinhart: Und man muss nochmal ganz klar sagen, es ist ein Verbraucherstärkungsgesetz an diesen Stellen, aber die Frage ist, ob wir es hinbekommen, dass der Verbraucherschutz auch entsprechend gestärkt wird an dieser Stelle und nicht nur auf dem Papier bleibt. Wir müssen was dafür tun.

Anmerkung aus dem Symposium: Wer ist denn wir? Ich sehe das so ähnlich wie der Herr Rosemann das am Anfang gesagt hat: Da sind eine Reihe von Regelungen drin, die fortschrittlich wirken könnten. Der entscheidende Punkt ist die Durchsetzung und die Definition des Subjekts, also wir. Und für beides weiß ich keine Antwort und bin heute hierhergekommen, weil ich denke, dass man darüber reden sollte, wie man Durchsetzungsstrategien entwickelt und wer das wir, also wer das Subjekt dieser Durchsetzung sein könnte.

Rosemann: Das gesamte Gesetz lebt davon, dass es die Rechte der Menschen stärkt. Da ist die spannende Frage: Wer ist wir? Also die Menschen haben mehr Rechte. Die Geschichte des SGB IX ist voll von nicht eingelösten Ansprüchen. Es wird unsere Aufgabe im Hilfesystem sein, die Menschen in der Durchsetzung ihrer Rechte zu bestärken und zu ermutigen, und ich glaube das geht einher mit einem neuen Begriff von sozialer Teilhabe, nämlich dem Assistenzbegriff. Zukünftig wird Assistenz sich darauf beziehen müssen, die Menschen zu befähigen, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen. Und von daher glaube ich, dass dieses Gesetz insgesamt die Ausrichtung unserer Leistung verändern wird. Sie wird sich darauf konzentrieren müssen, dass wir als fachliche Leistungserbringer Menschen ermutigen, stärken und vor allen Dingen befähigen, ihre Rechte tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Und die zweite Ebene ist die, wir werden damit zu tun haben, uns auch intensiv mit rechtlichen Betreuern auseinanderzusetzen, auch diese Ebene wird gestärkt werden müssen. Rechtliche Betreuer werden eine sehr viel stärkere Rolle bekommen beim Durchsetzen solcher Ansprüche.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich finde auch, dass ein Knackpunkt die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts ist und die Patientenorientierung und dass ich auch ein bisschen die Gefahr sehe oder die Angst habe, dass auch wenn das irgendwie toll klingt und ausformuliert ist mit Teilhabekonferenz, dass dann doch irgendwie so ein Paternalismus durchkommt, dass den Betroffenen irgendwie Vorschläge gemacht werden oder dass man als Betroffener gar nicht selber seine Wünsche durchbringen kann. Denn das hat ja auch damit zu tun, ob man überhaupt seine Rechte kennt, und genau an dem Punkt finde ich die persönliche Assistenz und auch was eingeführt werden soll mit der unabhängigen Teilhabeberatung so wichtig: Damit Menschen mit Beeinträchtigung, die hier ja einen Anspruch haben, sich überhaupt bei unabhängigen Beratungsstellen von Menschen, die eine ähnliche Erfahrung haben, die Peercouncellor sind zum Beispiel, beraten lassen können, was für sie überhaupt in Frage kommt. Und das kann ich auch vor meinem persönlichen Hintergrund sagen: Ich habe zweieinhalb Jahre lang versucht, eine Weiterbildung zu bekommen als ich noch krank war und arbeitsunfähig und eine Veränderung haben wollte. Und ich wurde von einem Rehabilitationsteam der Agentur für Arbeit betreut und ich sollte entweder in die Werkstatt oder in irgendeine Eignungs- und Feststellungsmaßnahme und ich konnte reden wie ich wollte, es gab einfach keine Hilfe. Und wenn man seine Rechte nicht kennt oder wenn man auch keine Unterstützung hat, dann stößt man, wenn Paternalismus da ist, so schön die Worte auch klingen mögen mit Teilhabe, immer wieder nur an Grenzen.

Applaus

Rosemann: Man kann alles nur unterstreichen wie Sie es beschreiben. Ich kann Ihnen nur sagen wie der Gesetzgeber versucht, das aufzunehmen, was Sie gerade beschrieben haben: Es wird ab Herbst dieses Jahres in allen Bundesländern die sogenannte ergänzende unabhängige Teilhabeberatung geben. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert diese ergänzende unabhängige Teilhabeberatung aus Mitteln des Bundes. Das ist festgeschrieben für den Zeitraum von maximal fünf Jahren, in dem diese Forderung erfolgen soll. Die Förderkriterien wurden bis jetzt gerade erarbeitet und werden in den nächsten Tagen im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Informell kursieren sie schon, insofern kann man sie kennen, wenn man will, aber in dem Moment, wo sie im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, beginnt das Ausschreibungsverfahren. Die Vergabe dieser Mittel für die unabhängige ergänzende Teilhabeberatung erfolgt im Benehmen mit den Bundesländern, das heißt, wer in dem Bundesland einen Zuschlag bekommt, bestimmt das Bundesministerium in Absprache mit den jeweiligen Landesregierungen. Die werden sich dazu verständigen.

Ein Kriterium für die Gewährung einer entsprechenden Zuwendung für eine unabhängige ergänzende Teilhabeberatung ist, dass auch sowas wie Peercouncelling-Prinzipien in diese unabhängige ergänzende Teilhabeberatung eingebaut und eingearbeitet werden. Daran wird auch sozusagen die Qualität eines entsprechenden Antrags gemessen werden. Das ist der offizielle Teil.

Der inoffizielle Teil ist, das Ministerium erwartet sich aus dem, was es über die Berichte der unabhängigen Teilhabeberatung an Rückmeldungen erhält, eine Information darüber, wie dieses Gesetz in den Ländern denn tatsächlich in der Wirklichkeit umgesetzt wird. Die wollen sich über diese unabhängige Teilhabeberatung auch Bericht erstatten lassen: Was wird denn dort an Problemen vorgetragen? Diese unabhängige ergänzende Teilhabeberatung muss in die Lage versetzt werden, das zu tun. Bitte vergegenwärtigen Sie sich, sie müssen das gesamte Rehabilitationsfeld beraten. Das gesamte Rehabilitationsrecht, also genauso den Anspruch auf eine Leistung Anschlussheilbehandlung nach der Kniegelenksoperation wie hin zu komplexen Fragen von Frühförderung und ähnlichem mehr.

Anmerkung aus dem Symposium: Und hier gibt es in ganz Deutschland maximal fünf Personen, die das können.

Rosemann: Das funktioniert nur so, indem die sich Expertenwissen breit zusammenholen, das wird also schon nochmal eine ganz große Hürde werden und von daher kann man davon ausgehen: Auch die werden sich qualifizieren müssen. Und deswegen hat der Gesetzgeber noch was anderes gemacht, der hat sozusagen eingebaut, dass die Leistungsträger grundsätzlich zur umfassenden und frühzeitigen Beratung verpflichtet sind. Wenn man anguckt, was das für die Eingliederungshilfe bedeutet, das ist ein ganzer Paragraph, der differenziert auflistet wie Eingliederungshilfeträger zukünftig beraten und unterstützen müssen. Da ist unter anderem ausdrücklich aufgeführt die Hilfestellung bei der Formulierung eines Antrags und ähnliches mehr. Dazu sind die Leistungsträger, auch die Träger der Eingliederungshilfe, zukünftig verpflichtet. Deswegen gehen auch, das war ein großer Diskussionspunkt im Gesetzgebungsverfahren, alle Beteiligten davon aus, dass dies mit den bisherigen personellen Ressourcen bei den Trägern der Eingliederungshilfe nicht zu bewerkstelligen sein wird, sondern dass man dort umfassend für mehr Personal und Qualifizierung sorgen muss. Dafür sind auch Mittel im Bundeshaushalt bereitgestellt.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich bin mit den Jahreszahlen ein bisschen durcheinandergekommen mittlerweile: Diese Kann-Bestimmung, die Sie ja betont

hatten bezüglich des Teilhabeplans, war die irgendwie begrenzt? Gibt es eine nächste Stufe, wo das dann eine Muss-Leistung ist?

Rosemann: Nein. Das Teilhabeplanverfahren gilt ab 1.1.2018 für alle Leistungsträger.

Anmerkung aus dem Symposium: Und ist dann erstmal eine Kann-Bestimmung?

Rosemann: So wie ich es vorher formuliert habe: Der Mensch, der Bürger, kann einen Antrag stellen auf einen Teilhabeplan.

Anmerkung aus dem Symposium: Und da hatten Sie ja noch erwähnt, dass Länder und Kommunen das ausgestalten sollen?

Rosemann: Die Rehabilitationsträger sind ja in der Regel erstmal die Agentur für Arbeit, die Rentenversicherung, die Krankenkassen, die Unfallversicherung. Für den Träger der Eingliederungshilfe gilt das Gesamtplanverfahren, zu dem sind wir noch gar nicht gekommen.

Anmerkung aus dem Symposium: Kurze Frage zur ergänzenden Teilhabeberatung. Ist das eine «Komm« oder eine »Geh«-Struktur? Also ist das zwingend, dass diese tätig wird oder ist das auf Antrag, nur auf Wunsch?

Rosemann: Die finanzielle Verteilung der Mittel, die bereitgestellt werden, auf die einzelnen Bundeländer erfolgt so, dass die Flächenstaaten, also Länder mit großer Fläche mehr Geld erhalten, um die Teilhabeberatung in die Lage zu versetzen, auch in die Regionen zu kommen und dort die Beratung durchzuführen. Die kommen aber vermutlich nicht nach Hause, sondern können dann eher in der Kreisstadt eine Sprechstunde abhalten oder so.

Steinhart: Das ist eine freiwillige Beratung, ich kann dahingehen und mich beraten lassen.

Rosemann: Das ist eine reine Beratung, keine Rechtsberatung, eine reine Beratung, und nur auf Wunsch, vergleichbar den Pflegestützpunkten.

Steinhart: Nur um noch zu dem Gesamtplan zu kommen, will ich gerne die Kurve abschließen. Ich hoffe, es ist deutlich geworden: Bei dieser ganzen Umstellung des Systems gibt es einen relativ großen Magneten, der verführt alle Beteiligten dazu zu sagen: Wie kriegen wir das möglichst schnell so umgestellt, dass alles ein bisschen so bleibt wie es ist und sich nicht so viel verändert? Das sickert überall bei den Leistungsträgern durch. Es sind auch viele Anbieter, die sagen, hoffentlich wird es nicht so schlimm, hoffentlich ändert sich nicht so viel. Und das Gegengewicht gegen diesen Magneten können am Ende nur die Anspruchsberechtigten sein. Deswegen ist das so wichtig, dass man da einen Gegenpol hinbekommt. Das wird aber sicherlich

nicht schnell gehen, sondern es wird ein lernendes System sein. Diese unabhängige Teilhabeberatung will das Ministerium auch zur Evaluation des Prozesses nutzen und dadurch wieder auf neue Ideen zur Weiterentwicklung kommen. In der Anfangsphase wird es – glaube ich – eher so sein, dass die Teilhabeberatung eher ein schwaches Glied in der Kette ist; sie könnte am Ende aber zum erfolgreichen Modell werden oder im negativen Fall, wie viele Versuche vorher, dann kein tatsächliches Gegengewicht sein. Es kommt also darauf an, ob es gelingt, das, was das Gesetz jetzt auf dem Papier verändert hat, die Stärkung der Verbraucher, der Anspruchsberechtigten, in der Realität zu erreichen.

Ich kann Ihnen ein anderes Beispiel aus der Pflege berichten. In Mecklenburg-Vorpommern hat man vor Jahren mit großem Aufwand Pflegestützpunkte eingerichtet und gesagt: Da können ja alle Leute zur Beratung kommen. Und da habe ich gesagt: Wie macht ihr das denn mit der Beratung? Da kommt man hin und dann wird man beraten. Aber dann ist man alleine mit dem Beratungsergebnis und wenn man nicht wiederkommt, ist man verschwunden. Aber jeder weiß, dass wenn jemand z. B. eine Demenz hat, dass der dann nicht selber in der Lage ist, wenn er einmal beraten wird, ein ganzes Antragsverfahren und ähnliches einzuleiten. Das heißt, wir müssen darauf achten, dass diese unabhängige Teilhabeberatung nicht das Schicksal der allgemeinen Beratungsstellen, sondern einen anderen Weg nimmt, um wirklich ein Gegengewicht zu erzeugen. Das wird die wesentliche Herausforderung an dieser Stelle sein, sonst bringt das Gesetz für die Anspruchsberechtigten weniger Veränderung als wir uns das im Moment erhoffen. Also dann wird das, was heute so läuft, auch weiter so laufen. Nur das Verfahren ist komplizierter.

Anmerkung aus dem Symposium zum Begriff der Unabhängigkeit

Rosemann: Das können Sie den Richtlinien entnehmen, die da veröffentlich werden. Unabhängig von Interessen von Leistungsträgern und unabhängig von Interessen von Leistungserbringern.

So ist das gemeint und wenn eine Organisation sich zur Beratung anbietet, die zu dem einen oder dem anderen System Beziehung hat, also zum Beispiel gleiche Rechtsträgerschaft, dann muss in dem Antrag dargestellt werden, wie gewährleistet ist, dass die Unabhängigkeit tatsächlich gewahrt wird, zum Beispiel wie gewährleistet ist, dass es kein Weisungsrecht auf die Berater gibt. Mit der unabhängigen Teilhabeberatung muss man sich jetzt in den Sommermonaten intensiver beschäftigen. Ich glaube, auch für die EX-IN-Ausbildung ist das ein wichtiges Thema, wie es gelingt, dass diejenigen,

die in EX-IN Ausbildung tätig sind, auch Brücken herstellen, möglicherweise Kontakte knüpfen, ihr Knowhow einfließen lassen. Das alles ist jetzt die Aufgabe für die nächsten Wochen und Monate dieses Sommers und das wird von Bundesland zu Bundesland außerordentlich unterschiedlich sein. Und man muss sich darüber im Klaren sein, dass die Verbände von Menschen mit körperlicher Behinderung hochorganisiert sind und längst Konzepte in der Tasche haben und sehr dominant in der Durchsetzung ihrer Interessen sind. Das konnte man im gesamten Gesetzgebungsverfahren beobachten. Selbsthilfeverbände von Menschen mit körperlicher Behinderung, mit Sinnesbehinderung, können ihre Interessen gut artikulieren und wir müssen darauf achten, dass hier die Interessen von Menschen mit seelischer Behinderung nicht übersehen werden.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich würde das gerne nochmal politisch brechen, also so wie ihr das jetzt beschrieben habt, heißt das, dass die Schwächsten das durchsetzen müssen. Das kann ja nach der Erfahrung, die wir in den letzten dreißig, vierzig Jahren gesammelt haben, nicht funktionieren. Also stellt sich doch die politische Frage für die Leistungserbringer, wie wir diesen Prozess der Unterstützung so verbindlich und rechtlich abgesichert organisieren, damit es tatsächliche Durchsetzungschancen gibt. Und diese Frage muss sehr viel stärker diskutiert werden, weil nur darüber wird es gelingen, das mit Leben zu füllen zugunsten derjenigen, die nicht wie die Körperbehinderten sozusagen schon seit dem Kriegsende Übung haben. Wenn man den anderen dabei Hilfe leisten will, dann müssen wir uns dieser Frage stellen.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich möchte trotzdem jetzt ganz kurz eine Lanze für die Körperbehinderten brechen. Wenn wir die Körperbehinderten nicht an unserer Seite gehabt hätten bei der »fünf von neun Regelung«, glaube ich, hätten wir heute die »fünf von neun Regelung«. Und ich glaube, dass wir uns vielleicht viel mehr damit auseinandersetzen müssen, wie wir uns weiter mit Menschen mit anderen Behinderungen solidarisieren, wie wir vielleicht auch Beratungsstellen organisieren, die durch viele verschiedene Behinderungsformen miteinander handeln. Ich bin sehr froh, dass es die Körperbehinderten gibt, und die meisten Menschen bei der »Interessenvertretung selbstbestimmt leben« oder bei der »Liga Selbstvertretung« sind sehr daran interessiert, uns in unserem »Kampf« zu unterstützen. Und so ganz unabhängig, ich weiß, die mögen mich da nicht, aber so ganz unabhängig sind natürlich Leistungserbringer nicht. Also das muss man ja auch mal sagen. Ich fände es schön, wenn man zwischen Betroffenen und Leistungserbringungsträgern mal wirklich eine gute Diskussion hinkriegen würde. Diese Unabhängigkeit von Leistungserbringern und dass sie den Kampf für die armen Behinderten machen müssen, ich bin da nicht ganz so der Meinung.

Steinhart: Ja, Sie haben vollkommen Recht, aber wir müssen uns über Folgendes im Klaren sein. Ich will das noch stärken, was er gerade gesagt hat: Es sind etwa zwischen 40 und 45 % der Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, seelisch behindert. Und es geht einfach aus APK-Sicht darum, dass diese Menschen in der unabhängigen Teilhabeberatungssituation nicht untergehen. Wir haben eigentlich eine gute Ausgangsstruktur mit EX-IN und allen möglichen anderen Aktivitäten, die sich so darum herum entwickelt haben. Aber dieses System ist nun noch nicht so gut aufgestellt, dass man bundesweit von diesen etwa 800 Stellen, die es geben soll, wenn Sie jetzt mal 40 % rechnen, dann wären das 300-400 Stellen, die wir aus der Psychiatrie heraus, aus Psychiatrieerfahrenen kurzfristig besetzen müssten. Und das ist unsere Sorge, dass wir da an der Stelle rein von der Menge her noch nicht so gut aufgestellt sind, um das überhaupt leisten zu können. Aber die Leistungserbringer, da gebe ich Ihnen vollkommen Recht, sollten ihr Ziel eher auf die Stärkung der Aspekte der Betroffenen richten, als selbst zu versuchen von diesen 800 Stellen, möglichst viele abzugreifen.

Anmerkung aus dem Symposium: Nachdem Sie EX-IN konkret benannt hatten wollte ich nur darauf hinweisen, dass wir uns als EX-IN Deutschland, als Bundesverband, schon seit Anfang des Jahres mit dem Thema beschäftigen. Es sind ja inzwischen 1200 Genesungsbegleiter deutschlandweit ausgebildet worden und es wird morgen hier nochmal einen speziellen Workshop zu diesem Thema geben. Genesungsbegleiter als Berater im Zuge des Bundesteilhabegesetztes.

Anmerkung aus dem Symposium: Mir fällt nur etwas auf und ich finde das wichtig. Ich finde es auch wichtig für die APK. Jetzt war einmal die Rede von seelisch behinderten Menschen, völlig zu Recht.

Steinhart: Das ist das Vokabular der Eingliederungshilfe…

Anmerkung aus dem Symposium: Heute Morgen auf dem Podium wurde immer von seelischer Krankheit gesprochen, also das ist kein Vorwurf gegen die Diskutanten, es ist das allgemeine Bild, was auch von der APK getragen wird: Für Krankheiten sind die Ärzte zuständig und die können das schon alles wieder heile machen. So einfach ist es in der Psychiatrie eben nicht und es sind eben ganz viele Menschen, die durch die Diagnose und das gesamte System, also sowohl klinische Psychiatrie als auch Eingliederungshilfe, behindert werden.

Steinhart: In unserem Zusammenhang kommen wir jetzt zu den Leistungen der Eingliederungshilfe: Menschen, die wesentlich seelisch behindert sind, so ist aktuell noch die Normierung, die einen Leistungsanspruch haben, und um nichts anderes geht es jetzt im nächsten Teil.

Rosemann: Durch das Bundesteilhabegesetz ziehen sich die Kategorien der ICF relativ systematisch durch und in der ICF ist die Behinderung ein Produkt aus den mentalen und den Körperfunktionen und -strukturen des Menschen in Wechselwirkung mit den Barrieren, denen er oder sie sich ausgesetzt sieht. Und auch das ist ein Paradigmenwechsel, auf den wir sozusagen in Zukunft werden achten müssen: Dass das Ziel von Teilhabeleistung immer ist, Barrieren zu beseitigen, und das heißt nicht zwingend immer, die Person zu verändern, sondern das Beseitigen von Barrieren kann sich auch auf andere Umgebungsbedingungen beziehen. Und dafür gibt uns das Instrumentarium durch die ICF-Orientierung des ganzen BTHGs eigentlich eine ganze Menge Anhaltspunkte, etwas zu erreichen. Aber auch das gelingt nur, wenn die Leute, die es umsetzen, es auch in diesem Sinne tun.

Also sie müssen es wissen, sie müssen informiert sein und sie müssen es umsetzen. Das ist noch ein weiter Weg.

Ganz kurz zum Gesamtplanverfahren. Gesamtplanverfahren ist das Instrument des Trägers der Eingliederungshilfe, alles andere heißt Teilhabeplanverfahren. Wenn es beides gibt, also der Träger der Eingliederungshilfe beteiligt ist, dann sollen Gesamtplanverfahren und Teilhabeplanverfahren miteinander zu einem einzigen Verfahren verbunden werden. Wenn es aber nur Leistungen der Eingliederungshilfe sind, dann gelten die Kriterien des Gesamtplanverfahrens. Es gibt ein paar grundsätzliche Kriterien, an denen sich das Verfahren orientieren muss: transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert (§ 117 SGB IX n. F.). Die könnten aus einem Lehrbuch der APK sein. Diese Kriterien haben nicht unmittelbar für den einzelnen Bürger eine Bedeutung, aber für die Entwicklung von neuen Verfahrensschritten haben sie sehr wohl Bedeutung, weil man jetzt auch einfordern muss, dass das, was in den Ländern und was die Träger der Eingliederungshilfe entwickeln werden, diesen Kriterien, interdisziplinär, transparent und so weiter, dann auch genügt. Also für den Prozess der Entwicklung des Verfahrens spielen diese Kriterien eine große Rolle.

Es gibt ein systematisches Gesamtplanverfahren, das auch hier wieder der Mensch beantragen kann, wenn er das möchte und es kann nur unter bestimmten Bedingungen abgelehnt werden. Auf Verlangen ist eine Person des Vertrauens beteiligt, das halte ich für eine wichtige Funktion, dass das jetzt auch im Gesetz steht, und die Leistungsberechtigten können dem Träger der Eingliederungshilfe die Durchführung einer Gesamtplankonferenz vorschlagen. Sie sehen, das wiederholt sich: Ähnlich wie bei der Teilhabe-

plankonferenz kann auch die Durchführung einer Gesamtplankonferenz vorgeschlagen werden und auch hier muss es Gründe geben, warum der Betreffende diese Gesamtplankonferenz nicht durchführen möchte und der Träger der Eingliederungshilfe stellt der leistungsberechtigten Person den Gesamtplan zur Verfügung. Also man hat einen Anspruch darauf, dass man den Gesamtplan erhält. Das ist heute in der Republik nicht überall selbstverständlich.

Anmerkung aus dem Symposium: Ich hatte eine Frage zur ersten Folie vom Gesamtplanverfahren. Und zwar ist mir nicht klar, was der Unterschied ist zwischen lebensweltbezogen und sozialraumorientiert. Also einmal die Unterscheidung zwischen bezogen und orientiert und dann die Unterscheidung zwischen Lebenswelt und Sozialraum und an welcher Stelle würde das jetzt eine Rolle spielen, also ist es wichtig, das klar zu haben, was welches Kriterium heißt oder ist es eh egal?

Rosemann: Jetzt müsste man einen Kurzvortrag darüber halten, was Lebensweltorientierung ist. Diese Frage ist wundervoll, aber zehn Minuten haben wir noch, ich kann sie, ich möchte sie Ihnen nicht beantworten, aber man müsste mal nachlesen, was in der Begründung zum Gesetz steht, ob da eine Ausführung dazu gemacht ist.

Steinhart: Im Allgemeinen gibt es da schon einen Unterschied, aber das schaffe ich jetzt auch nicht in der Zeit. Also der Sozialraum und die Lebenswelt kommen auch aus unterschiedlichen Theorien, das eine kommt eher aus dem unmittelbaren Umfeld, v.a. der Familie und das andere kommt aus der Quartiersarbeit. Vielleicht hilft das schon mal ein Stück weiter, wenn man die beiden Wurzeln der Ansätze sich nochmal anguckt, was die unmittelbare Lebenswelt ist und was der Sozialraum insgesamt ist, also einmal Wurzel Quartiersarbeit und einmal Wurzel Familie und Entwicklung.

Das war die kurzmöglichste Antwort.

Rosemann: Der Gesamtplan (§ 121 SGB IX n. F.) ist mehr als nur ein einmaliges Instrument. Er soll der Steuerung, der Wirkungskontrolle und der Dokumentation des Teilhabeprozesses dienen. Er ist also ein Instrument, mit dem der Träger der Eingliederungshilfe den gesamten Prozess der Leistungserbringung begleitet. Die Erstellung des Gesamtplans ist nichts Neues, das steht auch jetzt schon im SGB XII, und sie ist eine Aufgabe des Trägers der Eingliederungshilfe. Dazu gehört auch das Instrument der Bedarfsermittlung, da sind wir bei dem, was wir vorhin schon mal angesprochen haben: Die Bundesländer haben jetzt ein Verordnungsrecht über die Frage mit welchen Instrumenten der Träger der Eingliederungshilfe den Bedarf ermittelt (§ 118 SGB IX n. F.). »Länder« ist nicht identisch mit »Träger der

Eingliederungshilfe«. Es gibt ja viele Bundesländer, in denen die Träger der Eingliederungshilfe die Kommunen sind, es gibt ein Bundesland, da sind das zwei große Landschaftsverbände, es gibt Länder, da ist das wie bei den Stadtstaaten mehr oder minder identisch. Das ist in jedem Bundesland anders, aber immer hat das Land, nicht der Träger der Eingliederungshilfe, das Recht, das Instrument der Bedarfsermittlung durch Rechtsverordnung festzulegen. Ob die Länder davon Gebrauch machen werden, müsste man jetzt in den nächsten Monaten in den jeweiligen Bundesländern verfolgen. Auch hier ist es wieder politische Arbeit, darauf zu achten, welche Instrumente denn da zum Einsatz kommen und dass hier alle Gruppen von Menschen mit Behinderung angemessen berücksichtigt werden oder dass es verschiedene Instrumente gibt. Da ist die Lage in den Bundesländern in hohem Maße unterschiedlich.

Anmerkung aus dem Symposium: Das kann ich nur unterstützen. Das ist heute schon so. Wir haben aus sechs Bundesländern Leute bei uns und überall ist es anders und ich frage mich, wie das umgesetzt werden soll, wenn ich einen Antrag stellen muss in Dresden bzw. es ist ja nicht Dresden, es ist ja Leipzig, das sagt einem ja auch kein Mensch. Die Leute werden nach Dresden geschickt, werden dort heimgeschickt und »das gibt es bei uns nicht und wenn du das jetzt machst und nutzen möchtest, dann musst du damit rechnen, dass du die Kosten selber trägst«. So kann man natürlich Leute auch von der Eingliederungshilfe fernhalten. Und alles bundesländerbezogen, da kann ich die Frau Wöllert nur unterstützen, da gehört ein Bundesgesetz her, sonst gibt es eine absolute Katastrophe.

Anmerkung aus dem Symposium: Das ist ja ein Verwaltungsakt, das festzulegen, dagegen kann man ja im Verwaltungsrecht klagen.

Rosemann: Ich muss mich sehr kurz fassen, wir wollten ja eigentlich noch zum Thema Arbeit kommen. Ich würde gerne nochmal Ihr Augenmerk auf einen mir sehr wichtigen Punkt lenken, der hat was mit der Leistungserbringung zu tun und hat was mit dem Wunsch- und Wahlrecht zu tun. Grundsätzlich gilt zukünftig die Frage bei der Eingliederungshilfe, ob eine Leistung, die möglich, aber nicht die gewünschte ist, dem Menschen zuzumuten ist. Die Frage der Angemessenheit richtet sich zunächst mal nach der Frage der Zumutbarkeit einer Leistung. Es gibt aber eine Besonderheit: Wenn die Frage einer Zumutbarkeit einer Leistung im Raum steht, dann müssen die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände einschließlich der gewünschten Wohnform angemessen berücksichtigt werden. Und nun kommt der Satz im Gesetz, der es wirklich in sich hat: Kommt danach ein Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen in Betracht, ist dieser

Wohnform der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird (§ 104 Abs. 3 SGB IX n. F.). An dieser Stelle kann man sagen, setzt die Bundesregierung den Artikel 19 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung nahezu eins zu eins um. Der Wohnform außerhalb einer besonderen Wohnform ist der Vorzug zu geben. Es darf also niemand, der es nicht wünscht, auf eine besondere Wohnform, z. B. ein Heim, verwiesen werden. Meine Prognose heißt, die Formulierung »ist der Vorzug zu geben« wird das Bundesozialgericht noch zu bewerten haben, was das eigentlich bedeutet. Ist das ein Anspruch oder wird dieser Anspruch irgendwo gebrochen und wenn ja, wo? Aber damit wir so weit kommen, dass das Bundessozialgericht das mal bewertet, müssen wir dafür Sorge tragen, dass die Menschen tatsächlich auch diesen Anspruch umsetzen können. Das ist ein Anspruch, den eine Person hat. Im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts haben Menschen einen Anspruch darauf, außerhalb besonderer Wohnform versorgt zu werden, und das stößt ja relativ schnell an Grenzen, wenn bestimmte Leistungsangebote im ambulanten Setting nicht vorhanden sind.

Ich möchte Sie in diesem Zusammenhang noch auf einen zweiten Aspekt aufmerksam machen. Bei der Beschreibung, was sind Assistenzleistungen, gibt es diesen Absatz 6, der heißt: »Leistungen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme werden erbracht, soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalls erforderlich ist« (§ 78 Abs. 6 SGB IX n. F.). Damit sind alle Hintergrunddienste gemeint: Nachtwache, Nachbereitschaft, Rufbereitschaft. Dass jemand tagsüber erreichbar ist. Man könnte sagen, bestimmte Formen von Krisenversorgung werden erbracht, wenn es nach den Besonderheiten des Einzelfalls erforderlich ist. Wenn Sie das kombinieren mit dieser Vorschrift, dass Wohnen außerhalb besonderer Wohnform der Vorzug zu geben ist, dann liegen da enorme Gestaltungsmöglichkeiten für zukünftige Leistungen in der gewünschten Häuslichkeit der Menschen mit Behinderung. Und das gilt grundsätzlich.

Und auch das ist eine Leistung, die wieder verloren geht, wenn die Leistungserbringer in ihren Rahmenverträgen mit den Ländern das nicht verhandeln. Das ist ein Aufruf an die nächsten drei Jahre, das zu gestalten, bis es in Kraft tritt, denn diese Vorschrift gilt ab 2020. Bis das in Kraft tritt, müssen in allen Regionen entsprechende Konzepte und Strukturen entwickelt werden. Das ist in den Stadtstaaten einfacher als in den Flächenstaaten, aber für die Flächenstaaten enthalten diese beiden Aspekte aus unserer Sicht ganz wesentliche Neugestaltungselemente.

Anmerkung aus dem Symposium: Es wird immer vom Träger der Eingliederungshilfe gesprochen. Ist das immer nur eine juristische Person oder können das auch mehrere sein, also für verschiedene.

Rosemann: Jedes Bundesland legt bis zum 1.1.2018 fest, wer in dem jeweiligen Bundesland der Träger der Eingliederungshilfe ist.

Anmerkung aus dem Symposium: Muss das immer einer sein oder können das auch zwei sein?

Rosemann: Das können auch zwei Landschaftsverbände sein.

Anmerkung aus dem Symposium: Aber für einen Raum kann es nur einer sein oder kann es auch für verschiedene Leistungsarten verschiedene Träger geben?

Rosemann: Es ist immer nur von dem Träger der Eingliederungshilfe die Rede.

Anmerkung aus dem Symposium: Nur nochmal eine praktische Frage zum Beispiel zur Wohnform als eine besondere Wohnform, die in Betracht kommen muss. Das könnte zum Beispiel heißen, eine psychisch belastete oder seelisch belastete Person, die jetzt eine Wohnung braucht in einem bestimmten geschützten Rahmen, das kann ja auch ein Wohnumfeld sein, sei es zum Beispiel in einer Wohngegend, wo sie eigentlich gar keine Wohnung kriegen könnte und die sie eigentlich nicht finanzieren kann, weil die Kosten dieser Wohnung höher liegen als die Kosten, die von der Grundsicherung oder von der ARGE übernommen werden, die könnte sich dann darauf berufen und sagen, ich brauche aber diese Wohngegend, also auch dieses Wohnumfeld, und könnte darauf bestehen, dass dann auch die erhöhten Kosten getragen werden?

Rosemann: Ja, das wird schwierig sein, weil die Wohnkosten (das ist nochmal ein Sonderkapitel, das können wir heute nicht behandeln, darüber gibt es einen ganzen Paragraphen, einen ganzen Artikel im BTHG haben eine Angemessenheitsobergrenze. Insofern wird man da nochmal sorgfältig darauf gucken müssen, wie man das durchsetzen kann. Aber jemand, dessen Wohnkosten in der üblichen für jeden Bürger geltenden Angemessenheitsgrenze liegen, kann das hier geltend machen.

Anmerkung aus dem Symposium: Mein Beitrag geht in die gleiche Richtung. Ich leite ambulant betreutes Wohnen in einem Landkreis und ich habe seit Januar Kontakt mit einer Dame, die in einer stationären Einrichtung wohnt. Die möchte ausziehen, die braucht besondere Bedingungen für ihr Wohnen. Die findet erstens keine Wohnungsbaugesellschaft, weil SCHUFA-Eintrag, wenn sie sagt, wo sie herkommt …

Rosemann: Dieses Problem löst das BTHG nicht. Das BTHG gibt keine Lösungsansätze für die Beschaffung von Wohnraum her.

Rosemann: Das diskutieren wir mit der Bundesbauministerin jetzt im Anschluss, aber dieses Problem löst das BTHG nicht.

Steinhart: Das war eine gute Überleitung zum nächsten Vortrag. Vielen Dank, dass Sie so engagiert mitdiskutiert haben.

III Pflegestärkungsgesetze

Die Pflegestärkungsgesetze und die Konsequenzen Zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf Pflegebedürftige mit psychischen Beeinträchtigungen

Heike Hoffer

1. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in mehreren Schritten: Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) und Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

In der vergangenen Legislaturperiode wurde mit den Pflegestärkungsgesetzen ein umfangreicher Prozess zur fachlich-inhaltlichen Erneuerung der Pflegeversicherung abgeschlossen: die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments. Dabei wird oft übersehen, dass das erste Umsetzungsgesetz für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bereits in der vorangegangen Legislaturperiode verabschiedet wurde: Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) erhielten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) nach § 45a SGB XI erstmals Zugang zu den Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung. Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) erweiterte im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs diesen Zugang, insbesondere für Personen der sog. Pflegestufe 0 mit EA. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erfolgte dann zum 1. Januar 2017 die gesetzliche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments; während die Umsetzung in der Hilfe zur Pflege – ebenfalls zum 1. Januar 2017 – erst mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz umgesetzt wurde.

In der Bilanz hat bereits das PNG Leistungsverbesserungen in Höhe von rund einer Milliarde Euro, insbesondere für Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI a.F.) gebracht. Zudem gab es eine Flexibilisierung der leistungsrechtlichen Regelungen und dadurch mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten in der Ausgestaltung ihrer pflegerischen Versorgung. Nicht zuletzt wurde mit dem PNG auch der Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« gestärkt: Bei der Pflegebegutachtung muss seitdem regelhaft eine Aussage über Rehabilitationsbedarfe getroffen werden.

Auch die Bilanz des PSG I ist positiv: so wurden mit der Erhöhung der ambulanten und stationären Leistungsbeträge um +4 Prozent (neue Leistun-

gen seit dem PNG um +2,67 Prozent) auch diejenigen Leistungen erhöht, die für psychisch beeinträchtigte Menschen von besonderer Relevanz sind. So können z.B. die Leistungen der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) seitdem ungekürzt neben Sach- und Geldleistungen in Anspruch genommen werden, die Sach- und Geldleistungszuschläge (§ 123 SGB XI a. F.) galten auch für die Tages- und Nachtpflege, Personen mit der sog. »Pflegestufe 0« erhielten erstmals Zugang zu den Regelleistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, zum Wohngruppenzuschlag und zur Anschubfinanzierung für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 123 SGB XI a. F.) und die ambulanten Sachleistungen wurden flexibilisiert, indem bis zu 40% des Leistungsbetrags für die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45 b Absatz 3 SGB XI a. F., seit 1.1.2017 in § 45 a Abs. 4 SGB XI geregelt) umgewidmet werden konnten. Im stationären Bereich wurden die zusätzlichen Betreuungsangebote nach § 87 b SGB XI in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen auf alle Pflegebedürftigen, unabhängig vom Vorliegen einer EA, ausgeweitet und die Betreuungsrelation von vorher 1:24 auf 1:20 verbessert (§ 87 b SGB XI a. F.; seit dem 1.1.2017 als eigener Rechtsanspruch in § 43 b SGB XI geregelt). Zusätzliche Betreuungskräfte arbeiten eng mit den Pflegekräften vor Ort zusammen und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Pflegealltags in den Einrichtungen.

Insgesamt zeigt die Pflegestatistik, dass die Leistungsverbesserungen des PSG I bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen angekommen sind: So erhielten seit dem PSG I rund 94.000 Pflegebedürftige in der sogenannten »Pflegestufe 0« erstmals Anspruch auf Pflegegeld bzw. Pflegesachleistung (sowie Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel etc.). und rd. 416.000 Menschen in den Pflegestufen I und II erhielten höheres Pflegegeld bzw. eine höhere Pflegesachleistung. Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte wird basierend auf den Ausgabensteigerungen für das Jahr 2015 auf rund 48.000 geschätzt; die Nutzer ambulanter Betreuungs- und Entlastungsleistungen sind von 430.000 im Jahr 2013 auf 600.000 im Jahr 2015 angestiegen (vgl. den 6. Pflegebericht der Bundesregierung).

2. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II): Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und neuen Begutachtungsinstruments

Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Damit wurden das auf fachwissenschaftlicher

Grundlage erarbeitete und umfassend erprobte neue Begutachtungsinstrument und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt; beide sind seit dem 1. Januar 2017 wirksam. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden seither beim Leistungszugang zur Pflegeversicherung erstmals gleich behandelt. Parallel berät ein Begleitgremium, der Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. § 18 c SGB XI), das BMG bei der Vorbereitung und Einführung, um einen möglichst reibungslosen Einführungsprozess zu gewährleisten.

Das neue Begutachtungsinstrument erfasst umfassend alle für die Pflegebedürftigkeit relevanten Lebensbereiche in sechs Modulen:

1. Mobilität
2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*
4. Selbstversorgung
5. *Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*
6. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte*

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument bedeuten einen Paradigmenwechsel für die Pflegeversicherung: Statt der Konzentration auf vorrangig körperliche Beeinträchtigungen (Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) erfolgt eine Erhebung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen (Modulen). Die Erfassung der Pflegebedürftigkeit erfolgt deutlich differenzierter als bisher nach fachwissenschaftlichen Maßstäben und orientiert sich vorrangig an der Selbständigkeit statt den Defiziten der Betroffenen. Der enge und verrichtungsbezogene Zeitbezug mit »Minutenzählerei«, der zuvor wegen seiner »Scheingenauigkeit« in der Kritik stand, wird ersetzt durch eine Einstufung nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten. Dabei werden die verschiedenen Beeinträchtigungen so gewichtet, dass eine Gleichberechtigung beim Leistungszugang erzielt wird, der Betreuungsbedarf kognitiv und psychisch beeinträchtigter Menschen wird dabei ebenso berücksichtigt wie andere Faktoren (z. B. Häufigkeit notwendiger Interventionen, Zeitdauer, Schwere der Belastung). Dies wird auch bei einem Blick auf die sechs Module deutlich: Insbesondere die Module 2, 3 und 6 erfassen Beeinträchtigungen von kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen, die im bisherigen Begutachtungsinstrument nicht oder nur in Ansätzen berücksichtigt waren.

Auch Modul 5 erfasst Beeinträchtigungen, die im bisherigen Begutachtungsinstrument nicht gewertet wurden.

Damit die Potentiale des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in der Pflegeversicherung ausgeschöpft werden können, hat der Gesetzgeber zudem flankierende Maßnahmen vorgesehen: Zum einen wird seit dem 1. Januar 2017 das Pflegegutachten regelhaft (nicht nur auf Anforderung) an die Versicherten übersandt (mit Widerspruchsmöglichkeit). Übersandt wird auch die seitdem verpflichtend zu erstellende, gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die auf Basis eines bundesweiten, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung feststellt. Zur Verbesserung der Pflegeberatung sind erstmals Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung (§ 17 Abs. 1b SGB XI) zu erlassen, darin ist auch die Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater/innen festzulegen. Eine konzeptionelle Neuorientierung soll auch in der einrichtungsinternen Pflegeplanung und beim Personaleinsatz erfolgen: sie sind auf das Ziel der Stärkung der Selbständigkeit auszurichten. Auch die entbürokratisierte Pflegedokumentation – »Strukturierte Informationssammlung – SIS« orientiert sich bereits am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Zum 1. Januar 2017 erfolgte zugleich eine Neuordnung des Leistungsrechts: Fünf Pflegegrade ersetzten die bisherigen drei Pflegestufen, zudem wurde ein neuer Pflegegrad 1 bereits bei »geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und daher unterhalb der vorherigen Zugangsschwelle »erhebliche Pflegebedürftigkeit« als »Präventivpflegegrad« eingeführt. Alle Pflegebedürftigen im gleichen Pflegegrad haben die gleichen Leistungsansprüche. Die zusätzliche Erhebung einer EA ist daher seitdem entbehrlich. Die bisherigen »Übergangsleistungen« für Personen mit EA (§§ 123, 124 SGB XI) wurden daher in die Leistungen für die neuen Pflegegrade integriert. Auch im vollstationären Bereich gab es neben den neuen Pflegegraden eine wesentliche Änderung: Damit ein höherer Pflegegrad nicht mehr einen höheren Eigenanteil der Pflegebedürftigen bedeutet, wurde gesetzlich vorgeschrieben, dass in jeder Einrichtung der jeweils gleiche Eigenanteil in den Pflegegraden 2 bis 5 zu erheben ist.

Zum 31. Dezember 2016 erfolgte eine automatische Überleitung in die neuen Pflegegrade. Es war weder ein Antrag noch eine Neubegutachtung erforderlich. Von besonderer Bedeutung war dem Gesetzgeber, dass bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kein Leistungsbezieher durch die Einführung schlechter gestellt wird. Daher wurden Pflegebedürftige ohne

EA (am 31. Dezember 2016) nach der Faustregel »+ 1« (z. B. Pflegestufe 2 -> Pflegegrad 3), Pflegebedürftige mit EA nach der Faustregel »+ 2« (z. B. Pflegestufe 0 -> Pflegegrad 2) übergeleitet und ein unbefristeter Bestandsschutz vorgesehen. Um den erwarteten Anstieg der Begutachtungen aufgrund einer höheren Anzahl von Neuanträgen im Jahr 2017 abzumildern, wurden die Strafzahlungen für das Überschreiten einer 25-Arbeitstage-Frist für die Begutachtung und die regulären Wiederholungsbegutachtungen zeitweilig ausgesetzt. Der Einführungsprozess wurde und wird durch einen Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs begleitet, in dem auf Seiten der Betroffenen auch die Aktion Psychisch Kranke vertreten ist. Er dient der Koordination der Kommunikation für Versicherte und die Pflegepraxis und dem Monitoring eventuell auftretender Probleme in der Vorbereitung oder Umsetzung.

Mit dem PSG II wurde auch die Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen angepasst. Zunächst war die Grundregel, dass am 1. Januar 2016 geltende Pflegesatzvereinbarungen bis zum 31. Dezember 2016 weitergelten. Bis zum 30. September 2016 hatten die Pflegeeinrichtungen die Pflegesätze im Hinblick auf die fünf neuen Pflegegrade sowie Ermittlung von einrichtungsindividuellen einheitlichen Eigenanteilen für die Pflegegrade 2 bis 5 neu zu vereinbaren. Die Pflegesatzkommission konnte das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungen vereinbaren. War bis zum 30. September 2016 keine Neuvereinbarung erfolgt, erfolgte eine gesetzliche Überleitung (Umrechnung) der Pflegesätze. Bei unvorhergesehenen, wesentlichen Änderungen der Annahmen (insbesondere bei einer erheblichen Abweichung in der tatsächlichen Bewohnerstruktur) haben die Pflegeeinrichtungen Recht auf Neuverhandlung im laufenden Pflegesatzzeitraum.

Für die Anpassung der Personalausstattung galt und gilt, dass diese der Verhandlung unterliegt, also nicht vom Gesetzgeber vorgegeben wurde. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Bewohner/innen durch das PSG II in der Überleitung und auch bei Neueinstufungen im Durchschnitt höher eingestuft wurden. Der Mehrbedarf beim Personal kann und muss aber in jedem Fall fachlich begründet werden. Dies kann zum Beispiel auch durch eine – gewünschte – konzeptionelle Neuorientierung in der fachlichen Arbeit der Einrichtungen – also die konsequente Ausrichtung auf die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen erfolgen. Denn die Personalausstattung und die Qualifikation des Personals sind die zentralen Faktoren für die Umsetzung der Konzeption. Teilweise wurde beklagt, dass

die großzügige Überleitung des Gesetzgebers zu einem sogenannten »Überleitungseffekt« führe, dass also darüber zunächst mehr Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden in den Pflegeeinrichtungen vorhanden seien, dieser Effekt aber im Zeitverlauf »abschmelze«, wenn neue Leistungsempfänger nachrückten, die ihren Pflegegrad nicht aus der Überleitung, sondern aus einer Begutachtung erhalten hätten. Allerdings »schmilzt« dieser Effekt – wenn überhaupt – erst im Verlauf mehrerer Jahre ab, da zunächst vorwiegend Leistungsempfänger nachrücken, die zuvor ambulant übergeleitet worden sind. Zudem wirkt die mit dem PSG I erfolgte Ausweitung der Betreuungskräfterelation (von 1:24 auf 1:20 für alle Bewohner/innen) weiter fort und erhöht dauerhaft den Personalbestand der Pflegeeinrichtungen.

Die Veränderungen der Personalausstattung nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird vom Gesetzgeber im PSG II noch auf einer weiteren Ebene angestoßen: Derzeit sind nach § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XI als Teil der Landesrahmenverträge entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren. Bisher kennen die Landesrahmenverträge nur die Vereinbarung von Personalanhaltszahlen (mit und ohne Korridor) für Pflegestufen und EA mit unterschiedlichen Bezugsrahmen; diese sind teilweise historisch gewachsen. In § 113c SGB XI beauftragt der Gesetzgeber nun die Pflegeselbstverwaltung mit der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben (Abschluss bis 30. Juni 2020). Gefordert wird ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Ausgangspunkt ist die Ermittlung einheitlicher Maßstäbe, insbesondere der Qualifikationsanforderungen und quantitative Bedarfe für fachlich angemessene Maßnahmen. Hervorzuheben ist hier, dass das Personalbemessungsverfahren sich nicht allein am gegenwärtigen Zeitaufwand in den Pflegeeinrichtungen orientieren soll, sondern zugleich geprüft werden muss, ob die zeitlich gemessenen Maßnahmen auch dem fachlichen Standard des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entsprechen, also den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit angemessen in den Fokus stellen. Der enge Bezug auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in diesem Projekt bedeutet zudem auch, dass die Zeitbedarfe kognitiv und psychisch

beeinträchtigter Menschen auch bei der Bemessung der Personalausstattung gleichberechtigt mit einbezogen werden. Die Auftragsvergabe für die Entwicklung ist fristgerecht im März 2017 an die Universität Bremen erfolgt; erste Zwischenergebnisse werden für das Jahr 2019 erwartet.

3. Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III): Umsetzung im Recht der Sozialhilfe

Auch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III), das zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, ist Bestandteil der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Zwar war auch insbesondere die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege Gegenstand des Gesetzes, zugleich wurde jedoch mit dem PSG III der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Sozialhilfe eingeführt. Auch in der Sozialhilfe, deren Leistungen der Hilfe zur Pflege die Teilleistungen der Sozialen Pflegeversicherung bei entsprechendem Bedarf und finanzieller Bedürftigkeit ergänzen, wurden die Pflegestufen auf fünf Pflegegrade umgestellt und die Leistungen nach Inhalt und Höhe (Pflegegeld) angepasst. Daran, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege keine Pauschalleistung sind, sondern bedarfsgerecht sein müssen, hat sich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs jedoch nichts geändert. Auch gehen die Leistungen der Pflegeversicherung nach wie vor den Leistungen der Hilfe zur Pflege grundsätzlich vor und Leistungen nach § 45 b SGB XI (Entlastungsbetrag) gehen den Leistungen nach den §§ 64 i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag in der Hilfe zur Pflege) vor, allerdings werden der Entlastungsbetrag nach § 45 SGB XI auf die übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht angerechnet (§ 63 b Abs. 2 Satz 2 SGB XII).

Zudem erhalten Versicherte in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43 a SGB XI seit dem PSG III Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Voraussetzung dafür ist, dass der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

4. Weitere Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze

Zur Begleitung des Umsetzungsprozesses wurde Anfang 2016 als Begleitgremium nach § 18 c SGB XI der Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt. Dieser wird auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Umsetzungsprozess weiter begleiten. Im Beirat erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Berichterstattung darüber, wie sich die einzelnen Bereiche der Umsetzung (Begutachtung, Vereinbarungen der Landesrahmenverträge einschließlich Personalausstattung, konzeptionelle Anpassungen in den Pflegeeinrichtungen), aber auch laufende Projekte der Pflegeselbstverwaltung, die auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Bezug nehmen (Instrumente zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, Personalbemessungsverfahren) entwickeln.

Aktuell steht insbesondere eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Kurzexpertise zu fachlich-konzeptionellen Veränderungen bei den pflegerischen Hilfen in der vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflege unter Bezug auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Zentrum der Diskussionen. Mit Hilfe der Expertise sollen die fachlichen Grundlagen für die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis der pflegerischen Versorgung gelegt werden. Zielgruppen der Expertise sind insbesondere die Pflegeeinrichtungen sowie die Verhandlungspartner der Landesrahmenverträge.

Die Einführung wird zudem durch eine Evaluation begleitet (vgl. § 18c SGB XI), die die Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments untersucht und prüft, ob weitere Anpassungen vorgenommen werden müssen (»lernendes System«). Im Rahmen der Evaluation erfolgt einerseits eine Wirkungsstudie mit umfassenden Datenanalysen und Befragungen zu den Wirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, andererseits eine Implementationsstudie auf Basis der Kurzexpertise, die eine modellhafte Intervention zur Stärkung der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in Pflegeeinrichtungen vorsieht. Der Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff – Grundlage für einen Systemwechsel in der Pflege

Peter Pick, Bernhard Fleer

Seit 1. Januar 2017 sind die Pflegestärkungsgesetze II und III und damit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert die Begutachtung von Pflegeleistungen grundlegend, in dem ein neues Begutachtungsinstrument, das sogenannte neue Begutachtungs-Assessment (NBA), eingeführt worden ist. Mit der neuen Begutachtung werden alle Anträge auf Pflegeleistungen bewertet, die seit dem 1. Januar 2017 gestellt worden sind. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft einen grundlegenden Systemwechsel für die Pflegebegutachtung sowie für die gesamte Pflegeversicherung.

In dem folgenden Beitrag wird das neue Begutachtungsinstrument grundlegend und insbesondere die Auswirkungen für Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen dargestellt. Des Weiteren werden die ersten Erfahrungen mit der neuen Begutachtung und erste Ergebnisse zur Einstufung der Pflegebedürftigen vorgestellt. Abgerundet wird der Beitrag durch einen kurzen Ausblick auf die zukünftigen Herausforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

1. Das neue Begutachtungsinstrument

1.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Das Pflegestärkungsgesetz II hat zum 1. Januar 2017 den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und verankert damit einen neuen Maßstab für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Damit wird der bisherige enge Pflegebedürftigkeitsbegriff überwunden, der sowohl wegen seines engen Verrichtungsbezuges als auch aufgrund seiner zentralen Orientierung an der Pflegezeit erhebliche Kritik erfahren hat. Konzeptionell zielt die Reform darauf ab, den Übergang von einer verrichtungsbezogenen Pflege auf eine ganzheitliche Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung einzuleiten.

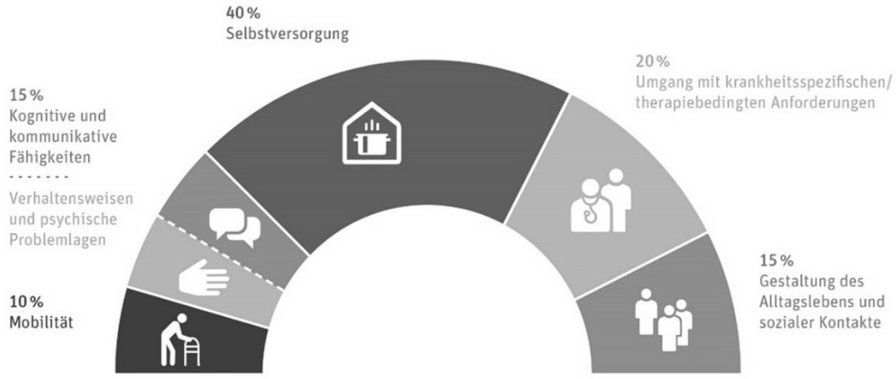
Das Pflegestärkungsgesetz II führt zum 1. Januar 2017 den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Sozialgesetzbuch ein und verankert damit einen neuen Maßstab für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Neuer Maßstab für Pflegebedürftigkeit bildet zukünftig der Grad der Selbständigkeit bzw. der Beeinträchtigung von Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten

oder der Gestaltung von Lebensbereichen und damit das Angewiesensein auf pflegerische Hilfe.

Das neue Begutachtungsassessment erfasst dabei nicht nur die klassischen Bereiche der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Neu ist, dass die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, das soziale Verhalten und psychische Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte gleichgewichtig betrachtet werden. Eingang findet ebenfalls der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen im Zusammenhang mit der Behandlungspflege.

Das neue Begutachtungsinstrument erfasst damit in umfassender Weise die Pflegebedürftigkeit von Menschen, egal ob sie in körperlichen Einschränkungen oder in gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen begründet ist. Der Grad der Selbstständigkeit löst als neuer Maßstab den Zeitaufwand des Hilfebedarfes ab. In der Begutachtung spielen damit der Zeitaufwand des Hilfebedarfs und die Pflegeminuten keine Rolle mehr. Darüber hinaus ermöglicht der neue Ansatz auch eine systematischere Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument im Überblick –
Sechs Lebensbereiche („Module") werden betrachtet und gewichtet



© Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Abb. 1: Das Neue Begutachtungs-Assessment (NBA): Module und deren Gewichtung

Das Neue Begutachtungs-Assessment Begutachtungsinstrument erfasst Pflegebedürftigkeit anhand von 6 Modulen, die anhand ihrer Bedeutung für die Pflegebedürftigkeit gewichtet sind. Neu ist insbesondere, dass in den Modulen 2 und 3 die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen umfassend erhoben werden. Des Weiteren ist der Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in das Begutachtungsverfahren integriert. Daneben werden in den Bereichen »außerhäusliche Aktivitäten« und »Haushaltsführung« wichtige Elemente für Begleitung und Unterstützung von Pflegebedürftigen erfasst, obwohl sie bei der Bemessung von Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt werden. Diese Bereiche dienen der Anschlussfähigkeit zu anderen Leistungsträgern und der Gestaltung der persönlichen Sphäre.

1.2 Die Module des NBA

Im neuen Begutachtungsinstrument ist Selbständigkeit als die Fähigkeit eines Menschen definiert, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen, durchzuführen. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung mit einem Hilfsmittel umsetzen kann. Wenn sich jemand z. B. innerhalb seiner Wohnung mit einem Rollator fortbewegen kann und dabei keine Unterstützung durch eine andere Person braucht, dann ist er selbstständig. In einzelnen Modulen wird nicht direkt die Selbstständigkeit erfasst. So wird zum Beispiel im Modul 2 bewertet, ob und in welchem Ausmaß eine Fähigkeit vorhanden ist, im Modul 3 wird festgehalten, wie häufig eine Verhaltensweise zur Notwendigkeit personeller Unterstützung führt. Zu jedem Kriterium finden sich in den Begutachtungs-Richtlinien Erläuterungen und Beispiele, die dem Gutachter eine Orientierungshilfe für seine gutachterliche Bewertung bieten. Die Abstufungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit Besonderheiten bei den einzelnen Kriterien sowie weitere Erläuterungen sind ebenfalls in den Begutachtungs-Richtlinien festgelegt.

Das Ergebnis der Beurteilung der einzelnen Kriterien stellt den Grad der Beeinträchtigungen in dem jeweiligen Modul / Lebensbereich dar. Aus der Zusammenführung der Teilergebnisse der sechs Module ergibt sich der Pflegegrad des Antragstellers. Insgesamt werden fünf Pflegegrade unterschieden.

Fünf Pflegegrade (PG) geben das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an

PG 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
PG 5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

© Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Abb. 2: Die fünf Pflegegrade geben das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an

Die Inhalte der Module 1-6 und die Grundzüge ihrer Bewertung sollen nachfolgend näher beschrieben werden:

1.2.1 Modul 1: Mobilität

Dieses Modul umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im innerhäuslichen Bereich. Bei der Bewertung geht es um die motorischen Fähigkeiten eines Menschen und nicht um die Frage, ob die Mobilität aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. örtlicher Desorientierung) eingeschränkt ist. Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen »selbstständig«, »überwiegend selbstständig«, »überwiegend unselbstständig« und »unselbstständig«. Insgesamt werden in diesem Modul fünf Kriterien bewertet. Zusätzlich wird bewertet, ob eine besondere Bedarfskonstellation der »Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine« vorliegt. Personen mit dieser besonderen Bedarfskonstellation werden aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet.

Die Abgrenzung der vier Ausprägungen der Selbstständigkeit soll anhand des Kriteriums »Treppensteigen« erläutert werden: Das Treppensteigen ist in den Begutachtungs-Richtlinien als das »Überwinden von Treppen zwi-

schen zwei Etagen« definiert. Das Treppensteigen ist dabei unabhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten. Selbstständig ist jemand, der ohne Hilfe durch eine andere Person eine Treppe in aufrechter Position steigen kann. Unselbstständig ist dagegen jemand, der getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden muss und dabei keine Eigenbeteiligung zeigt. Überwiegend selbstständig ist eine Person, die eine Treppe alleine steigen kann, aber die wegen eines Sturzrisikos Begleitung benötigt. Wenn jemand überwiegend unselbstständig ist, dann ist das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

1.2.2 Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im Modul 2 geht es um grundlegende mentale Funktionen eines Menschen. Die Gutachter schätzen nicht die Selbstständigkeit ein, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist (»vorhanden/unbeeinträchtigt«, »größtenteils vorhanden«, »in geringem Maße vorhanden« und »nicht vorhanden«). Das Gesamtergebnis in diesem Modul spiegelt das Ausmaß der Beeinträchtigung von Kommunikation und Kognition wider. Jeder Ausprägung ist ein Punktwert zugeordnet: Ist eine Fähigkeit unbeeinträchtigt, so entspricht das 0 Punkten, ist eine Fähigkeit gar nicht mehr vorhanden, so entspricht das der höchstmöglichen Wertung für von 3 Punkten. Die Einschränkung dieser Fähigkeiten hat in aller Regel weitreichende Folgen für die Beeinträchtigung der Selbständigkeit eines Antragstellers und erfordert psychosoziale Unterstützung. Bewertet wird z. B. die Fähigkeit einer Person, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt aufzusuchen und zu wissen, wo er sich befindet (Örtliche Orientierung). Aber auch Aspekte der interpersonellen Kommunikation sind hier durch den Gutachter zu bewerten, z. B. die Fähigkeit, elementare Bedürfnisse wie Hunger oder Schmerz mitzuteilen. Anders als in Modul 1 ist hier nicht die Selbstständigkeit einzuschätzen, sondern, in welchem Ausmaß die jeweilige mentale Funktion vorhanden ist (vorhanden; größtenteils vorhanden; in geringem Maße vorhanden; nicht vorhanden). Das Gesamtergebnis in diesem Modul spiegelt das Ausmaß der Beeinträchtigung von Kommunikation und Kognition wider.

1.2.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Zentral ist bei der Einschätzung

die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann. Der Gutachter erfasst, wie oft diese Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich machen. Ist die Unterstützung nie oder selten notwendig, so entspricht dies 0 Punkten – ist die Unterstützung dagegen täglich nötig, so werden 5 Punkte erreicht.

Personeller Unterstützungsbedarf kann z. B. darin bestehen, den Betroffenen zu beobachten, zu motivieren oder auch emotional zu entlasten. Unterschieden werden insgesamt 13 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen; das sind z. B. nächtliche Unruhe, Ängste und selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten. Erfasst werden hier durch den Gutachter die Häufigkeiten des Auftretens dieser Verhaltensweisen mit personellem Unterstützungsbedarf. Das Gesamtergebnis aus diesem Modul spiegelt das Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbststeuerungskompetenz eines Menschen wider. Das Einschätzungsergebnis, das dieses Modul liefert, geht zusammen mit dem Ergebnis aus Modul 2 in die Gesamtberechnung des Pflegegrades ein. Gewertet wird aber nur das Modul mit dem höchsten gewichteten Punktwert, also entweder Modul 2 oder Modul 3.

1.2.4 Modul 4: Selbstversorgung

Das Modul Selbstversorgung umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten alle Bereiche, die im bis 31.12.2016 gültigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff von Relevanz waren. Hierzu gehören das Waschen, das An- und Auskleiden, die Ernährung (z. B. Trinken) und das Ausscheiden (z. B. Toilette/Toilettenstuhl benutzen). Der Gutachter schätzt hier, wie auch im Modul Mobilität, die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Bewältigung des Alltags besonders gewichtet werden. Wenn zum Beispiel jemand überwiegend unselbstständig beim Essen ist, werden 6 Einzelpunkte vergeben. Der Gutachter bewertet, ob die Person die Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist dabei unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

1.2.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Hier geht es um die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme. Der Gutachter bewertet, wie selbständig jemand mit Therapien und anderen krankheitsbedingten Anforderungen umgehen kann. Verschiedene krankheits- und therapiebedingte Aktivitäten

und Maßnahmen sind hier beinhaltet, wie z. B. Medikation, Verbandswechsel, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung. Zu bewerten ist, ob der Antragsteller mit diesen Anforderungen selbständig umgehen kann und wenn nicht, in welchem Ausmaß personelle Unterstützung notwendig ist. Für die Berechnung des Gesamtergebnisses für dieses Modul gehen die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität und Aufwand unterschiedlich gewichtet ein.

1.2.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dieses Modul bildet Bereiche des Alltagslebens ab, die nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff (gültig bis 31.12.16) zum größten Teil nicht berücksichtigt wurden. Bei der Gestaltung des Alltagslebens spielen sowohl mentale als auch motorische Fähigkeiten eine Rolle. Der Gutachter stellt fest, ob der pflegebedürftige Mensch individuell und bewusst seinen Tagesablauf gestalten kann und ob er in der Lage ist, mit Menschen in seinem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen. Wie in den Modulen 1 und 4 erfolgt eine Bewertung der Selbstständigkeit anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen »selbständig«; »überwiegend selbstständig«; »überwiegend unselbstständig« und »unselbstständig«. Bei der Gestaltung des Alltagslebens spielen sowohl mentale als auch motorische Fähigkeiten eine Rolle. Zu bewerten ist hier z. B., ob jemand einen den individuellen Gewohnheiten entsprechenden Tagesablauf bewusst gestalten kann oder mit anderen Menschen des direkten Umfelds in Kontakt treten kann.

1.3 Ergebnis der Begutachtung

Das Ergebnis der gutachterlichen Einschätzung für jedes der 6 Module spiegelt den Grad der Beeinträchtigungen des Antragstellers in diesem Lebensbereich wider. Die Pflegestufe des Antragstellers ergibt sich aus der Zusammenführung der Teilergebnisse aus den Modulen. Zu berücksichtigen ist, dass die sechs Module nicht mit der gleichen Gewichtung in die Berechnung eingehen. Der Pflegegrad eines Antragstellers ergibt sich, indem die Bewertungen des Gutachters in den sechs Modulen anhand von genau festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt werden. Diese Berechnungsregeln sind nach pflegefachlichen Gesichtspunkten von Pflegewissenschaftlern erarbeitet worden.

So geht beispielsweise das Modul 4 Selbstversorgung mit der höchsten Gewichtung von 40 Prozent in die Gesamtberechnung ein; die Module 2

oder 3 mit 15 Prozent. Mit diesen Gewichtungen werden die Teilergebnisse der Module 1 bis 6 auf einer 100-Punkte-Skala abgebildet. Das Modul 4 liefert maximal 40 Punkte, die Module 2 oder 3 maximal 15 Punkte usw. Es ist also ein maximaler Wert von 100 Gesamtpunkten zu erreichen, wobei diesen Wert ein Antragsteller erhielte, der in allen Modulen unter der höchstmöglichen Beeinträchtigungen leidet.

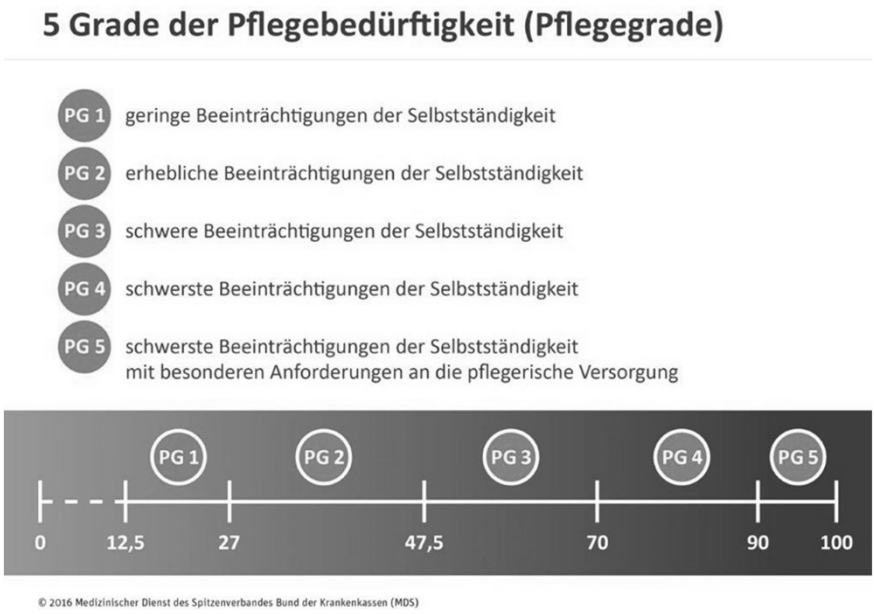


Abb. 3: Die 5 Grade der Pflegebedürftigkeit

1.4 Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, z. B. Demenz in der neuen Begutachtung

Das neue Begutachtungsverfahren ist umfassend – es berücksichtigt alle elementaren Lebensbereiche. Eine Personengruppe, bei der die Veränderungen zum bisherigen Verfahren sehr deutlich werden, sind Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Diese erfahren in der Begutachtungssituation besonders deutlich die Unterschiede zum alten Verfahren. Die Auswirkungen von psychisch-kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen werden jetzt bei der Begutachtung gleichermaßen berücksichtigt. Dies beeinflusst die Begutachtung von Menschen, die sich beispielsweise im

Anfangsstadium einer demenziellen Erkrankung befinden. Die Betroffenen sind meistens zwar körperlich noch fit, aber in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt und zeigen häufig belastende Verhaltensweisen. Sie sind zum Beispiel nachts unruhig, laufen weg oder zeigen aggressives Verhalten. Dies ist nicht nur für sie selbst, sondern auch für die Angehörigen oft sehr belastend. Aber auch Menschen, die unter depressiven Erkrankungen oder Suchterkrankungen mit dauerhaften Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten leiden, werden mit dem neuen Instrument besser abgebildet.

Die veränderte Vorgehensweise der Begutachtung zeigt sich besonders in den Modulen 2, 3, 5 und 6 des Begutachtungsinstruments. Die Module 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten), 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen), 5 (Bewältigung von und Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) des neuen Begutachtungsverfahrens bilden Bereiche ab, die bisher bei der Begutachtung nicht oder nur eingeschränkt berücksichtigt wurden. Der Unterstützungsbedarf durch andere Personen in diesen Lebensbereichen bildet sich im festgestellten Pflegegrad ab.

2. Erfahrungen mit dem neuen Instrument

Die ersten Erfahrungen mit dem neuen Begutachtungsinstrument sind positiv. Die neue Pflegebegutachtung kommt bei allen Beteiligten gut an. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen äußern sich positiv. Auf die am Ende der Begutachtung von unseren Gutachterinnen und Gutachtern häufig gestellte Frage: »Ist alles angesprochen worden, was Ihre Pflegebedürftigkeit und Ihren Unterstützungsbedarf ausmacht?«, antworten die Versicherten fast immer mit einem klaren »ja«.

Auch die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) geben positive Rückmeldungen zur neuen Begutachtung. Die Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen, aber auch die Möglichkeiten, dessen Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen werden besser erfasst und es wird klarer als bisher erkennbar, welche präventiven Maßnahmen und welche medizinischen und rehabilitativen Leistungen zusätzlich angezeigt sind.

Das neue Gesetz hat zu einem deutlichen Anstieg der Anträge auf Pflegeleistungen geführt. Schon im vierten Quartal 2016 sind die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK um 17,2 Prozent gestie-

gen. Im ersten Quartal 2017 sind die Aufträge um 31 Prozent angestiegen; im Mai 2017 lag der Anstieg bei 18,8 Prozent. Der Auftragsanstieg liegt völlig im Rahmen der Erwartungen des Gesetzgebers, der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste.

Die MDK haben sich auf die Entwicklung eingestellt. Schon im Jahr 2016 wurden 5,1 Prozent mehr Pflegebegutachtungen als im Vorjahr durchgeführt. Im ersten Quartal 2017 wurden trotz Einarbeitung in das neue System bereits 9,4 Prozent mehr Pflegebegutachtungen durchgeführt. Im Monat Mai lag die Anzahl der durchgeführten Begutachtungen um 25,2 Prozent über dem Vorjahresmonat. Durch den hohen Auftragsanstieg hat sich die durchschnittliche Laufzeit der Pflegebegutachtung etwas verlängert. So lag die durchschnittliche Laufzeit aller im Mai 2017 erledigten Pflegebegutachtungen bei 30,6 Arbeitstagen; die Bearbeitungsfristen für besonders eilbedürftige Fälle und beim Übergang vom Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung sowie bei Palliativpflege werden zu etwa 97 Prozent eingehalten.

Bei den in den ersten fünf Monaten des Jahres 2017 durchgeführten Erst- und Höherstufungsbegutachtungen ergab sich folgende Verteilung auf die Pflegegrade:

Ergebnisse Pflegebegutachtungen

Januar-Mai 2017

	nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
absolut	73.040	94.716	145.715	102.724	57.366	25.138	498.699
in %	14,6%	19,0%	29,2%	20,6%	11,5%	5,0%	

© Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Gesamtjahr 2016

	nicht pflegebedürftig	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Gesamt
absolut	334.432	115.149	632.917	407.819	178.472	1.668.789
in %	20,0%	6,9%	37,9%	24,4%	10,7%	

© Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Abb.4: Ergebnisse der Pflegebegutachtungen

Bei mehr als 85 Prozent der Begutachtungen haben die Gutachter einen der fünf neuen Pflegegrade empfohlen.

Die neue Pflegebegutachtung führt dazu, dass deutlich mehr Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegeleistungen haben. In den ersten fünf Monaten des Jahres 2017 sind ca. 280.000 neue Leistungsempfänger nach dem neuen Verfahren anerkannt worden. Der Anstieg der Leistungsempfänger liegt um ca. 130.000 Personen höher als im Vorjahrszeitraum. Dies sind zusätzliche Leistungsempfänger aufgrund des Pflege-Stärkungsgesetzes II. Auch die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade verändert sich. Im Vergleich zu den bisherigen Pflegestufen gelangen mehr Pflegebedürftige in die höheren Pflegegrade 4 und 5.

Die Pflege-Stärkungsgesetze bringen deutliche Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen. Vor allem Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen erhalten durch die neue Pflegebegutachtung einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Aber auch andere Personengruppen, wie z. B. Versicherte mit hohem krankheitsspezifischen Unterstützungsbedarf oder pflegebedürftige Kinder, profitieren von dem neuen System.

3. Ausblick

Auch wenn der Start der neuen Pflegebegutachtung gut gelungen ist, so gilt es, das neue System zeitnah zu evaluieren. Die Medizinischen Dienste werden ihre eigenen Erfahrungen weiter aufbereiten und sich mit allen Beteiligten, den Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen, den Leistungserbringern und den Pflegekassen, austauschen, um ggf. Schlussfolgerungen daraus zu ziehen. Dabei werden wir unterscheiden:

- Welche Präzisierungen und notwendigen Klärungen können die Medizinischen Dienste durch Schulungsmaßnahmen und Fallbeschreibungen allein vornehmen?
- In welchen Fällen sind Präzisierungen und Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien erforderlich?
- Und an welchen Stellen ist ggf. auch der Gesetzgeber gefordert?

Nach dieser Sortierung werden die notwendigen Änderungen angestoßen werden.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat in einem ersten Schritt die Begutachtung der Pflegebedürftigen verändert. Entsprechend der geänderten

Einstufung erhalten die Pflegebedürftigen nun verbesserte Leistungen und ein erweitertes Leistungsspektrum. In einem weiteren Schritt gilt es, die Versorgungswirklichkeit in Richtung einer ganzheitlichen Gestaltung von Pflege, Betreuung und Entlastung weiter zu entwickeln. Die Veränderung der Versorgungswirklichkeit erfordert mehr Zeit als die Änderung der Begutachtung und muss personell und qualifikatorisch unterfüttert werden. Die Grundlage für einen Systemwechsel in der Pflegeversicherung ist gelegt, die weiteren Schritte erfordern jedoch noch weiter Anstrengungen aller Beteiligten in der weiteren Umsetzung.

IV. Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Podiumsgespräch mit den Abgeordneten des Deutschen Bundestages Maria Klein-Schmeink, Helga Kühn-Mengel, Birgit Wöllert

Gesprächsleitung: Jörg M. Fegert, Regina Schmidt-Zadel

Fegert: Wir wollen heute Nachmittag Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit psychischen Erkrankungen besprechen. Wir sind in einem Wahljahr und da wird alles besonders scharf beobachtet. Da sind bereits jetzt Fragen gekommen. Warum sitzt die CDU nicht oben, wird hier rot/rot/grün vorbereitet und usw.? Das ist alles viel einfacher und simpel organisatorisch. Die Gesundheitspolitiker der CDU-Fraktion sind heute auf einer Tagesveranstaltung und deshalb wird Frau Bertram morgen früh kommen und bekommt den gleichen Zeitslot. Wir haben uns auch relativ strenge Regeln vorgenommen. Jede der Damen, die uns jetzt für das Gespräch zur Verfügung stehen und Mitglied im Vorstand der APK sind, also Vorstandskolleginnen von uns, Frau Klein-Schmeink für die Grünen, Frau Kühn-Mengel für die SPD und Frau Wöllert für die Linke bekommen am Anfang die gleiche Zeit, ca. zehn Minuten für ein Eingangsstatement und Frau Schmidt-Zadel und ich wechseln uns ab im Nachfragen, es wird also kein Talkshow-Format sondern jede kann erst einmal etwas vorstellen und dann nutzen wir danach die verbleibende Zeit für ein Gespräch.

Schmidt-Zadel: Wir gehen nach den Anfangsbuchstaben und nicht nach Fraktionen oder deren Zugehörigkeiten. Also fangen wir mit Frau Klein-Schmeink an und sie wird zunächst aus ihrer Sicht etwas berichten zur aktuellen Situation, über Vorhaben der Partei die Grünen in der nächsten Wahlperiode im Bereich der Psychiatrie oder in den angrenzenden Gebieten. Für mich ist das übrigens eine neue Situation. Früher habe ich auch immer auf der anderen Seite gesessen.

Klein-Schmeink: Danke schön. Erstmal an alle einen schönen guten Tag, ich freue mich hier sein zu können, ich glaube, jetzt am Ende der Wahlperiode ist es ja auch eine ganz gute Gelegenheit, auf der einen Seite zurückzugucken und auf der anderen Seite nach vorne zu schauen. Sie wissen, dass ich seit fast acht Jahren zum Vorstand der APK gehöre und in dieser Zeit viel gelernt habe, aber auf der anderen Seite mir auch immer wieder für das Anliegen viel Raum verschafft habe: Wie können wir eine vor Ort

abgestimmte gute Versorgung, die sich tatsächlich auf die Person bezieht, persönlich und individuell, sicher stellen. Ich bin sehr, sehr lange in der Kommunalpolitik gewesen und weiß von vor Ort sehr gut, dass es gerade in diesen Bereichen große Defizite gibt, weil ein psychisch kranker Mensch in der Regel ja nicht einfach nur einen Behandlungsbedarf hat, sondern er hat einen komplexen psychosozialen therapeutischen Bedarf, der nötig macht, dass man viel mehr vor Ort in Versorgungsverbünden denkt als das heute vor allen Dingen im SGB V möglich ist. Und das hat mich die letzten acht Jahre immer sehr, sehr stark beschäftigt, genau wie die Frage: Wie können wir patientenorientierter werden und gleichzeitig auch die Autonomie des Patienten sehr ernst nehmen und als Behandlungsfaktor mit einbeziehen? Das ist gleichzeitig das, was mich für die nächste Wahlperiode umtreiben wird und was wir ins Programm geschrieben haben. Grundsätzlich habe ich es sehr begrüßt, dass wir von diesem elenden PEPP weggekommen sind, immerhin. Wobei noch nicht so klar ist, wie weit wir eigentlich weggekommen sind. Das wird sich nämlich erstmal rausstellen müssen und das wird deshalb auch in der nächsten Wahlperiode sehr, sehr wichtig sein: Psychiatrie. Eine personenzentrierte Behandlung kann nur gelingen, wenn das therapeutische Verhältnis stimmt, d. h. es geht um Personal. Und da haben wir ja immer noch die Nachfolge eines Psychiatriepersonalverordnungsinstrumentes hinzubekommen, das dann auch tatsächlich sachgerecht und patientenorientiert ist. Ich habe große Sorgen, wenn ich sehe, was für eine aktuelle Entwicklung für die Besetzung des GBA wir haben. Wir haben Sorge, dass gerade der therapeutische Teil schlecht abgedeckt sein wird. Jedenfalls deutet sich das zurzeit an. Umso wichtiger wird natürlich immer die kritische Frage sein, wie dann solche Arbeitsgruppen – so ist das ja jetzt angedacht – für ein neues Personalbemessungsinstrument arbeiten werden.

Weiterhin haben wir zwar mit dem Hometreatment einen ersten Fuß in der Türe für einen Übergang von stationärer und ambulanter Versorgung, eine sektorübergreifende Versorgung, mir reicht das aber nicht aus. So wie es jetzt zugeschnitten ist, ist es relativ eng. Von daher haben wir große Fragezeichen, ob das überhaupt zum Tragen kommen wird oder nicht. Wir Grünen haben ein umfangreiches Paket vorgelegt, wo wir regionale Versorgungsverbünde in der gesundheitlichen Versorgung möglich machen wollen. Im Kern denken wir an die Felder psychiatrische Versorgung oder Versorgung bei seelischer und psychischer Erkrankung. Auf der anderen Seite die Pädiatrie und die Versorgung von alten Menschen, das sind die drei großen Hauptanwendungsfelder, wo wir uns wünschen würden, dass

man Versorgungsverbünde voran bringt. Des Weiteren glaube ich, werden wir noch weiter schauen müssen, was es heißt, wenn wir eine UN-Behindertenrechtskonforme Psychiatrie hinbekommen wollen, eine zwangsarme Psychiatrie. In erster Linie hat das ganz, ganz viel mit Personal zu tun, auf der anderen Seite aber auch mit Behandlungskulturen und Philosophien in den Häusern, auch da hoffe ich, dass wir das ein Stück weiter bringen können. *Last but not least* die Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem engen Versorgungsverbund, der sozialgesetzbuchübergreifend funktioniert, wo wir noch mehr als heute die verschiedenen Komponenten, die auf der psychosozialen, auf der familienbezogenen Seite und auf der Behandlungsseite zusammen kommen müssen. Ich glaube oder wir glauben, dass wir da auch im Sozialgesetzbuch V Öffnungsklauseln viel weitergehend als heute vorsehen müssen, die Versorgungsverbünde möglich machen und dann das Engagement z. B. in Vernetzungsarbeit auch finanzieren. Spannend werden auch die nächsten vier Jahre bezogen auf das Bundesteilhabegesetz, da wird ein Prozess in Gang kommen, wo wir nochmal neu schauen müssen, unter welchen Kriterien dann eigentlich diejenigen, die die Instrumente des Bundesteilhabegesetzes überhaupt in Anspruch nehmen, definiert werden. Ich bin froh, dass das, was bisher bis im Gesetzentwurf gewesen ist, so nicht kommen wird, weil wir da gerade für den Bereich der Menschen mit einer psychischen Erkrankung große Defizite hätten befürchten müssen. Das heißt aber auch, wir müssen die nächsten vier Jahre gut aufpassen, dass das nicht passiert. Und schauen, dass die besonderen Bedarfe aus diesem Bereich dann zum Tragen kommen.

Schmidt-Zadel: Vielen Dank Frau Klein-Schmeink. Wir haben den Ablauf so vorgesehen, dass wir jetzt noch Fragen stellen und hinterher, wenn alle drei ihre Statements abgegeben haben noch grundsätzliche Fragen stellen. Zu Ihren Ausführungen Frau Klein Schmeink habe ich jetzt eine Frage: Sie haben auf die regionalen Verbünde hingewiesen, die Sie in Zukunft sehr viel stärker versuchen wollen umzusetzen, da geht es mir auch noch mal um die Versorgung alter Menschen. Das ist ja ein Thema, was wir als APK in den letzten Jahren aufgenommen haben. Wie stellen Sie sich das vor? Und bei dem vorgesehenen System der Veränderung in den Krankenhäusern. Wie stehen Sie zu offenen Stationen? Wie ist da Ihre Vorgehensweise für die Zukunft?

Klein-Schmeink: Danke für die Nachfrage. Es ist in der Tat so, dass wir natürlich schauen müssen, wie wir denn eigentlich sektorübergreifende Versorgung hinkriegen und wir haben heute im Sozialgesetzbuch V, aber

auch in anderen Sozialgesetzbüchern eigentlich massive Hürden für einen solchen Versorgungsverbund und deshalb wollen wir Öffnungen möglich machen und zwar so, dass in den Regionen entschieden werden kann, wie man die genaue Ausgestaltung machen will. Das kann nämlich bedeuten, dass z. B. die stationäre Versorgung geöffnet wird für die Gesamtversorgung, da wo es wenig anderes gibt, aber auf der anderen Seite auch beispielsweise aus der ambulanten Versorgung raus übergreifende Versorgungsangebote mit Krisenstationen entstehen könnten. Am besten in einem Verbund, wir glauben, dass wir in den nächsten zehn Jahren nicht nur über Wettbewerb und Konkurrenz reden werden, sondern wir werden überhaupt über Sicherstellung reden, weil wir zunehmend Probleme haben, in ganz, ganz vielen Regionen überhaupt die Fachleute, die Pflegekräfte zu haben, die eine gute Versorgung sicherstellen. Deshalb wird es eben nicht darum gehen können, dass wir nur alles doppelt in Konkurrenz mal stationär, mal ambulant aufstellen, so stellt es sich zum Teil in einigen Regionen dar, sondern dass man das sinnvoll abgestimmt macht. Anders als heute, wo wir mit der integrierten Versorgung, z. B. aus dem ambulanten Bereich völlig abhängig davon sind, ob eine einzelne Krankenkasse einen solchen Vertrag abschließt oder nicht. Wir wollen in Zukunft, dass es möglich ist, wenn z. B. eine regionale Versorgungskonferenz entschieden hat, einen Versorgungsverbund zu haben, mit der Autorität die z. B. über die Beteiligung der Kommunen und Kreise passieren kann, dass man dann sagt, dann *müssen* alle Krankenkassen mitmachen in diesem Versorgungsverbund und können sich das nicht in Konkurrenz zueinander aussuchen, mal macht es die Techniker und mal macht es die Barmer oder der Betriebskassenverbund. Dann muss es eine Vertragspflicht geben, sodass man dann einen regionalen Versorgungsverbund hinbekommt.

Fegert: Wir haben schon lange für bestimmte Bereiche, zum Beispiel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Kontrahierungszwang gefordert, weil sich sonst immer der eine oder der andere etwas rauspickt. Ich habe trotzdem eine Frage zu diesen Versorgungsverbünden. Wenn man jetzt neue Schubladen macht: psychisch kranke Kinder- und Jugendliche, Kinder psychisch kranker Eltern, Übergänge zwischen der Jugendpsychiatrie ins Erwachsenenalter. Herr Grupp hat heute Morgen die intermittierende Behandlung angesprochen, mal drei Tage Intensivstation, dann ambulant, wie wäre das in solchen Verbünden zu organisieren?

Klein-Schmeink: Mit dem ganzen Anliegen haben wir uns ja in den letzten drei Jahren sehr stark beschäftigt. Wir hatten auch einen Antrag eingebracht und hoffen, dass wir tatsächlich noch einen gemeinsamen frak-

tionsübergreifenden Antrag in den nächsten Plenarwochen verabschieden. Ich glaube, das sollte diese Woche konsentiert werden. Ich weiß nicht, ob es jetzt gelungen ist, da gab es noch irgendetwas mit den Finanzern. Jedenfalls sind wir da auf einem ganz guten Weg. Wir Grünen haben vorgeschlagen, dass es so etwas wie eine Komplexleistung, eine erweiterte Komplexleistung, geben soll, die es möglich macht, die besonderen Aufwände, die man dann hat, abzubilden oder auch, dass es auch wieder ein Budget geben soll, wenn man zwischen stationär und ambulant hin und her switchen will. Wichtig ist dabei, dass man auch andere Professionen miteinbeziehen kann, nicht nur die ärztliche und psychotherapeutische, sondern auch andere aus der Jugendhilfe. Das ist ja das Besondere, was wir in diesen Bereichen brauchen, und wir brauchen die Anerkennung, dass SGB V-Leistungen nicht erst dann eine Rolle spielen, wenn das Kind schon krank ist. So ist ja heute leider der Gesamtansatz, sondern dass man präventiv tiefsystemisch in der Familie arbeiten kann.

Fegert: Vielen Dank. Dann geben wir weiter an Frau Kühn-Mengel. Die Spielregeln sind die Gleichen. Ca. zehn Minuten Eingangsstatement und dann kommen wir etwas ins Gespräch.

Kühn-Mengel: Vielen Dank. Vieles von dem, was die Kollegin Klein-Schmeink vorgeschlagen hat, unterstütze auch ich und ebenso meine Fraktion. Wir haben ohnehin in diesen Themen an vielen Stellen inhaltliche Übereinstimmung, nicht immer, aber da ist die Zusammenarbeit sehr gut. Ich will auch nochmal kurz sagen, dass ich die Aktion Psychisch Kranke seit langer Zeit u. a. über Frau Schmidt-Zadel kenne, die ja früher meine Bundestagskollegin war. Sie haben viel bewegt und angestoßen, das kann man wirklich sagen. Ich weiß, wie wichtig das ist, dass neben der Politik von außen auch immer gedrängt und geschoben wird und PEPP bzw. PsychVVG ist dafür ja ein gutes Beispiel: Ohne Ihre Initiative und die anderer Verbände wäre das sehr, sehr schwer gewesen. Dass das ein Dauerthema war und immer wieder eingefordert wurde, hat dann auch wirklich zum Erfolg geführt, das muss man ganz, ganz deutlich sagen. Die Selbstverwaltung, die ja sonst immer so gepriesen wird, die war vorher nicht in der Lage, eine vernünftige Konzeption zu entwickeln. Das musste erst ganz energisch angeschoben werden. Ich erwähne das PsychVVG nur deshalb, weil es da auch Umsetzungsschwierigkeiten geben wird oder sich solche vielleicht abzeichnen. Und ich nenne, die Kollegin hat das auch schon erwähnt, als ganz wichtigen Baustein Hometreatment. Wichtig für ganz bestimmte Gruppen, die Angst haben vor dem Krankenhaus oder vor anderen Patienten oder

die Schwierigkeiten haben mit der Vorstellung in gemischt geschlechtlichen Stationen zu sein, z. B. Muslime oder Leute, die sich einfach nur um ihr Haustier sorgen. Es kann viele Motive geben, es kann auch der Partner sein. Das waren jetzt nur Beispiele, aber sie wissen, was damit gemeint ist. Sie kennen die Patienten und Patientinnen und deswegen müssen wir jetzt auf die Umsetzung achten. Ich höre, dass die Selbstverwaltung hier auch die Latte ein wenig zu hoch legt. Man kann sie auch so hoch legen, dass irgendetwas nicht zustande kommt. Ich sage das mit aller Vorsicht und nicht drohend. Ich will nur sagen, wir in der Politik werden das sehr, sehr aufmerksam begleiten, das ist so ein wichtiger Bereich, diese stationsäquivalente Behandlung, so wichtig für viele Menschen, dass das einfach auch kommen muss. Es ist auch ein innovatives Element, was ja auch durch einige Modellprojekte schon gut belegt ist. Und deswegen fordere ich hier auch für meine Fraktion eine Expertenkommission. Das haben wir oft gemacht, das haben wir übrigens auch bei PEPP immer wieder gefordert, aber es wurde uns nicht zugestanden. Solche komplexen interdisziplinären Vorgänge müssen auch ab und zu betrachtet werden. Das Gleiche gilt übrigens für ein anderes wichtiges Thema, die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, da sind ja Ihre Klienten und Klientinnen auch betroffen. Auch hier muss man Experten und Expertinnen haben, die diese Prozesse begleiten und einen anderen Blick auf manche Zusammenhänge werfen. Sie wissen ja, wie viele Gesetze für diese Gruppe zuständig sind. Wir Deutschen haben ein sehr gegliedertes Sozialgesetzbuch, das hat an vielen Stellen Vorteile, entwickelt sich aber manchmal auch zu Verschiebebahnhöfen oder zur Erklärung von Nichtzuständigkeit. Ich habe selber 27 Jahre, bevor ich in den Bundestag kam, mit behinderten Kindern, entwicklungsauffälligen Kindern und ihren Eltern gearbeitet, also ich weiß, wie schwierig das alles ist und da habe ich auch viele Erfahrungen gemacht. Auch die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern. Die Kollegin hat das auch schon erwähnt. Wir haben da einen Antrag laufen im Moment, ich glaube, der liegt gerade bei den Haushältern, weil da natürlich auch von Geld die Rede ist und die brüten immer am längsten über diesen Anträgen, aber ich bin ganz zuversichtlich, dass der kommt. Vor allem, weil wir hier auch wirklich Interdisziplinarität brauchen, gute Zusammenarbeit, frühe Hilfen, also Vernetzung mit diesem Programm und ein wichtiger Prozess für die Betroffenen. Ich denke, dass Kinder psychisch kranker Eltern nicht zwangsläufig psychisch krank werden müssen, da muss man ja auch immer aufpassen, dass man nicht der Genetik das Wort redet. Aber man muss diese Kinder, die doch auch schwere Verletzungen

erleiden, wirklich gut beobachten und früh erreichen, das ist ganz, ganz wichtig. 2,6 Millionen Kinder sind es, die suchtabhängige Eltern haben. Diese Zahl alleine muss einen ja bewegen. Rot/grün und CDU haben einen Antrag zur Suizidprävention gemacht. Das haben die Grünen angestoßen im Bundestag. Damals war es aber noch kein gemeinsamer Antrag. Das ist aber etwas, was wir gemeinsam auf den Weg bringen, auch hier ganz, ganz wichtig: niedrigschwellige Angebote. Hier finde ich wichtig, dass wir Anlaufstellen haben, die niedrigschwellig und unkompliziert die Betroffenen auffangen, auch ohne Versicherungskarte, ohne förmliche Anmeldung, rund um die Uhr telefonisch erreichbar usw. Man muss sich das vorstellen: Zwar wird immer wieder gesagt, die Zahl der Suizidversuche oder auch der erfolgreich durchgeführten sei gesunken, aber 10.000 pro Jahr sind immer noch sehr viel. 80 % derjenigen, die einen Suizidversuch durchführen, hatten zu diesem Zeitpunkt keine Behandlung und 100.000 bewegten sich im Gesundheitssystem und das zeigt eben auch deutlich, dass das eine Daueraufgabe ist und dass wir hier auch was machen müssen. Ich möchte noch schnell etwas zur Pflege sagen. Von unserer Seite aus ist geplant, dass es auch eine Familienzeit geben soll für die Pflege von Angehörigen, ganz wichtig, auch mit einer Lohnersatzleistung. Ausgehend von dem Gedanken, dass das, was es für die Jüngsten gibt – also das Elterngeld – auch für die Pflege, Zuwendung und Zeit für die Älteren oder die zu Pflegenden geben muss: ein Familiengeld. Eine Stärkung dieses Bereiches halte ich für einen ganz wichtigen Punkt, ebenso wie Dinge auf dem Arbeitsmarkt, die wir anschieben wollen. Das ist für mich von ganz großer Bedeutung. Eine Ausbildungsgarantie für alle, auch überbetriebliche Ausbildungsstätten, damit psychisch Kranke nicht sofort in der Werkstatt für Behinderte landen. Es ist meine Erfahrung, dass diese Menschen in der Rangskala wirklich am unteren Ende sind in der Vermittlung, warum auch immer. Eine große Qualifizierungsstrategie, ein Bund-Länder-Programm, das sich hier auch kümmern muss, unterstütze ich sehr. Wir haben immer noch Millionen von Analphabeten, nicht zu fassen, aber wir haben auch viele Menschen, die es sonst noch schwer haben auf dem Arbeitsmarkt. Das wollen wir ändern.

Zum Schluss danke ich der APK auch für einen anderen Anstoß: Sie haben eine Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme für Kinder und Jugendliche als Projekt gehabt. Ich kenne die Ergebnisse noch nicht, ich weiß nur, dass das BMG geförderte Modell oder Projekt wichtige Antworten gibt. Ich vermute – ich habe noch nicht die Ergebnisse gehört – es kann nur herauskommen, dass es einen großen Bedarf gibt, dass es eine große Zahl an

Kindern und Jugendlichen gibt, die betreut werden müssen, dass es wirklich auch zu wenig niedrigschwellige regionale Angebote gibt, dass die Zahl der Psychotherapeuten zu gering ist usw. Das bleibt eine Daueraufgabe und da werden alle Beteiligten sich auch in der nächsten Legislatur und darüber hinaus zu kümmern haben.

Fegert: Vielen Dank. Der Projektbericht wird in der zweiten Jahreshälfte vorliegen. Die Ergebnisse gehen in die Richtung, die Sie angedeutet haben. Uns macht große Sorge, dass der Gesetzgeber in dieser Legislatur im Bereich Teilhabe für Kinder und Jugendliche damit gescheitert ist, eine gemeinsame inklusive Lösung zu finden. Das findet sich ja nicht mehr im Gesetzentwurf, sodass nicht ein Amt, das Jugendamt, für alle Familien zuständig ist. Wie ist da die Position Ihrer Fraktion?

Kühn-Mengel: Also eigentlich wollten wir ja die große Lösung, die Zusammenführung von Eingliederungshilfe und Jugendhilfe. Das wird in dieser Legislatur nicht kommen. Es ist, wie ich höre, gescheitert an den Ländern. Also ich will jetzt noch nicht mal sagen, dass es am Koalitionspartner lag, sondern auch an den Ländern. Das hat wahrscheinlich mit der Sorge um steigende Kosten zu tun, wie auch immer. Diese Lösung heißt jetzt im Familienministerium nicht mehr große, sondern inklusive Lösung, aber sie kommt trotzdem nicht. Das ist sehr bedauerlich und da wird weiter dran gearbeitet. In der nächsten oder übernächsten Woche findet noch eine Anhörung zum SGB VIII statt, auf der noch einmal Hürden und Hindernisse beschrieben werden und auch neue Instrumente eingeführt werden, z. B. Ombudsmann für Kinder und Jugendliche und Stärkung der Beratung, aber das, was ursprünglich vorgesehen war kommt leider nicht.

Schmidt-Zadel: Vielen Dank. Jetzt gebe ich Frau Wöllert das Wort. Es ist immer ein Nachteil, wenn man einen Namen hat, der am Schluss des Alphabetes steht, dann kommt man immer als Letzte dran. Aber das hat den Vorteil, dass man dann auf das eingehen kann, was die Anderen vorher gesagt haben. Sie haben das Wort Frau Wöllert.

Wöllert: Herzlichen Dank für die Einladung, ich bin gerne hierher gekommen. Vielleicht gelingt es mir jetzt, noch ein paar andere Akzente zu setzen, nachdem ja schon eine ganze Menge gesagt worden ist. Erstmal möchte ich sagen, dass ich ihr Thema gut finde: Gesundheits- und sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es ist ja in der Gesundheitspolitik leider nicht gang und gäbe Gesundheits- und Sozialpolitik zusammenzudenken, sondern Gesundheit auf den Bereich Medizin zu reduzieren. Ich glaube, das ist ein Ansatz, der nicht richtig ist.

Das zeigt sich natürlich besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Gerade diese Menschen sind auf Zusammenarbeit und Netzwerke in einem ungeahnten Maße angewiesen und da haben Sie sich richtiger Weise auf den Weg gemacht und eingesetzt. Das sehen wir als Linke ganz genauso, das sehen wir allerdings auch für das gesamte Gesundheitswesen so. Dazu gehört, dass die Versäulung, von der wir jetzt schon Jahrzehnte reden, tatsächlich mehr aufgebrochen wird. Es gibt da aber leider immer nur einzelne Akzente, die am Grundsatz nicht viel ändern. Das ist der eine Punkt, an dem wir sagen: Da muss etwas getan werden. Hometreatment ist hier schon genannt worden, aber – und jetzt kommt das große ABER: Aus Gesprächen mit Psychiatrieverbänden und auch mit Psychotherapeuten weiß ich, dass es im ambulanten Bereich innerhalb der integrierten Versorgung solche Projekte schon gibt, die hervorragend funktionieren, die als Beispiel dienen könnten, indem sie in die Regelversorgung übernommen werden. Das geht aber nicht, weil integrierte Versorgung ein Moment des Wettbewerbs ist und die Verträge nicht öffentlich und nicht transparent sind. Hier hat Politik tatsächlich eine Aufgabe, etwas grundsätzlich an der Struktur zu tun und nachzudenken: Wie kann das, was als gute Lösung einmal da ist, für alle in die Regel überführt werden. Das ist etwas, was wir unbedingt brauchen.

Eine zweite Sache, die mir wirklich sehr am Herzen liegt, ist, dass man Pflege und Gesundheit nicht immer auseinanderdividiert. Wir sehen, dass alte Menschen Hilfe brauchen, ich lasse jetzt mal dahingestellt, ob stationär oder ambulant, sonst würden sie in keinen Pflegegrad kommen. Das heißt also, sie haben in der Regel auch ein gesundheitliches Problem und das ist oft die Ursache für Teilhabeprobleme. Es geht einfach gar nicht, dass man das auseinanderdenkt, aber das tut man, dadurch, dass es unterschiedliche Strukturen, unterschiedliche Bezahlungsformen gibt und jeder in den Strukturen immer nur seinen Bereich sieht und die Menschen, die die Hilfe brauchen, nicht der Dreh- und Angelpunkt sind. Und so lange wir das in der Politik nicht umkehren und sehen, was die Menschen brauchen, die dieser Hilfe bedürfen und wie wir das System für sie stricken, solange werden wir in jeder neuen Legislatur an dem Problem rumdoktern.

Und ein drittes Beispiel, das hier schon genannt wurde, sind die Kinder von psychisch kranken und suchtkranken Eltern. Ich hatte vor gar nicht allzu langer Zeit dazu eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung gestellt. Diese wurde ziemlich unbefriedigend und mit relativ geringer Sachkenntnis von der Bundesregierung beantwortet, das lasse ich jetzt mal dahin gestellt.

Und trotzdem ist es auch hier der Fall, dass die verschiedenen Ministerien, das Familienministerium und das Gesundheitsministerium, sich nicht einigen können und nicht genau hingucken, was diese Kinder brauchen. Eines wurde ziemlich klar: Es gibt genetische Ursachen, dass Kinder psychisch kranker Eltern oder suchtkranker Eltern ebenfalls erkranken können, es gibt aber auch soziale Ursachen. Das können wir von vornherein gar nicht abklären. Wenn sich aber ein Elternteil dazu durchgerungen hat, Hilfe in Anspruch zu nehmen, dann ist auch hier die Gesundheit so ein Dreh- und Angelpunkt, der Ausgangspunkt sein könnte, um zu erfahren, ob hier Hilfe und ein Netzwerk organisiert werden müssen. Ich glaube, von diesem Anfangspunkt ist man noch nicht ganz überzeugt. Es brauchen nicht alle Eltern Hilfe zur Erziehung vom Jugendamt, da gibt es ganz viele, die das gar nicht benötigen. Das hat für viele einen schlechten Beigeschmack. Ich bin selber seit Jahrzehnten in einem Jugendhilfeausschuss, war selber Vorsitzende, ich kenne das: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind fleißig, aber sie können noch so gut arbeiten, Eltern haben immer Vorbehalte, wenn es um das Jugendamt geht. Das ist bei Gesundheit etwas anderes. Ich finde hier muss mehr zusammen getan werden.

Und da bin ich bei der nächsten Säule, die wieder Ländersache ist, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der ja auch für die Psychiatrie und für psychische Erkrankungen eine große Rolle spielt, auch als Verknüpfung. Da haben wir in den letzten Jahren personell und finanziell einen riesengroßen Aderlass erlebt, den wir nicht einmal angefangen haben aufzuholen. Hier müssen wir wirklich handeln.

Und eine vierte Sache: Gerade psychisch kranke Menschen sind auf Beziehungen angewiesen. Diesen Menschen helfen nicht in erster Linie technische Geräte und Roboter und was so alles im Gespräch ist. Deshalb ist eine vernünftige Personalausstattung in allen Bereichen, ob medizinisch, therapeutisch oder pflegerisch, eine unabdingbare Voraussetzung, übrigens auch eine unabdingbare Voraussetzung, um geschlossene Stationen zu vermeiden. Und meine Befürchtung ist, weil auch das Wort Inklusion oft gefallen ist, dass wir hier langsam ein bisschen auf der Kippe stehen. Das haben mir auch die letzten Landtagswahlen und besonders die Nordrhein-Westfalen-Wahl gezeigt. Länder, die sich auf den Weg machen, es mit Inklusion ernst zu meinen, werden darauf hingewiesen, dass es aus vielen Gründen nicht funktioniert und die Situation für die Betroffenen verschlimmert. Da müsse man es doch eher sein lassen, kommt unterm Strich raus, statt nach Lösungen zu suchen, wie wir den Prozess möglichst gut und mit möglichst

gutem fachlich ausgebildetem Personal gestalten können. Und da denke ich haben wir eine ganze Menge zu tun, da wird es uns nicht an Aufgaben und an Arbeit mangeln.

Schmidt-Zadel: Vielen Dank Frau Wöllert. Ich will gerade zum letzten Thema etwas sagen, was mich tief beunruhigt hat in der letzten Woche. Die neue Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat beschlossen, dass Förderschulen weiter bestehen bleiben. Also ich denke, das geht nicht nur zehn Jahre zurück, sondern viel länger. Aber eine Frage hätte ich auch an Sie. Sie haben von der integrierten Versorgung und von dem Einbezug der Pflege in diese integrierte Versorgung gesprochen. Wir haben heute noch die Ministerin hier zur sozialen Stadt oder zu Quartierkonzepten. Ist das etwas, was Sie auch in Zukunft mit vorantreiben wollen?

Wöllert: Soziale Stadt, Quartierkonzepte, Integration von Pflege gehören für mich auch in den Gesamtbereich der Gesundheitsförderung. Wir haben heute noch gar nicht über das Präventions- und Gesundheitsfördergesetz geredet, das in dieser Legislaturperiode verabschiedet wurde. Es wird ja immer nur – und ich sage »nur« mit Absicht – Präventionsgesetz genannt. Es heißt aber »Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung« und Gesundheitsförderung ist weit mehr als Prävention. Dazu haben wir uns auch in internationalen Verträgen verpflichtet. Das bedeutet nämlich die Gesundheit von Menschen so gut wie möglich zu erhalten, da gehört Stadtentwicklung dazu. Da gehört dazu, ein gutes erreichbares Pflegemanagement zu schaffen, dazu gehört Aufsicht zu fahren, wenn es um ausgebildetes Personal geht, das diese Pflege macht und verantwortet, also all das gehört in den Bereich. Und das meinte ich vorhin, als ich sagte, dass wir das auch politisch zusammendenken müssen.

Schmidt-Zadel: Vielen Dank. Wir haben jetzt die Möglichkeit, Herr Fegert und ich, an Sie alle nochmal einzelne Fragen zu stellen. Ich beginne. Ein Thema ist in der Gesamtdiskussion bisher nicht berührt worden und zwar die Arbeitssituation oder besser die »Nicht Arbeitssituation« von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wer mich kennt und in den letzten Jahren meine Statements verfolgt hat: Ich kämpfe seit Jahren dafür, dass weniger Menschen mit psychischen Erkrankungen in Behindertenwerkstätten untergebracht werden. Das ist noch ein Trend, der sich nicht verändert, sondern weiter entwickelt hat. Es gibt keine Veränderungen, die positive Ergebnisse zeigen. Was kann man in Zukunft tun, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Chance haben und nicht abgeschoben werden in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen?

Ich fange bei Frau Klein-Schmeink an, ich denke, Sie können alle drei etwas dazu sagen.

Klein-Schmeink: Ganz grundsätzlich kann man sagen, je mehr betreutes Arbeiten es gäbe, umso weniger bräuchten wir betreutes Wohnen. Das ist etwas, was ich schon vor zehn Jahren im Landtag immer wieder gehört habe und auch aus dem praktischem Leben kenne. Es gibt zwar den einen Teil »Arbeit macht krank«, wenn man sehr, sehr stressige und belastende Arbeitssituationen hat oder wenig wertschätzende, auch das spielt eine große Rolle. Aber der andere Punkt, das Gegenteil ist ja umso wahrer. Wenn ich von Erwerbsarbeit, von zufriedenstellender Arbeit, von den Bezügen, die sich darüber herstellen, ausgeschlossen bin, ist das erst Recht ein Faktor, der ausgrenzt und krank macht. Insofern ist das ein ganz, ganz wichtiger Ansatz. Bevor ich im Bundestag war, war ich im Landtag NRW als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und damals haben wir uns sehr stark damit auseinander gesetzt: Wie können wir es schaffen, dass es so etwas wie einen sozialen Arbeitsmarkt gibt für diejenigen, die nicht mehr so belastbar sind, wie unser erster Arbeitsmarkt es in der Regel – und heute ja noch sehr viel krasser als noch vor zehn Jahren – voraussetzt? Und was können wir tun, damit jeder die Arbeit findet oder solche Arbeitsverhältnisse findet, die seinem persönlichen Vermögen und seiner Belastbarkeit zu der Zeit gerecht werden können? Und damals konnte ich mich sehr viel mit den skandinavischen Konzepten auseinandersetzen, wo es darum geht, dass jede Gemeinde einen Integrationsbetrieb hat, dieser aber so ausgestaltet ist, dass man davon leicht wieder weg kann, wenn die Belastbarkeit es wieder möglich macht an einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu wechseln, wobei gleichzeitig dieses Unternehmen durchaus gar nicht so unterschiedlich vom ersten Arbeitsmarkt ist. Hier hat man den richtigen Ansatzpunkt für diejenigen, die chronisch krank sind. Ich glaube aber, dass man damit – was es jetzt ja auch ein bisschen mit dem persönlichen Budget bezogen auf Arbeitsförderung geben soll – noch mal genauer schaut: Wie kann ich eigentlich den persönlichen Potenzialen gerecht werden und dafür flexible individuell einsetzbare Fördermöglichkeiten schaffen? Was ja auch sowas sein könnte wie Coaching, wie Begleitung während der Arbeit, aber auch die Begleitung der Arbeitgeber, wenn sie in konfliktbehafteteren Situationen sind, in Situationen, wo einem eine psychische Erkrankung vielleicht Hemmnisse schaffen würde, sodass man eine Entlastung benötigt. Diesen Weg zu gehen, halte ich für ausgesprochen wichtig. Ich erinnere mich auch wieder an Situationen von vor zehn Jahren, die wir gerade bei der Förderung von Jugendlichen im Arbeitsmarkt hatten, wo es um Coachinganteile ging,

die sehr, sehr flexibl eingesetzt werden konnten. Das waren damals Projekte, die ausgesprochen gut bewertet worden sind und eine sehr nachhaltige Integration ermöglicht haben. Dazu gehört natürlich auch, dass ich nicht nur während einer Maßnahme einen Anspruch habe, sondern dass diese wirklich ausschleichen kann und ich als Arbeitgeber weiß, dass ich auch zwei Jahre später immer noch jemanden habe, mit dem ich mich austauschen kann und ich eine Entlastung erfahren kann, und dass es einen echten Nachteilsausgleich gibt. Das ist, glaube ich, im Vorfeld schon notwendig, damit wir gar nicht erst in die Situation der Arbeit in einer Werkstatt kommen, die eigentlich das Ende einer langen, ganz langen Reise sein sollte. Wenn wir uns anschauen, wie viele Menschen in die Erwerbsminderungsrente ausgesteuert werden, das ist so krass. Meistens geschieht das in der Mitte des Lebens. Das ist etwas, was ich wirklich als Persönlichkeitsrechtsverletzung empfinde, wenn jemand in so einem Alter ausgesteuert wird und keine Perspektiven für sich entwickeln kann, da müssen wir dringend gegensteuern. Das halte ich für einen ganz, ganz wichtigen Ansatzpunkt.

Kühn-Mengel: Ich hatte vorhin Frau Schmidt-Zadel schon gesagt, dass wir diesem Bereich nicht nur Aufmerksamkeit, sondern auch Umsetzungschancen geben müssen. Der viel zitierte Mensch mit psychischer Erkrankung, der in der Werkstatt für Behinderte landet. Dieses Beispiel nehmen wir ja nicht, um die Werkstatt zu diskriminieren, sondern weil viel genauer hingeschaut werden muss, wer kann was? Und weil wir einen sozialen Arbeitsmarkt und einen inklusiven Arbeitsmarkt schaffen müssen. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Das Bundesprogramm »soziale Teilhabe« wollen wir als Regelleistung in das SGB II übernehmen. Ich halte das für einen wichtigen Schritt und ich habe eingangs schon gesagt, wir setzen uns auch dafür ein, dass bestimmte Arbeitsmarktteile öffentlich finanziert werden müssen. Ausbildungsgarantie auch in überbetrieblichen Einrichtungen und Chancen schaffen für Menschen, die es zunächst einmal nicht aus eigener Kraft schaffen, Arbeit zu finanzieren, statt Arbeitslosigkeit. Das ist ein Grundsatz, den tragen wir seit langer Zeit vor uns her, aber jetzt muss es wirklich auch gelingen, das hängt mit der Behindertenrechtskonvention zusammen. Insofern ist das wirklich ein Menschenrecht, aber wir müssen alle Potenziale heben und ich glaube, dass uns diese Verpflichtung jetzt auch bei der Gestaltung und Teilfinanzierung des Arbeitsmarktes leiten muss.

Wöllert: Ich würde es ganz gerne von zwei Seiten her sehen: Das eine ist, dass die Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn sie nicht chronisch krank sind, zuvor lange Zeit gesund waren und somit immer aus einem

Betrieb, von einem Arbeitsplatz kommen. Da sollte im Zusammenhang mit betrieblichem Gesundheitsmanagement mehr getan werden, um diesen Leuten die Chance zu geben, ihre Krankheit zu überwinden, geheilt zu werden und dann auch wieder in den Beruf zurückzukehren. Damit die Bindung da ist, denke ich, müsste noch mehr im Zusammenhang mit Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen getan werden. Da könnte auch mehr Geld investiert werden, auch in Unterstützung von betrieblichem Gesundheitsmanagement. Es ist hinterher auf jeden Fall für den Betroffenen oder die Betroffene besser aber auch für die Betriebe günstiger, die ja auf ihre Fachkräfte immer mehr angewiesen sind. Es wäre also eine Win-Win-Situation, die wir schaffen könnten.

Und der zweite Punkt, den ich sehe, ist, dass man ja auch nochmal den umgekehrten Schluss ziehen muss, nämlich dass besonders Menschen von psychischen Krankheiten betroffen sind, die ohnehin in schlechten Situationen leben. Arbeitslose sind viel eher von psychischen Erkrankungen betroffen, der Zusammenhang ist erwiesen. Da wäre ich bei dem, was Sie sagen: Es geht vielmehr darum, Arbeitslosigkeit zu verhindern. Soziale Arbeit oder Arbeit im sozialen Bereich ist da eine Möglichkeit. Ich kenne in Brandenburg ein gutes Beispiel: In Lauchhammer gibt es einen sogenannten Sozialbetrieb, das läuft über einen Trägerverein, denn das muss natürlich auch finanziert werden. Die Menschen arbeiten solange da, wie es benötigt wird und die Betriebe brauchen nachher natürlich auch wieder Ansprechpartner, um bei Problemen aufgefangen zu werden. Ich denke, Möglichkeiten sind da, was wir suchen müssen oder was wir garantieren müssen, ist, dass diese auch langfristig finanziert werden. Ich bin der festen Überzeugung, dass das gesamtgesellschaftlich kostengünstiger ist als es so weiter laufen zu lassen wie bisher. Gesundheit zu erhalten ist auch gesamtgesellschaftlich immer kostengünstiger als auf lange Zeit Krankheit zu finanzieren.

Fegert: Vorhin wurde ja schon angesprochen, dass es in den drohenden Konflikten im GBA Expertise braucht, die vielleicht auch außerhalb der Bänke, also der Krankenversicherungen, der Krankenhausgesellschaft und der anderen Leistungserbringer angesiedelt ist, um den weiteren Prozess der Entwicklung in der Versorgung und auch die Mitbestimmung von Menschen mit psychischen Problemen voranzubringen. Sie hatten die Expertenkommissionen angesprochen, die die APK ja seit langem fordert. Für die Psychiatrien Deutschlands war die Psychiatrie-Enquete ein riesiger Einschnitt und eine Latte, an der man sich messen musste. Wir haben das Glück, in der Legislatur ein kleineres, ganz umgrenztes Projekt zu Kindern und

Jugendlichen durchführen zu können und es wurde schon bei den einzelnen Anhörungen deutlich, wie wichtig es ist, dass diese unterschiedlichen Perspektiven, die Sie alle angesprochen haben – also Schule, Arbeit, soziale Versorgung, Zusammenarbeit oder Nichtzusammenarbeit der Systeme, aber auch die Sicht der Betroffenen und die Sicht der Angehörigen bei Kindern noch mal evidenter – auch ein Wort mitzureden haben. Also wenn jetzt von Expertise oder Expertenkommission geredet wird, wie organisiert man die, dass sie nicht im Vorgabenspiel des GBAs untergeht, weil der GBA natürlich auch Expertenanhörungen macht. Es gibt für alles Experten. Aber wie käme man im Parlament zu einer Diskussionsbasis, die diese Punkte, die Sie jetzt alle angesprochen haben, irgendwie untermauert und wirklich einen Schub nach vorne bringt? So glücklich ich über das PsychVVG bin, es sind Versprechungen, die wir in der Praxis noch nicht eingelöst haben und eigentlich war es ein defensiver Kampf. Wir haben versucht zu retten, was zu retten ist.

Psychiatrie und Versorgung brauchen aber eigentlich ein Denken nach vorne, wir brauchen eigentlich auch mehr Forschung in diesem Bereich der Krankenversorgung. Sie haben uns ja auch alle unterstützt bei einem Hearing, wo wir gefragt hatten, welche Forschung brauchen wir? Deshalb nochmal die Frage: Welche Expertise ist nötig und wie könnten wir das sichern?

Kühn-Mengel: Der Vorteil von Enquetekommissionen ist ja, dass sie immer ein Thema stark öffentlich befördern und dass die gesamte Fachlichkeit, die es gibt, auch zu Worte kommt. Ich habe selber in der Kommission »Recht und Ethik in der Medizin« mitgearbeitet und das war schon sehr beeindruckend. Im Prinzip würden wir auch eine Enquetekommission befürworten. Das ist nicht einfach, weil sich unter diesem Begriff Kinder und Jugendliche und ältere demenziell Erkrankte befinden, aber eine Enquetekommission hat den großen Vorteil, dass sie ein Thema nach vorne bringt. Das wird immer zu Beginn einer Legislatur verhandelt, das hängt auch stark von der Zusammensetzung einer Koalition ab, sage ich mal ganz deutlich. Und ich würde das unterstützen, zumindest aber eine Expertenkommission. Ich habe das vorhin an verschiedenen Stellen erwähnt, nicht nur in Bezug auf PsychVVG, sondern auch bezogen auf die Kinder und Jugendlichen, auf das Zusammenwirken von acht Gesetzbüchern oder so. Das ist schon eine große Aufgabe. Und wir brauchen auch ein Gegengewicht zum Bundesausschuss, der sehr mächtig ist, das muss man ganz klar sagen. Auch bei den vielen neuen Aufgaben, die im Gesundheitssystem dazu gekommen sind, Institute, Innovationfonds. Wir haben wirklich alles gefordert von den Krankenkassen, von der gesetzlichen Krankenkasse muss man auch sagen, da halten sich

andere Stellen vornehm zurück – und wir müssen an dieser Stelle auch ein Gegengewicht schaffen, indem wir dem Bundesausschuss noch ein anderes ExpertInnenwesen entgegensetzen.

Wöllert: Ja, eine Enquetekommission ist ganz sicher eine Möglichkeit. Ich kann das jetzt erstmal nur für mich ganz persönlich sagen als jemand, der von außen dazu gekommen ist – dass die Umwälzungen in der Psychiatrie offensichtlich sind. Ich bin DDR-sozialisiert und ich sage von daher, dass man schon einen gewaltigen Schritt nach vorne gemacht hat, der vor allen Dingen auch ein Umdenken bei der »normalen Bevölkerung«, bei den Menschen insgesamt, geleistet hat. Dadurch sind psychische Erkrankungen immer weniger ein Grund zur Ausgrenzung. Das ist ein so großer Verdienst, den diese Aktion bewirkt hat, das kann man gar nicht hoch genug einschätzen. Ich denke, das müssen wir uns bewusst machen, und das muss immer wieder deutlich gemacht werden, dass wir uns erst in der Mitte dieses Weges befinden und da noch ein ganzes Stück Arbeit vor uns haben. Ich halte den GBA erstmal für ein gutes Instrument. Er besteht aber jetzt 13 oder bald 14 Jahre, und man muss jetzt wieder überlegen: Ist die Struktur wie sie jetzt ist noch gerechtfertigt? Mit den Entscheidungen, die getroffen werden, mit den unabhängigen Vorsitzenden und den zwei unabhängigen stellvertretenden Vorsitzenden, die durch Selbstverwaltungsorgane berufen werden – nennen wir ihn ja jetzt schon »den kleinen Gesetzgeber«. Das heißt: Die Selbstverwaltungsorgane bestimmen selbst durch ihre berufenen Mitglieder sehr entscheidend, was in diesem GBA passiert und es wird Zeit, das einer politischen Neuüberprüfung zu unterziehen. Weder das fachliche Interesse, noch die fachliche Expertise ist immer uneingeschränkt vorhanden noch eine geschlechterspezifische. Folglich droht uns, dass die drei Menschen, die hier entsprechend der jetzigen Ideen sitzen, alle Männer sind. Auch das halte ich für nicht mehr zeitgemäß, und wir haben politisch bislang überhaupt keine Handhabe, da etwas zu tun. Da haben wir uns selbst entmachtet, das muss ich ehrlich sagen. Ich halte es für sehr wichtig, da etwas zu machen. Eine Enquetekommission ist ja deshalb eine so gute Variante, weil man Expertise von außen einholen kann, auch ins Parlament. Das ist dann vielleicht eher eine Basis, um politische Ergebnisse wieder in die Gesellschaft zu transportieren.

Fegert: Frau Kühn-Mengel, ein Satz auf dem Sprung.

Kühn-Mengel: Ja nur ein Satz. Es drängt mich noch zu sagen, das Mindeste, was wir durchkriegen sollten und das bestimmt das Parlament, das ist die dritte Bank für die Vertretung der Patienten und Patientinnen.

Fegert: Das kann man ja laut diskutieren.

Klein-Schmeink: Ein bisschen hapert es hier in der heutigen Debatte daran, dass jemand nicht anwesend ist. Wenn wir uns die letzten acht Jahre an Entwicklung angucken, dann war das gerade für den psychiatrischen Bereich doch eine, wo wir in der Defensive diskutieren mussten und nicht nach vorne diskutiert haben. Das finde ich schade, dass die Diskussionspartner leider erst morgen da sind oder uns womöglich auf Bundesebene mit schwarz/gelb erneut drohen. Das finde ich richtig schade, dass wir uns da nicht auseinander setzen können, weil man ja doch deutlich sieht, wo der grundlegende Unterschied war.

Schmidt-Zadel: Wir stellen diesbezüglich morgen kritische Fragen.

Klein-Schmeink: Das ist wichtig. Seit acht Jahren fordern wir die begleitende Expertenkommission. Eine Enquete ist ja etwas anders: Eine Enquete ist ein Verfahren des Bundestages, wo man sich ein Thema vornimmt, rundherum alle möglichen Aspekte anschaut und dann hinterher Handlungsempfehlungen macht, die aber nicht verbindlich sind. Es war im Falle der Psychiatrieenquete zum Glück so, dass es wirklich zu Handlungen und sehr weitgehenden Beschlüssen gekommen ist. Das ist aber nicht notwendigerweise damit verbunden, das muss man einfach wissen. Und es dauert vier Jahre, also eine ganze Wahlperiode und heißt, dass in dieser Wahlperiode keine konkreten Schritte gemacht werden, weil man immer sagt: »Naja die Enquete ist ja noch dabei und wir können nichts vorwegnehmen«. Deshalb bin ich kein großer Fan einer Enquetekommission. Ich möchte, dass wir in den Feldern – die Psychiatrie wäre eins der ganz großen, wo es ganz deutlich ist, wir reden nicht nur über ein medizinisches Portfolio – den Blick weiten und begleitende Expertenkommissionen haben. So ist sichergestellt, dass nicht nur die klassische Selbstverwaltung darin ist, sondern im Wesentlichen neutrale Experten, die Wissenschaft, aber auch Praktiker aus verschiedensten Professionen und auch die Patientenseite einen festen Sitz hat oder auch mit mehreren vertreten ist. Auch da ist das ja nicht immer monolithisch, immer gleich, sondern je nach Krankheitsbildern ganz unterschiedlich aufgestellt, wer dann Teil der Expertenkommission wäre, die dann fortwährend sowohl solche Themen bearbeitet wie die Personalverordnung, die neu entstehen muss oder das neue Instrument, was da entstehen muss, als auch die Ausgestaltung von z. B. sektorübergreifender Versorgung. Das wäre der richtige Weg, das fordern wir auch jetzt schon seit acht Jahren. Unsere Anträge sind leider immer abgelehnt worden und ich glaube die große Herausforderung ist zu sagen: Wir haben es im Bereich der Psychiatrie und der Menschen

mit psychischer Erkrankung mit einem viel weiteren, ganzheitlichen Begriff zu tun und einer Erkrankungsform, die nicht nur physiologisch herzuleiten ist, sondern ganz vielfältige Unterstützungsnotwendigkeiten macht und auch Zusammenarbeit aus unterschiedlichen Bereichen erfordert. Deshalb müssen wir diese Expertenkommission haben, und zwar fortlaufend institutionell abgesichert, sodass die auch etwas sagen kann, was dann auch eine Bedeutung hat. Ähnlich eigentlich wie es beim GBA ist, aber wir dürfen nicht den Fehler machen, das nur der Selbstverwaltung in diesem kleinen und engen Zuschnitt wie sie ihn heute hat, zu überlassen. Diesen Mut müssen wir haben und das muss man gegenüber dem Gesundheitsministerium durchsetzen. Das war in den letzten acht Jahren bisher nicht möglich. Darüber hinaus muss man tatsächlich über die Selbstverwaltung insgesamt reden, auch da haben wir ja viele Anträge vorgelegt. Insgesamt geht es immer darum, dass wir die Patientenseite und die anderen Gesundheitsberufe stärker miteinbeziehen oder überhaupt einbeziehen, weil sie in den entscheidenden Gremien außerhalb der Vor-, Unterarbeitsgruppen in der Regel nicht vertreten sind und da brauchen wir ein klares Stimmengewicht auch für diese Seiten. Aber im Grunde würde ich insgesamt sagen, müssen wir diesen ganzen GBA als übergreifendes Gremium viel mehr von Aufgaben entlasten und mehr in die Regionen geben. Weil man regional im Versorgungsverbund weiß, wo es hapert, was für die Versorgung wichtig ist. Diese Fragen sollten raus aus der Bundesebene hin zu der Regionalebene, wenn es darum geht, Regionalplanung zu machen, Versorgungsplanung zu machen. Die Anzahl der Sitze für die Psychotherapie beispielsweise. Es ist vollkommen kontraproduktiv, wenn das nur die Bänke auf Bundesebene entscheiden: Es muss vor Ort in die Regionen, weil die sich konkret damit auseinander setzen werden, wo es hapert, wo Sitze sein müssen. Dann hätte man vielmehr Möglichkeiten anzupacken. Auch das ist etwas, was für uns für die nächste Wahlperiode ein ganz, ganz wichtiger Baustein wäre.

Schmidt-Zadel: Vielen Dank, Frau Kühn-Mengel musste schon gehen. Wir haben 15:00 Uhr als Zeit gesetzt bekommen und sind jetzt am Ende, nicht am Ende insgesamt, sondern am Ende dieser Runde. Ich habe noch eine Frage: Sie haben gerade darauf hingewiesen, Frau Klein-Schmeink, dass sehr vieles auch in den Kommunen unterschiedlich behandelt und unterschiedlich umgesetzt wird. Die APK hat vor vielen Jahren schon mal darauf hingewiesen dass ein Bundespsychiatriegesetz verabschiedet werden sollte. Das wäre eine sinnvolle Möglichkeit und eine Maßnahme, das alles zusammenzuführen, damit in Zukunft mit all diesen Themen anders umgegangen

werden könnte. Wie würden sie dazu stehen? Das zum Schluss und dann wünschen wir Ihnen viel Erfolg bei dem, was in Zukunft auf Sie zukommt.

Klein-Schmeink: Ob es jetzt ein Bundespsychiatriegesetz wäre oder ein neues Kapitel im SGB V, wo man alle Fragen, die mit der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zusammenhängen, in einem extra Kapitel zusammenfassen würde und auch andere Komplexleistungen möglich machen würden, also das bisherige regelhafte Denken ein Stückchen auflösen würde, das wäre im Grund egal. Weil selbst wenn Sie so ein Psychiatriegesetz machen würden, müssten sie das SGB V wieder miteinbeziehen. Und das könnte ich mir sehr, sehr gut vorstellen. Es ist erstaunlicherweise so, dass die Offenheit für ein neues Kapitel im SGB V, wenn es um Digitalisierung geht, die Wirtschaft also Interessen hat, sofort da ist. Demnächst wird über den IT-Gipfel gesprochen und da werden die darüber reden und dann ist es eigentlich schon fast naheliegend, unser Gesundheitssystem wie eine Wirtschaftsförderung zu verstehen. Da haben die dann keine Probleme mit. Aber wenn es darum geht, besondere übergreifende Versorgungsnotwendigkeiten zu sehen – das würde ich mir wünschen – dann fällt es sehr viel schwerer. Von daher könnte ich mir gut vorstellen, dass man die Besonderheiten von psychischer Erkrankung und die Notwendigkeiten, die sich da an den verschiedenen Schnittstellen ergeben, und die besonderen Behandlungsformen, die möglich sein müssen, extra fasst in einem besonderen Kapitel. Das wäre wie bei Prävention und anderen Dingen ja durchaus möglich.

Wöllert: Bei Komplexleistung fällt mir immer wieder ein – und da habe ich eine leidvolle Erfahrung mit, die haben wir übrigens alle in der Bundesrepublik – die Komplexleistung zur Frühförderung. Die gibt es seit 2005, glaube ich, vom Bundesgesetzgeber, ist aber in keinem einzigen Bundesland bisher komplex durchgesetzt, weil sich die verschiedenen Interessenvertreter die Bälle zuschieben, wer die Finanzierung übernimmt. Zum Schluss findet immer irgendwo eine Kürzung statt. Das ist auch meine Erfahrung, die ich mit der Eingliederungshilfe in Brandenburg, gemacht habe. Das betrifft Menschen mit Behinderung und vielfach auch Menschen mit psychischen Krankheiten. Die Eingliederungshilfe ist kommunalisiert worden. Ich bin selbst in meiner eigenen Partei manchmal im Streit, wenn Leute sagen, vor Ort kann man alles besser entscheiden, denn da ist man näher dran. Dann muss man aber auch Rahmenbedingungen entsprechend setzen, und da wäre ich wieder bei einem solchen Bundesgesetz, das zwingend vorschreibt, was zu tun ist. Wir haben im Land einen Flickenteppich von unterschiedlichen Leistungen, auch für psychisch kranke Menschen. Die sind in einem Bun-

desland besser und im anderen schlechter. Ich finde, es darf nicht davon abhängig sein, wo ein Mensch mit seiner Erkrankung lebt, wie er versorgt wird. Es muss garantiert werden, dass die Versorgung überall gleich ist. Das ist die Aufgabe, die Bundespolitik hat, und dieser Aufgabe hat auch die Finanzierung zu folgen. Da muss geguckt werden, dass das Geld vor Ort zweckgebunden und nicht für etwas anderes ausgegeben wird. Denn die kommunale Zusammensetzung ist auch von sich widersprechenden Interessen geleitet. Ich bin seit 1998 im Kreistag. Da wissen nicht immer alle wie die gesetzlichen Regelungen sind. Wenn mein Kreistag immer sagt: Die Kosten für die Eingliederungshilfe sind so gestiegen, und ich dann sage: Ihr kriegt 85 % aller gestiegenen Kosten immer vom Land refinanziert. Das hat das Landesverfassungsgericht so geregelt. Aber sie reden ihren Abgeordneten immer wieder ein, das koste den Kreis immer mehr Geld. Das sind für mich die Fragen, die unbedingt auch bundespolitisch geklärt werden müssen, Verfassungsrechtsanspruch, gleichwertige Lebensverhältnisse im ganzen Land. Das gehört für mich dazu.

Fegert: Ich möchte Ihnen, den Zuhörern und Ihnen, den Teilnehmerinnen der Diskussion, ganz herzlich danken. Es stimmt, es ist schade, dass wir nicht das ganze Parteienspektrum da hatten. Ich habe den Grund dazu genannt. Eine der Stärken der APK ist es ja, dass wir uns mit Vertreterinnen und Vertretern aller Fraktionen fachlich auseinander setzen. Und manchmal entsteht auch eine besondere Kraft, wenn man sich über alle politischen Spektren hinweg an bestimmten Punkten einig ist. Deshalb denke ich, dass es ganz wichtig ist, dass wir in der APK auch immer wieder gemeinsam für Rahmenbedingungen eintreten und auch hartnäckig bei den Innovationen bleiben. Vielen Dank!

Podiumsgespräch mit der Abgeordneten des Deutschen Bundestages Ute Bertram

Gesprächsleitung: Jörg M. Fegert, Regina Schmidt-Zadel

Bertram: Ich bedanke mich sehr herzlich für die Einladung und dass ich heute noch in das Programm eingeschoben werden konnte. Ich bitte um Nachsicht. Eigentlich war ja gestern der Tag, an dem sich die Abgeordneten zu diesem Thema positioniert haben. Zu diesem Zeitpunkt war meine Fraktion aber planmäßig in Brüssel, und insofern war es sehr nett, dass Sie das Gespräch mit mir auf heute verschoben haben.

Ich bin Berichterstatterin für Psychotherapie und alles was mit »P« wie psychiatrische Erkrankungen zu tun hat. Wenn ich die letzte Legislaturperiode Revue passieren lasse, haben wir gerade was den Bereich der psychischen Erkrankungen anbetrifft, eine ganze Menge auf den Weg gebracht. Ich glaube aber auch, dass wir hier noch lange nicht am Ende sind. Das ist sicherlich in vielen Bereichen so, aber wir haben doch entscheidende, wegweisende Dinge vorangebracht. Als erstes möchte ich das Pflegestärkungsgesetz II erwähnen, bei dem wir ja durch die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade erstmals auch Demenzerkrankte mit in die Pflegeversicherung aufgenommen haben – und wir wissen, dass gerade mit Demenz auch vielfach Depressionen oder andere psychische Erkrankungen einhergehen. Das halte ich schon einmal für einen ganz guten Ansatz. Wir haben darüber hinaus damit, dass wir das PsychVVG auf den Weg gebracht haben – also die Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen in psychiatrischen Krankenhäusern – in der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Riesenaufgabe bewältigt. Das hat eine große Debatte erzeugt und hat auch die Politik, allen voran auch Herrn Gesundheitsminister Gröhe, dazu bewogen, den strukturierten Dialog zur Konsensfindung mit den Fachverbänden noch einmal anzusetzen. Ich glaube, dass das, was uns damit geglückt ist, also dass wir Budgetverhandlungen in den Krankenhäusern vorgenommen haben, die an die jeweilige Struktur vor Ort angepasst, regional und trotzdem transparent zu sehen sind, ein großartiger Erfolg ist. Das hat es selten gegeben, dass wir auf einen so breiten Konsens gestoßen sind, und das alleine ist gerade im Gesundheitsbereich schon ein Wert an sich. Ein Knackpunkt war auch die Personalverordnung in den Krankenhäusern. Dass nun verbindliche Mindestvorgaben vorgesehen sind, die auch Maßgabe für die Refinanzierung der Leistungen sind, zeigt klar, dass es gerade in der psychiatrischen Versorgung nur mit ausreichend

Personal geht, nur mit den Menschen, die dort auch mit ihrem Wort und mit ihrer Person pflegen und zur Seite stehen; hier haben wir einen wesentlichen Meilenstein erreicht.

Wir haben im Versorgungsstärkungsgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung auch einen Auftrag an den GBA zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie erteilt, der ab dem 01.04.2017 bereits wirkt. Ich weiß, dass von vielen niedergelassenen Psychotherapeuten als Reaktion hierauf schon große Klagen an das BMG herangetragen wurden. Ich selber habe auch das BMG um eine Stellungnahme dazu gebeten, inwieweit auf die Honorarverhandlungen noch Einfluss genommen werden kann. Denn im Grunde genommen ist es nicht Aufgabe der Politik, das zu regeln. Das steht also noch aus. Die Richtlinie hat aber erwirkt, dass Akutsprechstunden jetzt angeboten werden müssen, sodass Patienten, die sehr kurzfristig einen Check brauchen, um erst einmal zu erfahren, ob sie eine Psychotherapie brauchen und falls ja, welcher Art, oder ob eine andere Form der medizinischen Versorgung in Betracht gezogen werden soll. Das ist erstmal so ein ganz gutes Zusammenspiel.

Was uns nicht gelungen ist – und es ist sicherlich auch die Frage, wie es in der neuen Legislaturperiode weitergeht – das ist die Reformierung der Psychotherapeutenausbildung. Wir haben das Problem, dass wir eine flächendeckende Versorgung leisten müssen, das haben wir auch in der Selbstverwaltung so organisiert, und wir müssen eben feststellen, dass sich auch gerade in den unterversorgten Regionen in den ländlichen Bereichen viel zu wenige Psychotherapeuten ansiedeln. Nicht nur Psychotherapeuten, sondern Allgemeinmediziner. Die Debatte ist Ihnen sicherlich bestens bekannt. Mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung könnte das attraktiver gemacht werden. Ich habe viele Treffen mit PIAs gehabt, also »Psychotherapeuten in Ausbildung«, die mir alle für mich nachvollziehbar gesagt haben, dass es nicht sein kann, dass ihre Ausbildung nicht honoriert wird, dass sie nach einer fünfjährigen Ausbildung nicht angemessen finanziert werden. Sie werden sozusagen auf Gutdünken von dem jeweiligen Krankenhausbetreiber oder von der Einrichtung entlohnt. Aber ich habe große Hoffnung, dass wir auch hier weiterkommen. Das BMG hat uns ein mit der Psychotherapeutenkammer konsentiertes Eckpunktepapier vorgelegt und vielleicht können wir sogar noch Art Arbeitsentwurf in dieser Legislaturperiode erwarten, aber es wird mit Sicherheit keine Beschlussfassung mehr dazu geben. Das Feld ist auch sehr komplex. Wenn wir an die Berufsordnung gehen, dann hat das auch immer etwas mit Föderalismus zu tun. Wir müssen das mit den Län-

dern verhandeln. Es geht auch um Universitätskapazitäten, da haben die Länder eben ein maßgebliches Wort mitzureden. Wir diskutieren gerade das Pflegeberufegesetz, und wir können von Glück sagen, wenn wir das vor der Sommerpause in den letzten Sitzungswochen noch zum Abschluss bringen können. Soviel zunächst einmal zu dem, was wir geleistet haben. Aber das muss natürlich in der nächsten Legislaturperiode weiter gehen. Das geht über das Präventionsgesetz hinaus. Wir haben auch vieles angeschoben, wo das Thema »psychische Erkrankungen« eine Rolle spielt und wo wir Handlungsbedarf sehen.

Schmidt-Zadel: Zunächst einmal vielen Dank Frau Bertram! Man muss anerkennen, dass sich im Hinblick auf die Pflege und – Sie haben ja auch ganz besonders darauf hingewiesen – auf die Versorgung von Menschen mit Demenz etwas getan hat. Ich kann aus meiner Zeit als Abgeordnete sagen, dass ich aus diesem Grunde der damaligen Fassung der Pflegeversicherung nicht zustimmen wollte, und Norbert Blüm hat mich später darin bestätigt und gesagt, er habe einen Fehler gemacht, das Thema Demenz nicht von Anfang an mit in die Pflege aufgenommen zu haben. Damals waren Einzelne und auch bestimmte Gruppen dagegen wegen der Befürchtung, die Mitaufnahme der Pflege Demenzkranker würde sich finanziell nachteilig auswirken. Aber jetzt ist es geschehen und es hat sich in dieser Hinsicht eine Menge positiv verändert.

Wir wollen aber jetzt nicht nur zurück schauen, sondern auch in die Zukunft. Ein wichtiger Punkt wäre das Einführen einer Familienarbeitszeit für Pflege. Bei der Versorgung von Kindern durch ihre Mütter ist das eine Selbstverständlichkeit und wird auch honoriert. Bei der Pflege dagegen wird das noch nicht honoriert. Man kann sich freistellen lassen von der Arbeit, aber nur unter Bedingungen, die nicht unbedingt als sehr sozial zu bezeichnen sind. Auch im Hinblick auf die Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Kreis – und hier sind die Pflegenden überwiegend Töchter und Schwiegertöchter – auch da müssen wir auf eine besondere Pflegearbeitszeit hinarbeiten. Daher meine Frage an Sie: Können Sie sich vorstellen in der nächsten Legislaturperiode in dieser Hinsicht etwas zu verändern?

Bertram: Die Anerkennung von Pflegezeiten für Angehörige ist ja schon berücksichtigt worden in der Rentenproblematik. Da haben wir ja schon gegengesteuert. Die meisten Menschen, die pflegebedürftig sind, wollen zu Hause gepflegt werden und das muss ja jemand leisten. Die Struktur von Familien hat sich im Laufe der Zeit sehr verändert. Wir haben heute ein ganz anderes Familienbild und diesem gerecht zu werden, ist oft äußerst schwierig

auch für Angehörige. Diejenigen, die die häusliche Pflege leisten, müssen auch entsprechend entlastet werden. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass das immer mehr anerkannt wird. Dass auch Unternehmen immer mehr bereit sind, das zu berücksichtigen. Natürlich müssen auch immer die Interessen der Arbeitgeber mit verhandelt werden. Denn neben der Tatsache, dass es ein humanitäres Anliegen ist, müssen Arbeitgeber auch sehen, was ist in der Zeit, wenn derjenige zu Hause bleibt? Wie wird er das auffangen? Auch Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist so ein Schlagwort. Aber das muss man erweitern. Vereinbarkeit von Beruf und Familie und auch Pflege von Angehörigen muss möglich sein. Die ersten Schritte zur gesetzgeberischen Umsetzung sind bereits getan, und wir müssen sehen, ob das greift und es ausreichend ist. Gegenstand der Diskussion ist ja auch, ob häusliche Pflege durch Arbeitnehmende analog eines Pflegegeldes entlohnt wird. Dieser Vorschlag ist von den Arbeitsnehmern nicht angenommen worden. Das haben wir festgestellt. Das ist sicherlich auch finanziell einfach ein zu großer Verlust für diejenigen, die berufstätig sind. Das ist ein ähnliches Modell wie das der Elternzeit, bei dem Väter jetzt das Recht haben, zu Hause zu bleiben und sich um die Kinder zumindest eine gewisse Zeit zu kümmern und dafür staatliche Unterstützung zu beziehen. Ein solches Modell könnte ich mir auch für die Pflege gut vorstellen

Schmidt-Zadel: Und Sie würden sich auch dafür einsetzen in der nächsten Legislaturperiode?

Bertram: Ja, wir erkennen ja das Problem, wir wissen um die Konsequenzen des demographischen Wandels. Ich selber gehöre zu den Baby-Boomern. Wenn wir alle einmal in das Renteneintrittsalter kommen und pflegebedürftig werden, wird das eine riesige Herausforderung. Insofern sind wir einfach darauf angewiesen, auch gerade die Angehörigen mit ins Boot zu nehmen und sie zu unterstützen, wo immer es geht.

Fegert: Es ist offensichtlich, wie riesig die Aufgabe ist … Wir haben hier gestern mit Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz ein bisschen gescherzt: Pflegestärkung 1, 2, 3… Pflege wird ständig gestärkt und dennoch reicht es nicht? Da ist sicher noch viel zu tun.

PsychVVG war gestern ein großes Thema und es gab eine breite Anerkennung der Fortschritte, so wie Sie es auch geschildert haben. Natürlich ist nach dem Erfolg, für uns als Experten wie auch für all die Betroffenen, die sich geäußert haben, auch vor der nächsten Auseinandersetzung. Gestern wurde intensiv die Rolle des GBA als »kleiner Gesetzgeber« thematisiert. Und dass wir im Parlament ein gutes Gesetz haben, aber dass trotzdem nicht alle

Problematiken vom Tisch sind. Es gibt noch Vieles zu lösen. Sie haben gerade über die Personalvorgaben gesprochen; gestern ist auch sehr deutlich angesprochen worden, dass sich die Sachkosten durch die IT völlig verändert haben. Ich bin auch Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen des Bundesfamilienministeriums, und es ist klar, dass wir sehr viel mehr Teilzeitstellen gerade in den Psych-Fächern haben. Das heißt, wir haben mehr Übergabezeiten, eine Vollkraftstelle entspricht nicht mehr einer ganzen Stelle wie früher. All das ist bisher nicht berücksichtigt worden und durch die Transparenz, die wir auch gefordert haben, wird es jetzt an vielen Punkten deutlich werden, dass die Krankenhausfinanzierung defizitär ist. Dass bisher auch Krankenkassengebühren für Investitionen genommen wurden, die eigentlich von den Ländern kommen müssten. Hier erwarten wir auch zwischen den Bänken im GBA noch erhebliche Auseinandersetzungen. Wie stellt sich ihre Fraktion auf Schwierigkeiten ein bis hin zu einer Ersatzvornahme? Gestern wurde von den Vertreterinnen der anderen Fraktionen gesagt, dass sie sich massiv für die Forderungen der Aktion Psychisch Kranke einsetzen werden, eine unabhängige Expertenkommission einzurichten und nicht nur Expertenanhörungen durch den GBA zu machen. Wie stehen sie dazu?

Bertram: Lassen sie mich noch einmal kurz auf die Krankenhausfinanzierung eingehen. Das ist in der Tat ein Riesenproblem. Ich komme aus Niedersachsen. Wir haben dort auch sehr viele kleine Krankenhäuser. Wir sind ein Flächenland. Ich komme aus einem Wahlkreis, in dem innerhalb von zehn Kilometern zwei kleine Krankenhäuser sind, die sich mittlerweile gegenseitig kanibalisieren. Das ist schlecht, auch für die Stimmung in der Bevölkerung, weil dadurch natürlich der Wettbewerb sichtbar wird. Das ist kein guter Zustand, da dadurch der Anschein geweckt wird, dass auch seitens des Landes, seitens des Föderalismus an dieser Stelle zu wenig getan wird. Ich sage das auch bewusst unabhängig von der Frage, welche Regierung gerade im Amt ist. Wir haben unterschätzt, dass die Krankenhausfinanzierung ein elementarer Bestandteil ist und auch Aufgabe der Länder sein muss, damit eben solche Mitnahmeeffekte, wie wir sie jetzt durch das DRG-System oder durch die PEPPs in der Psychiatrie haben, nicht greifen. Das hat man bei der Einführung dieser DRGs sicherlich nicht richtig bedacht oder überschätzt, welche Bedeutung das für potenzielle Anreize haben kann. Aber ich muss auch die Krankenhausbetreiber ein Stück weit in Schutz nehmen. Was sollen die Betreiber machen, wenn sie nicht in der Lage sind, die Bettenhäuser zu renovieren? Es ist schon schwer, den Standard überhaupt zu erreichen, wenn die Länder die Mittel in kleiner Menge wie nach dem Gießkannenprinzip aus-

schütten und die Problemlösung den Betreibern überlassen. Das ist das ganz große Problem. Wir haben es leider in dem Krankenhausstrukturgesetz, für dessen Erarbeitung auch eine Expertenkommission, also eine Bund-/Ländergruppe eingesetzt war, nicht hinbekommen, dieses Thema zufriedenstellend zu klären. Ich habe auch keine Hoffnung, dass wir da eine Lösung finden werden. Es sei denn mithilfe der richtigen Qualitätsstandards. Wir haben dem GBA auch den Auftrag gegeben, Qualitätsmerkmale zu entwickeln, an denen die Qualität der Krankenhausleistungen gemessen werden kann. Das stößt natürlich in den Ländern auch auf große Disharmonie, denn kein Landrat will das örtliche Krankenhaus oder die Krankenhäuser schließen, auch wenn der GBA vielleicht zu dem Schluss kommt, dieses Krankenhaus erfülle die angesetzten Kriterien für Qualität nicht. Das bezieht sich auf Standards für diverse Leistungen, beispielsweise bei Operationen auf die Erfahrungswerte wie etwa die Anzahl geleisteter Operationen und dergleichen mehr. Wir haben das IQWIG gegründet, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das bereits tätig geworden ist. Es gibt auch bereits erste Ergebnisse, aber in den Ländern sieht man das noch sehr verhalten, weil die Kriterien für Qualität komplex sind und eine Beurteilung entsprechend viele Aspekte zu berücksichtigen hat. Die Gewährleistung angemessener Krankenhausfinanzierung wird eine große Herausforderung bleiben, der wir uns stellen müssen, damit die Häuser wirklich das machen können, wofür sie eigentlich da sind: nämlich Patienten zu versorgen.

Fegert: Vielen Dank. Wir haben das gestern auch diskutiert, dass die Qualitätsdebatte bei der Thematik »psychische Gesundheit« auch andere Elemente einbeziehen muss. Wir haben keine Produktion wie bei OPs, wo man Rentabilität steigern kann, in dem man durch die Zahlen rationalisiert. Eine Therapiestunde dauert immer gleich an, da ist wenig zu rationalisieren. Aber in der gestrigen Diskussion wurde auch betont, dass die Einbeziehung von Angehörigen ein ganz wichtiger Punkt in der Behandlung ist. Dazu die Fragen: Wie werden Betroffene einbezogen? Wie wird mit Zwang umgegangen? Dass das zentrale Qualitätsmerkmale in der Psychiatrie sind, steht fest und auch dass wir schauen müssen, dass wir nicht im PEPP-System ökonomische Fehlanreize zum Beispiel für Zwangsmaßnahmen setzen, weil sie Intensivmaßnahmen sind. Die Qualitätsdebatte ist also eine wichtige. Ein weiteres Qualitätsmerkmal ist zum Beispiel auch der Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern. Wird das in der Krankenbehandlung überhaupt berücksichtigt? Auch hier gibt es Hoffnung angesichts des Bestrebens, noch in dieser Legislatur eine gemeinsame, fraktionsübergreifende Entschließung

zur Situation von Kinder psychisch kranker Eltern zu verabschieden. Mir als Kinder- und Jugendpsychiater liegt die Situation dieser Kinder auch sehr am Herzen. Darüber hinaus gibt es auch eine aktuelle Debatte zum Thema »Suizidprävention« und einen gemeinsamen Antrag. Strittige Punkte in den Papieren sollen Fragen der Finanzierung und der Strukturveränderung sein. Können Sie uns hierzu etwas sagen?

Bertram: Ich beginne mit dem ersten Antrag Suizidprävention. In der Tat haben wir uns schon seit letztem September damit befasst. Erst einmal innerhalb der Koalition und wir haben jetzt auch Bündnis 90/Die Grünen mit an Bord, was ich sehr gut finde. Wir haben das Vorhaben inzwischen konsentiert und ich gehe davon aus, dass wir das jetzt als Entschließungsantrag verabschieden werden; damit ist es dann der Auftrag auch an die Ministerien ressortübergreifend immer im Blick zu haben, wie wir Suizid verhindern oder eindämmen können. Die Anzahl der Suizide ist deutlich rückläufig, und dennoch: jeder Suizid ist einer zu viel. Aber Suizidprävention ist auch schwierig, weil wir nicht in die Köpfe der Menschen hineinschauen können und weil es auch Prominente gibt, die sich leider zu diesem Weg entschließen, was eine Art Trittbrettfahrereffekt auslösen kann.

Was wir jetzt in diesem Entschließungsantrag wollen, ist, dass die Ministerien die Problematik ressortübergreifend mit im Blick haben. Dass wir einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten zur Krisenintervention zu etablieren versuchen. Hier hat auch das Ehrenamt einen ganz großen Stellenwert. Das Gelingen dieser kommunalen Hilfen steht und fällt mit den handelnden Personen in den Diensten und Einrichtungen vor Ort. Diese zu stärken ist der zentrale Ansatz in diesem Antrag. Ich bin fest davon überzeugt, dass der Antrag in dieser oder der kommenden Woche auch im Parlament verabschiedet wird.

Der andere Antrag ist auch ein Entschließungsantrag, nämlich für Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Die ganze Problematik führt uns noch einmal die Komplexität unseres Sozialgesetzbuchsystems vor Augen. Wir haben zwölf Gesetzbücher. Wir haben die verschiedenen Säulen. Wir haben überall unsere Kompetenzen. Aber bei Kindern mit psychisch kranken Eltern, deren Versorgung eigentlich im SGB V angesiedelt ist, geraten wir in eine Schnittstellenproblematik mit der Jugendhilfe. Es soll hierzu auch eine interfraktionelle Arbeitsgruppe geben, sowohl mit den Verbänden, aber auch mit den Ministerien, also mit dem Familien-, dem Arbeits- und dem Gesundheitsministerium. Es wird sicherlich noch eine ganze Weile dauern, bis wir hierzu Ergebnisse haben.

Fegert: Direkt noch eine Frage dazu. Diese Schnittstellenproblematik ist ja altbekannt auch gerade in Bezug auf die Frühen Hilfen. Ohne Geld, ohne Veränderung von Strukturen und auch ohne das Ermöglichen von Zusammenarbeit wird es doch nicht gehen. Weshalb gibt es jetzt gerade bei den Strukturen einen solchen Widerstand?

Bertram: Es ist ein Balanceakt. In welchem Stadium will man sagen, dass ab jetzt Eltern nicht mehr in der Lage sind, ihre Kinder zu versorgen? Eine psychische Erkrankung führt nicht automatisch zu einer Diagnose, die gesetzgeberisches Eingreifen in die Kompetenz der Eltern zur Folge haben kann. Ich gebe Ihnen aber recht, wenn man sich die Fälle von Vernachlässigung über Misshandlung bis hin zur seelischen und körperlichen Verwahrlosung von Kindern anschaut, da muss der Staat natürlich eingreifen und zwar schnellst möglich. Das geschieht ja auch durch die Jugendämter. Wir müssen nur dafür Sorge tragen, dass das auch erkannt wird. Das ist auch ein gesellschaftspolitisches Problem. Das sieht man immer wieder, wenn man irgendwo mitbekommt in der Nachbarschaft, wo auch immer, dass da offensichtlich in einer Familie etwas nicht so ist wie man sich das normalerweise in einer Familie vorstellt. Und vielfach höre ich: Dann gehe ich zur Polizei oder ich gehe zum Jugendamt und werde dort eigentlich nur verwiesen. Wir können nichts machen, weil ja noch nichts passiert ist und es irgendwie rund läuft. Das ist allerdings etwas was ich auch problematisch und wirklich verbesserungswürdig finde, aber es ist, wie gesagt, ein Balanceakt, wie wir das hinkriegen, damit wir nicht in die Kompetenzen der Eltern so brachial reingehen und sagen, jemand der eine psychische Erkrankung hat, hat automatisch damit auch keine Kompetenz das Kind zu erziehen. Ich habe aber auch den Eindruck, dass wenn Eltern in psychiatrische Behandlung sind, immer auch der Fokus auf die familiäre Situation gelenkt wird: Sind da Kinder dabei? Insofern habe ich nicht den Eindruck, dass das nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Schmidt-Zadel: Ich habe noch eine Frage zur Suizidprävention. Ich bin ja sehr dankbar, dass dieser Entschließungsantrag jetzt kommt und auch von drei Parteien im Bundestag getragen wird. Was aus meiner – unserer – Sicht noch fehlt, ist, dass flächendeckend Krisendienste eingerichtet werden. Wir haben im letzten Jahr eine ganz tolle Tagung gehabt zu ambulanten Krisensituationen. Es gibt sie in einzelnen Kommunen. Sie laufen auch gut, aber es gibt keine Verpflichtung, dass solche Krisendienste eingerichtet werden, weil es unter Umständen an den Anlaufpunkten an Menschen, die Probleme haben, fehlt. Ich weiß, da sind die Kommunen zuständig, aber

wir haben ja gerade in dem siebten Altenbericht, mit dem ich mich sehr intensiv befasst habe, den Kommunen mehr Zuständigkeiten gegeben auch in anderen Bereichen, z. B. Versorgung von Menschen mit Demenz und alten Menschen. Aber gerade hier auch bei psychischen Problemen müssten überall Krisendienste vorhanden sein und ich würde mich freuen, wenn da ein Fokus darauf gelegt wird, dass die flächendeckend eingeführt werden.

Fegert: Und die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der teilweise massiv abgebaut wurde.

Bertram: Ja, Sie sprechen da in der Tat was ganz wichtiges an. Ich bin auch Kommunalpolitikerin. Ich bin in meiner Heimatstadt auch im Stadtrat und wir diskutieren in der Tat immer wieder bei den Haushaltsberatungen, haben wir Geld dafür, ein Sorgentelefon zu finanzieren und wie stellen wir auch sicher, dass da auch gute Arbeit geleistet wird. Und vor allen Dingen, wir stellen auch sicher, dass diejenigen, die das ehrenamtlich machen, eine Art von Unterstützung bekommen, so eine Art Reflektion bekommen und sich sicherlich dann damit vernetzen können, um wirklich Schlimmeres zu verhindern. Ich habe den Eindruck, dass das politisch einen großen Stellenwert bekommen hat, weil die psychischen Erkrankungen aus einer Tabuisierung rausgekommen sind. Früher war das ein Makel. Man hat sich geschämt, sich zu outen und ...

Schmidt-Zadel: Heute auch noch zum Teil.

Bertram: ... es ist sicherlich auch immer noch so. Aber Sie müssen mir Recht geben, dass es ja doch einen Fokus auf diese Erkrankung gegeben hat, dass das mittlerweile gesellschaftlich nicht mehr geächtet wird, sondern dass schon Respekt entgegen gebracht wird und man diese Erkrankung sehr sehr ernst nimmt. Insofern habe ich schon den Eindruck, dass das auch bei der Politik im Kleinen in den Kommunen sehr wahrgenommen wird. Aber keine Frage, das muss man immer wieder erkämpfen. Ich würde auch noch mal die Rolle der Sozialverbände unterstreichen. Ob das der Johanniterverband oder das Deutsche Rote Kreuz oder die AWO oder die Diakonie ist, die da schon sehr Gutes seelsorgerisches leisten und von daher arbeiten wir auch da weiter dran. Ich glaube, dass wir da bei den Kommunen ganz richtig verortet sind, weil es wirklich zum Teil dort auch geleistet werden muss mit den entsprechenden Strukturen.

Schmidt-Zadel: Sie hätten vielleicht noch mehrere Fragen, aber die Zeit ist kurz. Was mir sehr unter den Nägeln brennt, ist die Situation auf dem Arbeitsmarkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die zunehmende Zahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in

Werkstätten für Behinderte kommen, wo sie oft nicht hingehören. Aber das können wir Ihnen ja noch einmal schriftlich zusenden.

Fegert: Genau, das waren Punkte, die wir gestern noch auf der Agenda hatten. Ich habe auch im Publikum gemerkt, dass viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerne noch direkt mit Ihnen diskutiert hätten. Ich will den Zeitrahmen einhalten und ich finde es nicht fair, wenn wir gestern keine Diskussion hatten, das heute anders zu machen, einer Fraktion mehr Zeit zu geben als den anderen. Wir sind kurz vor Wahlkampf. Ich denke, wir sollten das einfach neutral und fair machen. Sie haben ja alle gehört, was gesagt wurde und vielleicht gibt es noch eine Möglichkeit für bilaterale Gespräche. Herzlichen Dank Ihnen fürs Kommen.

B Selbsthilfetag

Begrüßung und Einführung

Franz-Josef Wagner

Erstmals traten bei einer Tagung der ›Aktion Psychisch Kranke‹ anlässlich des Festaktes »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« Menschen mit Krisenerfahrung mit Vorträgen in Erscheinung. Peter Lehmann überbrachte damals das Grußwort vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. Zwei weitere Mitglieder des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener hielten Fachvorträge: »Verhandeln statt behandeln – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag?« und »Wir Betroffene brauchen Patientenanwälte und eine zeitgemäße Rehabilitation«.

40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete war das Thema der Aktion Psychisch Kranke »Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Partizipation«, ein Jahr später, am 09. November 2016, gab es den ersten »Selbsthilfetag« im Rahmen der Tagung der Aktion. Es war nicht nur der »Selbsthilfetag«, der historisch genannt werden konnte, es war auch die Gründungsversammlung des »NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit«. Wir hatten der Gründungsversammlung das Thema »Lebenskunst und Recovery« vorgeschaltet.

In diesem Jahr haben wir dem Selbsthilfetag die Mitgliederversammlung vorangestellt. So fand am 29. Mai 2017 von 17.30 Uhr bis 18.30 Uhr die 2. Mitgliederversammlung des NetzG Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit statt.

Auf der Fahrt nach Berlin habe ich mir die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung gekauft. In der Ausgabe 28. Mai 2017, Nr. 21 wird unter Wissenschaft, Seite 60 f., das Thema: »Wo sind diese Leiden geblieben?« von Michael Brendler behandelt. Michael Brendler erhielt den Journalistenpreis »Evidenzbasierte Medizin in den Medien« und schreibt: »Blausucht, Bleichsucht, Bauwassersucht – alles Namen von Krankheiten, die heute in keinem Arztbrief mehr auftauchen. Nicht immer steckt der medizinische Fortschritt dahinter.« Dabei verweist er auch auf Schwermut, die als Disposition schon den antiken Medizinern bekannt war. Ihre krankhafte Ausprägung heißt mittlerweile Depression. Eine weitere ICD 10-Erkrankung hieß früher Wahn. Die Gewissheit, verfolgt oder betrogen zu werden, ohne dass dafür in der Realität ein Anlass besteht, ist heute als Schizophrenie bekannt.

Brendler schreibt: »Dass beispielsweise Hildegard von Bingen Stimmen hörte, galt ihren mittelalterlichen Zeitgenossen bloß als Zeichen für ihren

Kontakt mit höheren Mächten. Heutzutage, so Roelcke *(Medizinhistoriker)* würde sie damit womöglich als Schizophrene angesehen.

Gerade der Krankheitskatalog der Psychiatrie, mit der sich der Gießener Medizinhistoriker vor allem beschäftigt, war schon immer besonders flexibel und wandelbar. »Bis heute sucht man hier vergeblich nach eindeutigen Zeichen, Laborwerten und anderen Parametern, die helfen, die Leiden objektiv gegeneinander abzugrenzen« so Roelcke. In der Verzweiflung über ihre schwammigen Diagnosen hofften die Nervenärzte Mitte des 19. Jahrhunderts sogar, psychische Leiden am Gesichtsausdruck erkennen zu können. Der Freiburger Medizinprofessor Karl Heinrich Baumgärtner ließ sich unter anderem für diesen Zweck vom Maler Carl Sandhaas 1839 einen Atlas der »Kranken-Physiognomik« zeichnen.

Nach den Recherchen des FAZ-Redakteurs Tilman Spreckelsen wurde der Maler Carl Sandhaas 1843 selbst in eine Heilanstalt gebracht und anschließend in das Armenhaus, wo er 1859 verstarb.

Warum habe ich diesen Beitrag der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung zitiert?

Hier werden zwei Personen, Hildegard von Bingen (1098-1179) und Carl Sandhaas (1801 – 1859), für ihre Leistungen gewürdigt. Ihre kognitiven Leistungen sind auch heute noch anerkannt, jedoch haben die beiden sehr konträre Biografien.

Hildegard von Bingen war Äbtissin, Benediktinerin, Dichterin, Komponistin und gilt heute als eine bedeutende Universalgelehrte. In der römisch-katholischen Kirche wird sie als Heilige und Kirchenlehrerin verehrt.

Nach Carl Sandhaas wurde 1969 die Schule der Lebenshilfe im Kreisverein Wolfach benannt. Zur Carl-Sandhaas-Schule gehört die Frühförder- und Frühberatungsstelle, der Schulkindergarten und die Schule für Geistig behinderte einschließlich der Berufsschulstufe. Sonst ist Carl Sandhaas aus der Öffentlichkeit verschwunden.

So wie Hildegard von Bingen und Carl Sandhaas Experten in ihrem Bereich waren, so möchten heute, am Selbsthilfetag EX-IN-Deutschland e. V., Experten aus Erfahrung in der Psychiatrie, und NetzG, Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit, ihre Einschätzung und Beurteilung von psychisch und psychiatrischer Krisenerfahrung präsentieren. Vor der Kaffeepause stellt Gyöngyvér Sielaff die neue Berufsgruppe in der psychiatrischen Landschaft, die Experten aus Erfahrung, vor, und Rainer Schaff beschreibt das »Wohnen in eigener Wohnung«. In den Parallelsymposien werden die »berufliche Anerkennung« sowie die »Chancen als unabhängige

Berater von EX-IN« vorgestellt. NetzG thematisiert demgegenüber die eigene Wohnung und die selbsthilfegestützte Beratung nach Bundesteilhabe Gesetz (BTHG).

Nicht zu vergessen ist der dritte Teil des Selbsthilfetages, die »Familien Selbsthilfe Psychiatrie«, der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. Nach dem Vortrag »Vereinbarungen zur Qualitätssicherung« von Christian Zechert werden die Angehörigen am Selbsthilfetag einen Deeskalationsworkshop durchführen.

Welche Bedeutung dieser Selbsthilfetag für die Politik hat, ist an folgenden politischen Mitwirkenden erkennbar: Barbara Hendricks ist Bundesministerin für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit und hielt gestern einen Vortrag zu »Wohnen in der sozialen Stadt«. Frau Gabriele Lösekrug-Möller ist seit Dezember 2013 Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales und referiert zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Zu beiden Themen hat das NetzG nicht nur Stellungnahmen an die Ministerien verschickt, beide Themen werden von NetzG in den Parallelsymposien bearbeitet.

Ein weiteres historisches Ereignis ist die Neuauflage des Buches von Frank Fischer »Irrenhäuser – Kranke klage an«. Heinrich Kunze und Andreas Heinz erinnern in ihrem Vorwort an die Bedeutung dieses Buches für die Psychiatrie-Enquete. Frank Fischer ging als Hilfspfleger in bester Wallraffscher Manier in Heil- und Pflegeanstalten und beschrieb unmenschliche Behandlungsmethoden und Abläufe, die er vorfand. Diese Reprintausgabe soll nicht nur an die Vergangenheit erinnern, sondern die Entwicklung dadurch beleuchten, dass die Neuauflage im Vokabular der 60er Jahre viele aktuelle Abläufe im psychiatrischen System beschreibt.

Dieser Selbsthilfetag kann als weiterer Meilenstein in der psychiatrischen Diskussion gelten: Die Psychiatrieselbsthilfe-Bewegung streckt die Hand nach anderen Kooperationspartnern aus und ist bereit, kontroverse Themen mit den unterschiedlichen Akteuren auch auf politischer Ebene zu diskutieren.

Vereinbarungen zwischen Kliniken und Angehörigenverbänden – ein neuer Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Christian Zechert

»Die ›flächendeckende‹ Beteiligung an Gremien und Tagungen kontrastiert unerfreulich mit unzureichender Einbeziehung im therapeutischen Alltag, obwohl dies als Behandlungsstandard gilt und praktikable Beispiele wie die Angehörigensprechstunde existieren.« So beschrieb Reinhard Peukert die Situation Angehöriger psychisch erkrankter Familienmitglieder, die bei Tagungen nicht im Rampenlicht der Bühne stehen, sondern vielmehr als Angehörige fern der organisierten Selbsthilfe den Bedingungen des ihnen fremden klinischen Alltags ausgesetzt sind (Peukert 2005, 3). Auf ähnliche Erfahrungen wies Eva Straub, langjährige Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) hin: »Wo aber ist der Platz der Angehörigen im Alltag? Es gibt eine erhebliche Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, zwischen progressiven Psychiatern auf Kongressen und ihren im Alltagsgeschehen eingespannten Kollegen und Kolleginnen« (Straub 2003, 54).

Einzelfälle oder ein systematischer Mangel?

In dem bis heute lesenswerten »Angehörigenbuch« von Jutta Seifert finden sich gleich an mehreren Stellen ähnliche Erfahrungen von Angehörigen, denen z. B. gesagt wurde »Warten zu sollen, bis es schlimmer wird«. Erst als die betroffene Mutter Hämatome im Gesicht und am Körper hatte, wurde sie ernst genommen (Seifert 2004, 19). Und auch die Angehörige und Autorin Janine Berg-Peer fragte auf der APK-Tagung 2014, ob die »Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie – ein frommer Wunsch?« sei und formulierte ihrerseits zwei zentrale Wünsche, wenn die erkrankte Tochter klinisch behandelt wird: Informationen über das Therapieziel und Informationen über die geplante Nachbehandlung. Das Problem dabei sei die ärztliche Schweigepflicht (Berg-Peer 2015, 253 ff). Noch deutlicher schilderte ein Elternpaar seine Erfahrung: »Wir als Eltern mussten erleben, dass wir von vornherein als unerwünschte Störfaktoren so weit wie möglich aus dem Behandlungsprozess ausgegliedert wurden. Nur widerstrebend wurde uns überhaupt ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt gewährt. Nun sind wir als Eltern zweifellos an kränkenden Momenten in der Lebensgeschichte unseres Sohnes beteiligt. Aber gerade deshalb ist es aus unserer

Sicht unabdingbar, dass wir in seinen therapeutischen Prozess einbezogen werden« (Anonym 2015, www.forum-der-psychiatrie.de/ Abruf 23.05.2017).

Trotz der Klagen: Kein Mangel an Angeboten für Angehörige

Gleichwohl diese Angehörigen und sicherlich weitere Eltern, Partner, Geschwister, Kinder über ihren mangelhaften Einbezug in die klinischen Behandlungsabläufe klagen, stehen ihre Aussagen in einem auffälligen Kontrast zu den zahlreichen, sich an Angehörige wendenden Angeboten. Angehörige zu informieren und einzubeziehen scheint mit Blick auf die zahlreichen Hilfen für Angehörige durchaus Teil des klinischen Behandlungsauftrags zu sein. Auch kann gesagt werden, dass keineswegs alle Angehörige mit Beratungsbedarf sich abgewiesen fühlten oder pauschal unzufrieden sind. »Den Angehörigen sind eine erfolgreiche Behandlung des Patienten durch gute Ärzte und Therapeuten, offene und verständliche Aufklärung der Angehörigen über die Erkrankung, die Förderung des Selbstbewusstseins des Patienten und Vermittlung von Zuversicht, psychotherapeutische Gespräche mit dem Patienten und eine nicht nur medikamentöse Behandlung des Patienten am wichtigsten« (Spiessl et al. 2004, 475). Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt der regelhafte Einbezug der erziehungsberechtigten Eltern seit Jahrzehnten schon aus rein rechtlichen Gründen eine wichtige Rolle. Hier ist die enge Zusammenarbeit gut institutionalisiert und festgeschrieben.

An spezifischen Hilfsangeboten für Angehörige scheint es nicht zu fehlen:

- Klinische Stationskonzepte beinhalten nahezu immer auch Regeln zum Umgang mit Angehörigen der Patienten und Patientinnen,
- Klinisches Informationsmaterial für Angehörige wird ausgelegt,
- Die Homepages der Kliniken führen Informationen für Angehörige auf,
- Die Beratung von Angehörigen für Angehörige, Peer to Peer, wird unterstützt,
- Offene Sprechstunden für unangemeldete Angehörige werden wöchentlich vorgehalten,
- Hinweise auf die nächstgelegene Angehörigengruppe bzw. Angehörigenverein werden gegeben,
- Jährliche Einladungen zum Gesprächsaustausch zwischen Klinikleitung und örtlichem Angehörigenverein zur Förderung des gegenseitigen Vertrauens und Informationsaustausches werden ausgesprochen,
- Wegweiser mit regionalen Hilfen speziell für Angehörige liegen aus,

- Räume der Klinik werden für Treffen von Angehörigen zur Verfügung gestellt,
- Einladungen zur Teilnahme an Angehörigenvisiten werden ausgesprochen,
- Angeleitete Selbsthilfegruppen für neue Angehörige werden angeboten,
- Psychoedukative Gruppen für Angehörige werden zur Verbesserung des Therapieerfolges angeboten,
- Einladungen für gemeinsame Gespräche Arzt/Pflege, Patient und Angehörige mit Zustimmung des Patienten werden ausgesprochen,
- Einladungen für allgemeine Gespräche Arzt/Pflege mit Angehörigen ohne erforderliche Zustimmung des Patienten werden ausgesprochen,
- Besuche mit dem Patienten im Zuhause seiner Familie,
- Bei Unterbringung im Maßregelvollzug ist ggf. gemeinsame Übernachtung mit Partner/Partnerin in der Klinik möglich,
- Einzelne Tageskliniken stellen bei Bedarf auch ein familientherapeutisches Angebot sicher,
- Auf die Angebote von »Familienclubs für Angehörige«, Abhängigkeitskranker wird verwiesen (www.familienclubs.de),
- Beteiligung Angehöriger sowie Psychiatrieerfahrener in Fachbeiräten, bei Anhörungen, Besuchskommissionen, etc.
- Einladungen zur Beteiligung an Psychose-Seminaren und Trialog werden ausgesprochen.

Die Liste kann sicherlich noch um weitere besondere Angebote für Angehörige erweitert werden. Was man aber umsonst sucht: einen überregional verabschiedeten, bundesweit gleich geltenden Standard, eine Leitlinie zur klinischen oder ambulanten Angehörigenarbeit. Was man ebenfalls für den deutschen Raum im Vergleich zur Schweiz vermisst, sind für Angehörige besonders ausgewiesene Beratungsstellen, wie diese in der Schweiz beim Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) in mehreren Kantonen geschaffen wurden (www.angehoerige.ch).

Ohne Systematik, kaum evaluiert und ungesteuert

Mehrheitlich gehören die Angehörigenangebote in Deutschland seit Jahrzehnten zum festen »Arsenal« des klinischen und teilstationären Alltags. Was man aber bei dieser Auflistung erkennen muss und mit Blick auf die klinische und tagesklinische Landschaft auffällt: Die genannten Angebote

variieren von Klinik zu Klinik. Es scheint, als seien diese wahllos und willkürlich über die Versorgungslandschaft verstreut, mal vorhanden, mal nicht. Die eine Klinik »leistet« sich eine Psychoedukationsgruppe für Angehörige, die andere präferiert die offene Sprechstunde. Die dritte Klinik sorgt für Informationen auf der Homepage, hat aber keine Kontakte mit dem örtlichen Angehörigenverein. Ob Angehörige am Trialog und Psychoseseminar teilnehmen, wird von der vierten Klinik wiederum dem Zufall überlassen, während die fünfte Klinik Angehörige regelmäßig darauf hinweist und mit persönlicher Ansprache einlädt. Inwieweit und in welchem Umfang die »Angehörigenvisite« tatsächlich im klinischen Alltag realisiert wird, muss ebenfalls offenbleiben, weil es hierzu keine empirischen Befunde der Versorgungsforschung gibt. Einzelne Kliniken wie die psychiatrische Abteilung in Berlin Neukölln, kennen sie langfristig als Routineangebot und konnten damit viele Angehörige erreichen (Fähndrich et al. 2001). Keineswegs aber ist klar, ob das gleiche Angebot in einer 50 km entfernt liegenden Klinik ebenfalls vorhanden ist.

Eine valide und umfassende Erhebung zum quantitativen Bedarf und seiner Umsetzung dieser zumeist klinischen Angebote für Angehörige liegt für den deutschsprachigen Raum nicht vor. Hilfen für Angehörige werden trotz allen Wohlwollen letztlich »willkürlich« angeboten. Sie sind trotz der entsprechenden Soll-Empfehlungen in den DGPPN Behandlungsleitlinien eine unverbindliche, freiwillige und zumeist methodisch undefinierte Hilfe. Allein initiiert durch das subjektive Empfinden klinischer Leitungen und Mitarbeiter. Sie verfügen bis auf die Psychoedukationsgruppen mehrheitlich über so gut wie keinen Nachweis ihrer Wirkung. Auch bleibt es unklar, ob einige der Maßnahmen überhaupt die Zielgruppe erreichen. Wenn wöchentlich ein bis zwei Angehörige in die offene Sprechstunde kommen, ist dies keine erfolgreiche Maßnahme. Letztendlich sind sie Ausdruck dessen, dass es seit Jahrzehnten keinen bundesweiten verbindlichen und sich ausschließlich auf die Angehörigenarbeit konzentrierenden Standard der Fachgesellschaft(en) zur Zusammenarbeit mit den engen Angehörigen und Vertrauenspersonen der Patienten gibt. Eine gute Annäherung an einen solchen Standard findet sich in der Schweiz. Der »Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie. Eine Empfehlung« führt 15 Qualitätsindikatoren auf und wird vom Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie« herausgegeben (NAP 2011).

Wer bekommt den »Schwarzen Peter«?

Spricht man Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Kliniken auf die Akzeptanz der obigen Angebote durch Angehörige an, wird häufig geantwortet, dass die Angehörigen diese Hilfen trotz ihrer Belastung eher selten annehmen, den Einladungen vielfach nicht folgen, vielleicht einmal bei der Angehörigengruppe erscheinen und sich dann wieder abwenden. Auch ihre Präsenz im Trialog sei geringer als die der Psychiatrie-Erfahrenen. Die Frage sei daher auch, ob es nicht an den Angehörigen selber liege, dass sie die ja durchaus vorhandenen Hilfen nicht in Anspruch nähmen.

Die Gründe von Angehörigen, sich im Kontakt mit der Klinik und bei der Nutzung der an sie adressierten Information- und Hilfeangebote zurückzuhalten, sind vielfältig, weitgehend unklar und so gut wie nicht empirisch belegt. Zu diskutieren sind folgende Gründe: (1) Eigentlich stelle ein klinischer Aufenthalt ja nur eine kurze Zwischenphase dar, auf die man sich nicht langfristig einrichten wolle; die Bereitschaft, sich an dieses System zu binden ist gering, da man ja als Angehöriger schon mit dem ambulanten Behandlungs- und Hilfesystem im Kontakt sei. (2) Ein Grund kann auch sein, dass innerfamiliäre Konflikte nicht nach außen dringen sollen, auch nicht gegenüber den behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen. (3) Vorbehalte gegenüber »der Psychiatrie«, wie sie in der Bevölkerung generell vorkommen, führen auch bei Angehörigen dazu, den Kontakt zu vermeiden. (4) Andere Angehörige haben Angst, sich aufzudrängen, sie glauben mit den eigenen Fragen eher zu stören, als ein Recht auf Antwort zu haben. (5) Angehörige mit sog. Migrationshintergrund spüren evtl. eher kulturelle Grenzen; sind es ggf. nicht gewohnt, dass sie überhaupt gefragt werden und glauben »irgendwie« selber mit »der Geschichte« allein familiär fertig werden zu müssen. (6) Oder der Ärger über den Erkrankten ist noch virulent. Durch Krankheit und Verhalten ausgelöste finanzielle Schäden, Konflikte, die in der Nachbarschaft ausgelöst wurden, Gewalt durch den Erkrankten gegenüber den Familienmitgliedern können zu einer Erschöpfung der Angehörigen führen. Sie können einfach nicht mehr. Sie suchen Abstand und Ruhe statt sich einmischen zu wollen. (7) Ebenso mag falscher Respekt vor ärztlichen Autoritäten und eine »Profi-Gläubigkeit« von Angehörigen Einfluss ausüben. (8) Andere Angehörige fühlen sich insgesamt mut- und machtlos oder haben, aus welchem Grund auch immer, ein »schlechtes Gewissen«. (9) Durchaus nicht selten hören oder lesen die Angehörigen auch die Empfehlung, die wie eine Aufforderung wahrgenommen wird, sich jetzt endlich mal zurückzuzie-

hen; man kümmere sich um den Erkrankten, da habe man als Angehöriger zuerst einmal nicht viel zu suchen. (10) Ebenso können auch Angehörige sich selber stigmatisieren und lähmende Schuldgefühle entwickeln. (11) Andere haben resigniert und überlassen schulterzuckend »alles« dem professionellen Hilfesystem. (12) Chronisch erkrankte Patienten können ihre Angehörigen auch »verloren« haben, so wie viele andere Bindungen an ein soziales Netz krankheitsbedingt zerstört sind. (13) Andere verfügen tatsächlich über keine erreichbaren Angehörige mehr, weil diese zu weit weg leben oder verstorben sind. (14) Weitere Gründe können auch sein, dass Patienten massiv von ihren Angehörigen geschädigt wurden. Angehörige, die Täter geworden sind und daher jeden Kontakt vermeiden bis hin (15) zu den Patientinnen und Patienten, die aus verschiedenen Gründen dauerhaft keinen Kontakt mehr zu ihren Angehörigen wünschen und ihn bewusst vermeiden.

Hinter dem Fernbleiben und der scheinbaren Passivität Angehöriger steckt ein breites Bündel verschiedener Gründe, die so gut wie nicht bislang empirisch nachgewiesen sind. Die Frage kann aber auch positiv gestellt werden: was bringt Angehörige dazu, sich zu engagieren, ihre eigene Rolle zu reflektieren, sich um den Erkrankten zu kümmern? Was zeichnet diese »anderen« Angehörige positiv aus? Und müssten sich die Behandler nicht um diese engagierten Angehörigen »reißen«, weil es ja durchaus einzelne Hinweise auf die Evidenz des Behandlungserfolges infolge des Einbezugs der Angehörigen gibt?

Trotz Evidenz – zu wenig umgesetzt

Nur wenige Arbeiten beschäftigen sich explizit mit dem Nachweis der (therapeutischen) Wirkung des Einbezugs von Angehörigen auf den Behandlungserfolg des Patienten. Gut bekannt und etabliert sind Arbeiten wie von Bäuml und Pitschel-Walz an der TU München zur Frage der Wirkung von der Psychoedukationsgruppen auf Angehörige (Bäuml und Pitschel-Walz 2008). Zugleich finden sich in den derzeit gültigen DGPPN S3 und S2 Behandlungsleitlinien der jeweiligen Störungsbilder zahlreiche Hinweise auf Studien mit unterschiedlich ausgeprägter Evidenz des Angehörigeneinbezugs (www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html). Dies ist als großer Erfolg zu werten, weil in ihnen auf die Perspektive der Angehörigen, aber auch auf die der Patientinnen und Patienten und insgesamt auf die Rolle der Selbsthilfe eingegangen wird. Die inzwischen regelhafte Beteiligung von Patienten bzw. Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen bei der Leitli-

nienentwicklung, schlägt sich positiv nieder. So zeigt sich, dass es z. B. in der »S3 Leitlinie Bipolare Störungen« 181 »Treffer Angehörige« gibt, d. h. das Wort Angehörige taucht 181mal in der Leitlinie auf, in der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien sogar 251mal, etc. Auch wenn diese »Trefferzahlen« nichts zur Qualität und zur Relevanz des Einbezugs aussagen, zeigen sie, Angehörige werden umfangreich thematisch berücksichtigt. So heißt es z. B. in der derzeitig noch in Überarbeitung befindlichen DGPPN »S3 Leitlinie Schizophrenie«: »Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden« (DGPPN 2006).

In einem 2014 im British Medical Journal (BMJ) veröffentlichten systematischen Review zur Evidenz der Implementation des Einbezugs von Angehörigen in die Behandlung von Patienten mit Psychosen und mit Blick auf Hindernisse, Probleme aber auch erleichternde Faktoren, kommen die Autoren nach der Auswertung von 43 in die engere Wahl einbezogenen internationalen Studien zu dem Ergebnis, dass es an diesem Einbezug deutlich mangele. Gemeinsames Ziel von Professionellen und Angehörigen müsse es sein, diesen zu stärken. Training und Supervision seien hierbei zwar hilfreich, um den Einbezug der Angehörigen oder anderer nicht bezahlter Helfer sicherzustellen, führen aber nicht zwingend zum Erfolg. Entscheidend sind vielmehr die Organisationskultur und die professionellen Denkmuster. Die Autoren empfehlen, dass eine effektive Implementation den Einbezug der gesamten Organisation auf jeder Ebene erfordere, unterstützt durch eine starke Leitung. Um zu gemeinsamen Zielen des klinischen Teams aber auch von (ambulanten) psychiatrischen Diensten zu gelangen, bedürfe es daher eines anderen Ethos und einer anderen Praxis, ebenso wie der Einrichtung von Arbeitsroutinen, die den Einbezug der Angehörigen erleichtern (Eassom et al. 2014). Die Empfehlung dieses Reviews stimmt mit dem Ziel überein, Kooperationsvereinbarungen als Basis für den Einbezug von Angehörigen in die Arbeitsroutinen zu übernehmen.

Was fehlt, ist die Verbindlichkeit einer Kooperationsvereinbarung

Neben der Erkenntnis, dass eine Beratung durch Angehörige von Angehörigen (Peer to Peer) einen engeren und vertrauensvollen Zugang zu ihnen ermöglicht, hat sich seit etwa fünf Jahren ein Instrument der Kooperation mit den Angehörigen entwickelt. Die sog. »Kooperationsvereinbarung« basiert auf ähnlichen Grundgedanken wie die der »Bielefelder Behandlungsvereinbarung« (Dietz et al. 1998). In beiden Vereinbarungen, die als sog. beiderseitige Willensvereinbarungen gestaltet sind, wird zugesagt, als hilfreich erwiesene »Maßnahmen« im »Ernstfall« tatsächlich umzusetzen. Zuvor wird festgelegt, um welche »Maßnahmen« es sich hierbei handeln soll. Beide Instrumente sollen für die Aufnahmesituation Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit sicherstellen.

Um was es geht: Angehörigenwissen regelhaft einzubeziehen

Kommt es zu einer stationären oder tagesklinischen Behandlung eines psychisch erkrankten Familienmitgliedes, soll das Wissen und die Erfahrungen der Familie als Teil der klinischen und ambulanten Qualitätssicherung verankert werden. Dies darf und kann selbstverständlich nur nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten und mit seiner Zustimmung geschehen. Liegt sie vor, sind Angehörige regelhaft während der Behandlung einzubeziehen, ihre Erfahrungen sind zu hören und sie sind z. B. über die geplante Entlassung zu informieren.

Bausteine der Vereinbarungen:

- Die strukturelle Einbeziehung der Angehörigen ist Teil des Therapiekonzepts und verbindlicher Bestandteil des Qualitätsstandards der Einrichtungen. Um sie sicherzustellen und weiterzuentwickeln, findet mindestens einmal jährlich ein Gespräch zwischen der Klinikleitung und Vertretern der organisierten Angehörigen und der Betroffenen statt.
- Die psychiatrische Einrichtung ermittelt nach der Aufnahme, so rasch es geht, die Angehörigen, die Vertrauensperson, ggf. den gesetzlich Bevollmächtigten. Sie führt zeitnah mit dem Patienten bzw. der Patientin Gespräche bezüglich der Schweigepflichtentbindung unter Berücksichtigung der Krisensituation, in welcher sich der Patient aktuell befindet, aber auch unter Berücksichtigung der Wichtigkeit stabiler Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis für den Behandlungserfolg und der Begleitung des Patienten. Eine Schweigepflichtentbindung ge-

genüber Angehörigen ist auch dann beim Patienten zu erfragen, wenn dieser unter gesetzlicher Betreuung steht.

- Die Angehörigen werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert, welcher Arzt oder welche Psychologin im Normalfall Ansprechpartner ist und vor kurzfristig geplanter Ausgangserlaubnis oder Entlassung befragt, ob aus Sicht der Angehörigen zwingende Gründe dagegensprechen. Lebt die betroffene Person in einer häuslichen Gemeinschaft mit ihren Angehörigen, werden diese in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.
- Die Klinik hält regelmäßig Informationen für Angehörige und Patienten vor und weist auf die lokalen Angebote der organisierten Selbsthilfe von Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen hin.

Die ärztliche Schweigepflicht: Entscheidungen herbeiführen, das trialogische Prinzip anwenden

Immer wieder beklagen Angehörige, sie würden von der Klinik oder einer anderen Einrichtung mit Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht nicht über das Therapieziel informiert, welche Therapien überhaupt in Anwendung kommen, über die Wirkung der Medikation, über die geplante Nachbehandlung, die Entlassung, etc. Dies ginge den Arzt und den Patienten etwas an, aber wegen der Schweigepflicht könne man sich nicht mit konkreten Bezug auf den Patienten selbst gegenüber den engsten Angehörigen äußern.

Auch wenn in den DGPPN-Leitlinien »Soll-Empfehlungen« ausgesprochen werden, Angehörige in die Behandlung einzubeziehen, das Vertrauensverhältnis zu ihnen zu stärken sowie Angehörigen allgemeine Informationen zu geben, so fehlt doch die Festschreibung eines präzisen Procedere zum Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht bzw. mit der Schweigepflichtentbindung durch den Patienten gegenüber seinen Angehörigen. Die Wünsche der organisierten Angehörigen sind hierzu eindeutig. Sie fordern anstelle der fakultativen, eher zufallsgesteuerten Entbindung und des stillschweigenden Nichtfragens über den Kopf des Betroffenen hinweg die regelhafte ärztliche Vorabklärung, ob eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch den Patienten gegenüber seinen Angehörigen eine therapeutisch sinnvolle oder ggf. nicht sinnvolle Maßnahme ist. Also eine Vorabklärung, ob irgendetwas gegen die Entbindung von der Schweigepflicht spricht, und ob es tatsächlich des Schutzes des Patienten mit Hilfe der Schweigepflicht bedürfe.

Ohne Zweifel gibt es auch eine Reihe von Vorfällen, nach denen der Patient/die Patientin vor ihren Angehörigen geschützt werden muss. Traumatisierungen durch Angehörige, die zum Täter gegenüber ihren Kindern, ihren Partnern, ihren Geschwistern u. a. wurden, sind unbestritten und eindeutig Grund, die zum Opfer gewordenen Kinder, Partnerin bzw. Patienten etc. zu schützen. Dies ist absolut zu respektieren. Aber dem stehen Situationen gegenüber, dass der Einbezug der nahen Angehörigen eine sehr sinnvolle Maßnahme sein kann und auch eine therapeutische Wirkung auf die Behandlung haben dürfte. Vielleicht sogar auch dann, wenn es sich um Eltern handelt, die wie bereits oben zitiert sagen »Nun sind wir als Eltern zweifellos an kränkenden Momenten in der Lebensgeschichte unseres Sohnes beteiligt. Aber gerade deshalb ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass wir in seinen therapeutischen Prozess einbezogen werden« (Anonym 2015, www.forum-der-psychiatrie.de/ Abruf 23.05.2017).

Die Initiative zur Abklärung der Notwendigkeit oder Nicht-Notwendigkeit der ärztlichen Schweigepflicht durch den Arzt/die Ärztin sollte daher Teil der therapeutischen Routinen, der Schlussfolgerungen sein, muss, wie die Anamnese, das Blutbild, die Festschreibung des Therapieziels, die Psychotherapie, ein Standard und Teil der klinischen Qualitätssicherung sein. Kommt der behandelnde Arzt oder Ärztin zu dem Ergebnis, dass es keine therapeutischen oder auch ethischen Einwände gegen die Schweigepflichtentbindung gibt, dann ist der Patient, die Patientin regelhaft auch danach zu fragen, ob sie oder er dies genauso sieht und mit einer Schweigepflichtentbindung einverstanden sei. Angehörige *und* Patienten sollen sicher sein, dass die Patienten tatsächlich gefragt werden, dass eine definierte Entscheidung regelhaft vorliegt. Es ist nicht das Ziel, den Patienten zu bedrängen. Sein Recht, die Schweigepflichtentbindung abzulehnen, bleibt unbenommen. Die Forderungen der Angehörigen richten sich an die Behandler, um die zu häufige Grauzone des Nicht-Fragens, des Nicht-Wissens und des Nicht-Einbeziehens der Angehörigen durch eine unnötig hohe Hürde der Schweigepflicht zu überwinden. Dies stellt im übrigen nichts anderes dar, als das trialogische Prinzip anzuwenden, nämlich alle drei beteiligten Akteure möglichst auf eine gemeinsame Augenhöhe zu bringen.

Am Rande sei darauf hingewiesen, dass die ärztliche Schweigepflichtentbindung in bestimmten Fällen dem Patienten »institutionell« genommen bzw. ihm abverlangt wird. Ein Weg, den wir als Angehörige eben nicht einschlagen. Wenn der Patient z. B. eine Heimaufnahme beantragt, muss er de facto damit einverstanden sein. Oder wenn der Wirkungskreis Gesundheitsfürsorge

bei einer rechtlichen Betreuung vorliegt. Hier wird der Arzt gegenüber dem Betreuer automatisch entbunden bzw. der Betreuer ist befugt den Arzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden. Nicht der Betroffene entscheidet. Auch bei Verträgen mit privaten Lebens- und Krankenversicherungen kann eine Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall gefordert werden. Andere Gründe können die mutmaßliche Entbindung von der Schweigepflicht bei bewusstlosen Unfallopfern sein, beim Infektionsschutzgesetz oder wenn bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ein rechtfertigender Notstand vorliegt oder wenn z. B. der begründete Verdacht eines sexuellen Missbrauchs an einem Kind besteht. Siehe hierzu die ausführlichen und gründlichen Beiträge von Grampp (2015, 170 f.), insbesondere den Abschnitt »Die Offenbarungsbefugnis des Patienten und sein Recht über seine Daten« sowie Fegert (2015, 14 f).

Was wir als Angehörige fordern, ist genau das Gegenteil: Wir wünschen uns keine Entscheidung über den Kopf des Betroffenen hinweg, die findet ja längst hunderttausendfach durch die fehlende Abfrage beim Patienten statt. Wir fordern vielmehr die Unterstützung für die bewusste Herbeiführung einer Entscheidungsoption durch den Patienten oder der Patientin für oder gegen eine Schweigepflichtentbindung gegenüber seinen Angehörigen oder engen Vertrauenspersonen. Dies ist eine Annäherung an ein trialogisches Verfahren, weil jetzt alle drei Akteure tatsächlich involviert sind. Das Verfahren wird transparent und die zu respektierende Letztentscheidung verbleibt wie zuvor beim Patienten. Und es ist ansonsten auch die Frage, ob nicht auch in einem Dreiergespräch ein mündlich erfragtes und erteiltes Einverständnis des Patienten ausreicht, wenn er den Ablauf versteht, an dem er an gerade teilnimmt.

Wie wir als BApK diese Entwicklung unterstützen

Der Transfer der Angehörigensicht und Angehörigenbedürfnisse in bestehende Verfahren der Qualitätssicherung, Behandlungsvereinbarungen und Kooperationsvereinbarungen steht 2016 und 2017 gegenüber den klinischen Leistungsanbietern im Vordergrund. Hierzu gehört die Erstellung von Kooperationsempfehlungen, Leitlinien, Vereinbarungen, Standards zum Einbezug von Angehörigen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen und Angehörigen. Ziel ist es diese als Empfehlungen des Bundesverbandes und der Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) an die psychiatrischen Fachgesellschaften, gesundheitspolitischen

Organe und Gesetzgeber und letztlich auch an die regionalen und örtlichen Angehörigenverbände zu richten. Die folgenden Gesellschaften wurden mit einem Schreiben zu der Kooperationsvereinbarung informiert und um Stellungnahme zu der Mustervereinbarung gebeten: Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Klinken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA), Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V., Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK) e. V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e. V., Berlin, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e. V., Fachgruppe Psychiatrie, Langenfeld, Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Bonn, Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. sowie an die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP).

Bereits mehr als 30 Kliniken haben Kooperationsverträge abgeschlossen

Seit etwa 2010 haben die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen aus München, aber auch der Landesverband der Angehörigen aus Hamburg, Initiativen entwickelt, die den Einbezug der Angehörigen nicht dem Zufall und der Empathie des behandelnden Arztes oder Chefarztes zu überlassen. So gelang es z. B. dem Landesverband der Angehörigen in Hamburg mit drei Hamburger Kliniken eine gemeinsame Willenserklärung zur Kooperation abzuschließen. Inzwischen liegen bei über 30 psychiatrischen Kliniken bzw. mit ihren Trägerverbünden solche Vereinbarungen mit regionalen Angehörigenvereinigungen vor. Vor allem der bayrische Landesverband der Angehörigen hat erheblich zu dieser positiven Entwicklung beigetragen.

Anders als bei der Behandlungsvereinbarung sind die Kooperationspartner die Landes- oder Regionalvereinigungen der Angehörigen und nicht die einzelnen Angehörigen. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen setzt sich also dafür ein, dass bei der klinischen und ambulanten psychiatrischen Behandlung die Erfahrungen und Sichtweisen von Eltern, Ehe- oder Lebenspartnern oder anderer enger Angehöriger und Vertrauenspersonen *systematisch* einbezogen werden. Regelhaft bei einer Aufnahme ist zu prüfen, was ist mit den Angehörigen, wie beziehen wir sie schnellst möglich ein? Wie können wir eine auf der Zustimmung des Patienten/der Patientin beruhende Zusammenarbeit aller Beteiligten sicherzustellen? Eltern, Ehepartner, Geschwister, erwachsene

Kinder, weitere Verwandte, Lebenspartner von Patienten, also die in einer Vollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung benannten Vertrauenspersonen sind aufgrund der gemeinsamen Lebens- und Verantwortungsgemeinschaft in der Regel bereit und einstandswillig, Hilfebedarfe zu decken, die über die Hilfs-und Therapieangebote der Klinik hinausgehen. Ziele dieser gemeinsamen Vereinbarung sind daher die Definition und die prozedurale, konkrete Gestaltung der Beziehung zwischen der Klinik und den Angehörigen der Patienten. Das Ziel ist eine dem Patienten zugutekommende Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dieser Vereinbarung liegt die Erfahrung zugrunde, dass gut informierte und regelhaft eingebundene Angehörige oder andere sich um den Patienten kümmernde Personen hilfreiche Partner der Patienten und der professionell Behandelnden sein können. Konkret bedeutet dies:

Wer heute leitliniengerecht behandeln will, muss längst im Sinne der Standards Angehörige einbeziehen und zur Selbsthilfe ermuntern. Es wird Zeit, dies auch als gegenseitige Willenserklärung mit einem klaren Procedere zum Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht als Arbeitsroutine festzuschreiben. Dass für diese Tätigkeit auch entsprechende transparente Abrechnungsprozeduren des OPS vorliegen müssen, ist selbstverständlich.

Literatur

Anonym (2015): www.forum-der-psychiatrie.de/ Abruf 23.05.2017.

Bäuml, J./ Pitschel-Walz, G. (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen« 2., erw. u. aktualisierte Aufl., Stuttgart.

Berg-Peer, J. (2015): Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie – ein frommer Wunsch? In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.). Qualität therapeutischer Beziehung, 253-258, Bonn.

DGPPN (2006): S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Siehe hier 5.4 Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen. Einbezug von Angehörigen (75) Good Clinical Practice. www.dgppn.de/publikationen.

Dietz, A./ Pörksen, N. / Voelzke, W. (1998): Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, Bonn.

Eassom, E./ Giacco, D. /Dirik, A./ Priebe, S. (2014): Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. BMJ Open. 2014 Oct 3;4(10):e006108. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006108.

Fähndrich, E./ Kempf, M./ Kieser, C./ Schütze, S. (2001): Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. Psychiat Prax 2001; 28(3): 115-117.

Fegert, J.M. (2015): Aspekte guter Qualität. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.). Qualität therapeutischer Beziehungen. S. 14 – 30, Bonn.

Grampp, P. (2015): Seelische Erkrankungen im Fokus der informationellen Selbstbestimmung zwischen Leistungsanbietern/ –trägern. Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.). Qualität therapeutischer Beziehungen. Bonn. S. 164 – 175.

NAP (2011): Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie: »Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie. Eine Empfehlung«. Abruf unter: www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/NAP_QS_2012.pdf.

Peukert, R. (2005): Die Angehörigenselbsthilfe in der Psychiatrie. Das immer wieder neue Selbstverständnis der Angehörigenselbsthilfe in Deutschland. Kerbe 3, S. 4-9.

Seifert, J. (2004): Das Angehörigenbuch. Psychische Krankheit im Spiegel einer Angehörigengruppe. Mit Beiträgen von Michael Franz, Christine Kern und Uwe Kropp. Fernwald.

Spiessl, H./ Schmid, R. / Vukovich, A./ Cording, C. (2004): Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. Der Nervenarzt, Vol. 75, Nr. 5, S. 475–482.

Straub, E. (2003): »Un-gehörige« oder Co-Therapeuten. In: Binder W./Bender W. (Hg) Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln. S. 51 – 68.

Zechert, C. (2017): Verlässliche Unterstützung in Krisensituationen – die Sicht der Angehörigen. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (HG) Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Bonn, S. 148 – 161.

Der »Umgang« mit angespannten und aggressiven Situationen im häuslichen und im klinischen Bereich – Die trialogische Annäherung an ein Tabuthema

André Nienaber, Christian Zechert

In dem folgenden zusammenfassenden Bericht über den Workshop werden die Perspektive der Angehörigen in ihrem Zuhause und die der stationär beruflich Tätigen vorgestellt. Als ein besonderer Gewinn zeigte sich, dass die zahlreich ebenfalls teilnehmenden Psychiatrieerfahrenen nicht nur dafür sorgten, dass es zu einem ausgeglichenem Zahlenverhältnis zwischen Angehörigen, Psychiatrieerfahrenen und beruflich Tätigen kam, sondern auch zu einer fairen und offenen trialogischen Diskussion. In dem drei Stunden dauernden Workshop kamen alle Seiten trotz des schwierigen Themas und eigener erfahrener Verletzungen und Kränkungen ohne gegenseitige Vorwürfe und Schuldzuschreibungen aus. Im Gegenteil: Jede Seite zeigte auch Verständnis für die Reaktionen und Einschätzungen der anderen beiden Seiten.

Bereits auf der Jahrestagung der APK 1997 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie« hatte eine Angehörige Gelegenheit, auch über die Gewalt-Erfahrungen von Angehörigen zu sprechen. Diese, so Susanne Heim, befänden sich in einer Zwickmühle, zwischen allen Fronten. Ein Thema, bei dem man aus Angehörigensicht die Vor- und Nachsorge bei einer klinischen Aufnahme nicht außer Acht lassen könne. Denn den weitaus größeren Teil der außerstationären Begleitung der Erkrankten tragen die Angehörigen. Angehörige müssen dabei zwei Dinge aushalten: selber aggressiven Übergriffen zuhause ausgesetzt zu sein und wenn es dazu kam oder die Bedrohung im Raum steht, in ihrer Not nach aufsuchenden oder stationären Hilfen nicht ernst (genug) genommen zu werden (Heim 1998, 86 ff).

Das einleitende Zugeständnis, dass manche Angehörige mit einem schwer erkrankten Familienmitglied Erfahrungen mit verbaler und ggf. auch körperlicher Gewalt gemacht haben – aber auch umgekehrt, Psychiatrieerfahrene Erfahrungen in ihren Familien mit Gewalt durch ihre Angehörige machen mussten, trug offensichtlich dazu bei, dass es leichter fällt, über das heikle Thema zu sprechen. Die Mehrheit der Familien, so die Referenten, reagiere ähnlich wie in gewalttätigen Partnerschaften: Wenn einer schlägt, droht, beleidigt, entwertet: Frau / Kinder / Mann / Mutter / Vater / Geschwister schweigen über diese Vorfälle, machen sich Selbstvorwürfe, entwickeln Schuldgefühle ohne schuldig zu sein, fühlen sich mit ihren Erfah-

rungen alleingelassen oder unnötig belehrt. Viele vergraben sich noch tiefer in ihre Leidensrolle, ziehen sich noch stärker von Freunden und Bekannten zurück. Auch die eigene Partnerschaft leidet mehr und mehr, bis dahin, dass man eigene uneingestandene oder offene Aggressionen als Angehöriger oder Betroffener entwickelt. Ein offener Umgang im häuslichen Bereich mit diesem Tabuthema findet leider (zu) selten statt. Auch die Nachbarschaft zieht sich von der auffälligen Familie zurück, wenn Polizei, Sozialpsychiatrischer Dienst, Krisendienst etc. bereits einmal vor der Tür standen. Diese Familien können immer weniger Hilfestellungen der Umgebung erwarten. Der Freundeskreis und die Verwandtschaft neigen rasch dazu, die Schuld dem Opfer zu geben. »Kein Wunder, bei dem Verhalten«. Diese weitere Beschämung des Opfers, »Victim-Blaming«, führt zur sozialen Abwertung, Stigmatisierung und Ausgrenzung. Soziale Unterstützung wird mehr und mehr vorenthalten. Angehörige, aber auch betroffene Patienten, können langjährig in solchen »verfahrenen« Situationen verharren, sind dauerhaft frustriert und verärgert, entwickeln negative Wahrnehmungen, spüren ihre Unsicherheit, Hilflosigkeit und Unwissenheit im Umgang mit angespannten und aggressivem Situationen. Es bleibt das Gefühl, versagt zu haben.

Sich dem Thema stellen, aber wie?

Wichtig zu wissen ist: Menschen mit psychischen Problemen sind häufiger und eher Opfer von häuslicher (aber auch schulischer und sonstiger) Gewalt als in der Allgemeinbevölkerung. Diese Gewalterfahrung wirkt in zwei Richtungen: Wer Gewalt erfahren hat, wird eher psychisch krank. Aber auch: Wer psychisch krank ist, erfährt häufiger Gewalt. Professionelle Behandler und Berater sind selten geschult, diese häusliche oder andere erfahrene Gewalt zu erkennen. Es gibt auch kaum Fachliteratur zum praktischen Umgang mit dieser Form häuslicher Gewalt für Angehörige, Betroffene und beruflich Tätige.

Der Umgang mit aggressiven Verhalten ist auch von den Professionellen viele Jahrzehnte mehr als unzureichend gewesen. Die Geschichte der Psychiatrie ist auch eine Geschichte ihrer Hilflosigkeit im Umgang mit aggressiven Patienten. Vor allem die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen haben sich dem Thema inzwischen gestellt und sich in der S2 Leitlinie der DGPPN »Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie«* (derzeit in Überarbeitung) damit auseinandergesetzt. Den organisierten und unorganisierten Angehörigen, aber auch den Psychiatrieerfahrenen, fiel es lange schwer, damit offen umzugehen.

Keine Schuldzuschreibung

Wichtigste Voraussetzung: keine Schuldzuschreibungen, sondern Akzeptanz der Realität. Es gibt unterschiedliche Häufigkeiten von Gewalt und Zwang, verschiedene Gewaltformen im klinischen und im häuslichen Bereich. Sehr verschiedene Anlässe, die hier nahezu immer im Zusammenhang mit der seelischen Erkrankung oder Störung zu sehen sind. Will man miteinander über die Situation sprechen, dann helfen Schuldzuschreibungen nicht! Jeder bzw. jede kann sowohl Täter als auch Opfer sein.

Festzustellen ist, dass es auch eine erhebliche Schieflage des Wissens über Häufigkeit, Schwere, Anlässe von Gewalt / Aggressivität / Atmosphäre bei seelischen Krisen in Familien gibt. Es gibt zwar viele Studien zur häuslichen Gewalt gegenüber Frauen und Kindern, hier wird aber der Aspekt der seelischen Krise bei den Verursachern von aggressiven Handlungen nicht berücksichtigt. Der psychiatrische Forschungsschwerpunkt liegt seit zwei Jahrzehnten auf dem klinischen Bereich bei Vernachlässigung der häuslichen Situation. Angehörige aber auch Psychiatrieerfahrene haben aber anders als die Mitarbeiter in den psychiatrischen Kliniken kein förmliches Instrumentarium, um mit eskalierenden Situationen umzugehen. Sie können keinen Notruf auslösen, nehmen nicht regelmäßig an Deeskalationstrainings teil, besprechen die Vorfälle nicht in einem Team, und wenn etwas passiert ist, tritt keine Arbeitsunfallversicherung ein. Sie verfügen aber häufig über ein großes informelles Wissen zum Umgang mit angespannten Situationen. Dieses informelle Wissen kann dazu genutzt werden, angespannte Situationen zu entspannen oder ein bereits als gute Lösung bewährtes Verhalten zu wiederholen. Aber auch, um damit eine bereits angespannte Situation weiter eskalieren zu lassen und meinen Ärger nicht zurückzuhalten.

Ärger und aversive Stimuli

Ärger entsteht, wenn ich die Situation, die Interaktion mit mir als unfair, respektlos oder nicht wertschätzend und als gegen meine Person gerichtet erlebe. Wichtig hierbei ist, die Bedeutung des aktuellen aber auch des sich langfristig aufbauenden Ärgers als möglichen Auslöser für Gewalt frühzeitig zu erkennen. Mein eigenes aggressives Verhalten oder das aggressive Verhalten des anderen ermöglicht die angestaute Verärgerung offen zu machen. Ein Beispiel ist »Mensch ärgere Dich nicht«. Wer sich ärgert, weil er immer wieder verliert, und irgendwann nicht mehr weiß, wohin mit den angespann-

ten Gefühlen und auch einer zunehmenden körperlichen Anspannung, der kann z. B. damit reagieren, dass er mit der Hand die Figuren wütend vom Spielbrett fegt. Diese aggressive Handlung ist das Ventil, um endlich meine Verärgerung über den Spielverlauf rauszulassen. Dass ich anschließend als »schlechter Verlierer« angesehen werde, ist einkalkuliert.

Ich kann mich aber auch bewusst provokant verhalten, um den Konflikt weiter anzuschüren, weil ich verärgert, frustriert bin und den anderen in einer Situation bringen will, in der er oder sie handeln muss. Auch wenn sich das Handeln dann gegen mich richtet und z. B. die Polizei gerufen wird. Derartige gegenseitigen Provokationen, im Fachtermini »Aversive Stimuli«, erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer negativen Gegenreaktion und sind Teil der Eskalationsspirale. Solche Vorwürfe sind z. B.: eine Gegenbeleidigung auszusprechen; an Schuldgefühle zu appellieren; autoritär zu sein, ohne Autorität zu besitzen; emotional bestrafend zu sein oder den anderen zu entwerten oder entmündigend im Umgang mit ihm zu sein: »Das kannst Du sowieso nicht«. Diese Provokationen zielen häufig auch darauf ab, den Betroffenen bis zu einer erhofften (Über-)Reaktion zu reizen, um so die Rechtfertigung für eigene Handlungen zu haben, die den anderen seelisch oder auch körperlich verletzen können. Dann erscheint es einem gerechtfertigt zu sein, selbst die Grenzen zu überschreiten und Gewalt anzuwenden. Provozierende Verhaltensweisen, die sich gut auf gewalttätigen Demonstrationen sowohl von Demonstranten aber auch auf Seiten der Polizei identifizieren lassen.

Lösungsversuche

Eine Befragung und Diskussion mit Angehörigen durch den BApK über das Thema der häuslichen angespannten Situationen (Zechert und Trautmann 2016) hatte auch zum Ergebnis, dass Angehörige durchaus über Strategien zur Deeskalation verfügen. Diese Strategien sind nicht professionell vermittelt und geübt worden, sondern haben sich durch »Erfahrung« ergeben und verankert.

Was Angehörige sagen, wie sie mit angespannten Situationen umgehen

- »Stückweit mitgehen, Ängste akzeptieren, den Wahn nicht wegdiskutieren«.
- »Vergeblich Psychotherapeuten für den psychotisch erkrankten Sohn gesucht«.

- »Nichts mehr zu tun, verhalte mich einsilbig. Keine Diskussion. Ich habe Dringenderes zu tun«.
- »Wir bemühen uns, Zeit zu gewinnen«.
- »Die Krankheit akzeptieren, Hilfe durch die Selbsthilfegruppe erhalten«.
- »Über die Erkrankung nachlesen, etwas über die Diagnose erfahren, die Erkrankung verstehen«.
- »Gelassenheit zeigen. Auf die Ängste eingehen, sich klarmachen, dass es diese Ängste gibt«.
- »Blitzableiter zu sein, dies auszuhalten«.
- Gelernt, nicht zu reizen, nicht zu provozieren«.
- »Konsequent zu sein«.
- »Den Sohn nicht in die Wohnung lassen, weil sonst die Wohnung gefährdet ist.«
- »Professionelle Hilfe endet damit ‚Lassen Sie ihn nicht in die Wohnung'. Ende. Und was ist mit mir als Mutter? Die können sich nicht reindenken«.
- »Ich habe mich schuldig gefühlt, ich verrate ihn«.
- »Angst am Arbeitsplatz, dass mir die Erkrankung meines Sohnes nachgetragen wird. Ich verschweige dies«.
- »Gute Erfahrung mit räumlicher Trennung gemacht«.
- »Viel Hilfe durch die Selbsthilfegruppe erfahren«.

Einige der obigen Beispiele entsprechen sicherlich nicht dem professionellen Selbstverständnis eines Umgangs mit aggressiven Situationen: Wer will schon immer der »Blitzableiter sein« und immer nur »aushalten«? Aber sie sind Teil einer häuslichen Realität, die keine andere Hilfe erfährt. Wo die Mutter oder auch der Vater hilflos einer Situation ausgesetzt sind und keine Unterstützung durch Dritte erhalten oder auch nicht anfordern.

Möglichkeiten der Deeskalation

Richter (2014) zufolge ist es für eine effektive Deeskalation wichtig zu verstehen, wie Eskalation entsteht. In seinem Artikel beschreibt er zehn Grundregeln der Deeskalation. Hierzu gehören u. a. dass Respekt, Sorge und Empathie sowie ernsthaftes Interesse an der Konfliktlösung gezeigt werden, dass realistische Erwartungen bestehen im Hinblick auf die Frage, ob sich die Situation wirklich ohne Gewalt bewältigen lässt, dass ein ausreichender Abstand (mind. eine Armlänge) Abstand zum Gegenüber eingehalten wird oder auch dass versucht wird, Zeit zu gewinnen, um Spannungen nach

Möglichkeit zu reduzieren und Entscheidungen sorgfältig abzuwägen. Deeskalation wirkt am besten als frühe Intervention, d. h. umso früher ich in einer angespannten Situation tätig werde, desto wahrscheinlicher ist eine friedliche und konstruktive Lösung des Konfliktes möglich.

Eine sehr praxisnahe Möglichkeit der deeskalierenden Gesprächsführung, die einen Teil der von Richter beschriebenen Grundregeln aufgreift, wird in dem am King's College in London entwickelten »Safewards Modell« dargestellt (Bowers, 2014). Ursprünglich entwickelt für die stationäre psychiatrische Akutversorgung lassen sich die Grundannahmen der Intervention »Deeskalierende Gesprächsführung« auch auf andere Bereiche übertragen und können aus unserer Sicht als Leiter des Workshops nützliche Anknüpfungspunkte, auch für Angehörige darstellen.

Zentral sind die drei Schritte der Deeskalation. Im ersten Schritt geht es darum, Sicherheit in der Situation herzustellen, d. h. sich selbst und ggf. umstehende gefährdete Personen zu schützen. Das mache ich, indem ich z. B. den Abstand zu der Person vergrößere, da eine zu große Nähe zum einen von der Person selbst als einengend erlebt werden und somit zu einer weiteren Eskalation beitragen kann und zum anderen, um außerhalb der Reichweite für körperliche Aggressionen wie z. B. einen Schlag oder Tritt zu sein.

Im zweiten Schritt versuche ich eine Klärung der Situation herbeizuführen. Hierbei ist entscheidend, wie mein Gegenüber meine Handlung wahrnimmt, d.h. erlebt er in seiner Anspannung mein Handeln als respektvoll, wertschätzend oder auch Grenzen (be-)achtend und einhaltend oder nicht (Richter, 2015)? Anhand von offenen Fragen versuche ich die Anspannung und den Ärger meines Gegenüber zu verstehen: »Weshalb sind Sie / bist Du so ärgerlich?« oder »Was hat Sie / Dich so wütend gemacht?«. Dabei ist es wichtig, dem Betroffenen Zeit zum Antworten zu lassen und ggf. ist es hilfreich, Orientierung anzubieten, d. h. zu sagen, wo man sich befindet, welche Personen beteiligt sind und welche Zeit wir haben. Um den Kontakt herzustellen, spreche ich die Person mit ihrem Namen an.

Der dritte Schritt schließlich ist der Versuch der Auflösung der Situation. Wenn ich verstanden habe, weshalb die betreffende Person so ärgerlich, wütend oder angespannt ist, bieten sich vielleicht Lösungen an. Dabei versuche ich verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen, damit der Betroffene selbst an einer Entscheidung für eine Lösung mitwirken kann. Das fördert das Erleben von Autonomie. Wichtig ist bei diesem Schritt, dass es nicht zu Machtkämpfen kommt. Daher ist eine gewisse Flexibilität bei der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten notwendig.

Zwei Aspekte sind darüber hinaus bei der Deeskalation von entscheidender Bedeutung und erfordern aus unserer Sicht Übung und die Reflexionsfähigkeit der Beteiligten. Zum einen der Aspekt »Habe dich unter Kontrolle«, d. h. ich handle ruhig und bestimmt, ich habe meine Körpersprache unter Kontrolle (»oder habe ich die Arme vor dem Körper verschränkt, die Hände in die Hüften gestemmt oder in den Hosentaschen?«, »Stehe ich zu- oder abgewandt?«, »Sind meine Handflächen sichtbar?« etc.).

Der zweite Aspekt, der auch schon beim Thema der Klärung angesprochen wurde, ist »Respekt und Empathie«, d. h. ich versuche wirklich die Situation zu verstehen, ich bin zugewandt, nehme Anteil, bin interessiert. Ich nehme mir Zeit, stelle ggf. Augenkontakt her, etc.

Fazit: Bereits 1989 schrieb Dörner (1989, 150): »Zu jeder psychiatrischen Begegnungssituation gehören mindestens drei unterschiedliche Menschen-Sorten: ein psychisch Kranker, ein Angehöriger und ein psychiatrisch Tätiger«.

Als Fazit des Workshops lässt sich festhalten, dass vor allem die respektvolle Begegnung der Beteiligten auf Augenhöhe, der unvoreingenommene Austausch zu diesem schwierigen Thema und der Wunsch, sich gegenseitig zu verstehen, die Kriterien waren, die zu einem erfolgreichen Gelingen geführt haben. Auch ist deutlich geworden, dass viele Personen nicht nur »einen Hut aufhaben«, sondern oftmals mehrere unterschiedliche Rollen in ihrer Person vereinen, d. h. sie sind Angehörige, Betroffene und / oder professionelle Helfer in einer Person.

Als Moderatoren möchten wir uns herzlich bei allen Teilnehmenden für den spannenden Austausch bedanken. Dies war für uns auch ein Beweis dafür, dass mit einem trialogischen Grundverständnis auch schwierige Themen gemeinsam besprochen werden können.

Literatur

Bowers, L. (2014): Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs, 21(6), 499-508.

Dörner, K. (1989): Psychiatrische Erstbegegnung – in Würde. In G. M. Brosi (Hrsg.). Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag, 148-154. Göttingen: Verlag Vandenhoeck u. Rupprecht.

Heim, S. (1998): Innen-Ansichten: Gewalt-Erfahrungen aus Sicht einer Angehörigen. In: Aktion Psychisch Kranke, Johann Kebbel, Niels Pörksen (Hg.) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Tagungsbericht 1997, 86-91, Bonn.

Richter, D. (2014): Deeskalation von Konfliktsituationen. Psych Pflege, 20(4), 221-225.

Zechert, C./Trautmann, C. (2016): Was tun bei Konflikten und Aggressionen in Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen? Empfehlungen für Familien und Freunde psychisch erkrankter Menschen. Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., Bonn.

Selbsthilfegestützte Beratung für Menschen mit psychischen Besonderheiten

Carsten Hoffmann

In den letzten 30 Jahren hat die selbsthilfegestützte Beratung mehr und mehr an Bedeutung – und mittlerweile auch Wertschätzung durch »Profis« und Politik erfahren. Dies nicht nur im Bereich der somatischen Erkrankungen, sondern auch und besonders für die Menschen mit psychischen Besonderheiten.

Ganz bewusst verwende ich möglichst nicht die Begriffe Menschen mit psychischen »Problemen«, »Störungen«, »Behinderung«, oder gar »Erkrankungen«. Menschen entwickeln sich dynamisch und unverwechselbar mit von Geburt an ganz individueller Lebensrealität, neurologischen und allen anderen Funktionen. Kein Gehirn funktioniert exakt gleich wie ein anderes. Wissenschaftlich ist es zwar ein Fortschritt zu wissen, wie Serotonin oder andere Neurotransmitter auf Rezeptoren verschiedener Nervenzellen wirken, jedoch sagt dies nichts aus über die Gesamtfunktion von mehr als einhundert Milliarden Nervenzellen, dem Gehirn des Menschen. Von einer wirklichen Kenntnis der Funktionalität des menschlichen Gehirns und dem was wir »Psyche« nennen, ist die Medizin noch sehr weit entfernt.

Menschen sind hervorgegangen aus einem langen Evolutionsprozess, der uns allerdings nur bedingt auf die komplexen Anforderungen zivilisatorischer Ausprägung vorbereitet hat. Jeder Mensch erleidet in seinem Leben mindestens eine ernste psychische Krise. Das ist völlig normal. Vielleicht sogar ein notwendiger und evolutionär bedeutsamer Prozess, der zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit, Intelligenz und durchaus im Darwin'schen Sinne zu mehr Überlebensfähigkeit führte und in abgeschwächter, häufiger auftretender Form dazu beigetragen hat, all das mit zu entwickeln, was uns heute als Mensch ausmacht.

Insofern ist der Begriff »Menschen mit psychischen Besonderheiten« eine mehr allgemeingültige Formulierung. Zumal die psychischen Erkrankungen Definitionen erfahren haben, die zumeist als Maßstab die Norm nutzen. Diese wurde und wird von Medizinern festgelegt und ist und war nicht selten von politischen oder monetären Interessen verschiedenster Gruppen geprägt. Natürlich gibt es auch schwere und schwerste Erkrankungen und daraus resultierende Behinderung (der alltäglichen Lebenskompetenzen), die auch ihren Niederschlag in der Psyche eines Menschen finden.

Darüber hinaus ist unstrittig, dass der Begriff »psychisch krank« nach wie vor eine erhebliche gesellschaftliche Ausgrenzung und Stigmatisierung nach sich zieht, auch wenn in den letzten gut 50 Jahren in vielen Ländern und in Deutschland gegenläufige Bewegungen, Politik und Gesetze zu mehr Toleranz und Verständnis geführt haben. Diese haben es aber bis heute nicht vermocht, diese negativen sozialen Phänomene in eine gesellschaftliche Randerscheinung zu verwandeln. Das Gegenteil ist leider immer noch der Fall. Ein Faktum, das auch zukünftig dauerhafter Anstrengung der Selbsthilfe bedarf.

Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ganz allgemein, aber auch die Selbsthilfe der Menschen mit psychischen Besonderheiten im Speziellen, hat im Laufe der letzten Jahrzehnte auf verschiedensten Ebenen zunehmend an Bedeutung gewonnen und Wertschätzung erfahren. In der Folge und in der Diskussion beziehen wir uns primär auf Letztere, jedoch in dem Bewusstsein, dass körperliche und seelische Gesundheit untrennbar miteinander verbunden sind und jeder Mensch ganzheitlich gesehen werden muss.

Empowerment und Recovery

Die Konzepte Empowerment (engl. Ermächtigung, Befähigung) und Recovery (engl. Wiederherstellung, Gesundung) sind zielführende, essentielle Strategien und Hilfestellungen für Menschen mit psychischen Besonderheiten allgemein und der selbsthilfegestützten Beratung im Besonderen. Dies sowohl für den Peer-Berater und Ratsuchenden, als auch für den Beratungsprozess und dessen Inhalte.

Empowerment als Ermächtigung und Befähigung zur selbstbestimmten Lebensführung mit Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl ermutigt Menschen nach Krisenerfahrungen zur Entdeckung ihrer Ressourcen, ihrer eigenen Stärken, um selbstverantwortliches Leben mit empfundenem Sinngehalt zu ermöglichen und zu gestalten.

Recovery ist ein subjektiver Vorgang durch Hervorhebung und mit bedarfsgerechter Unterstützung des Genesungspotentials des Menschen nach Krisenerfahrung. Ein ganz individueller Weg, der von der Hoffnung und dem festen Glauben des Einzelnen bestimmt wird, das Selbstgefühl nach einer Krise zu finden, Selbstachtung und Selbstwertgefühl zu fördern und zu bewahren und die Kontrolle über das eigene Leben zu behalten.

Peer Counseling

Peer-Counseling ist der durch historische Entwicklung bedingte englische Begriff für die selbsthilfegestützte Beratung.

EUTB

»EUTB« ist die Abkürzung für die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach §32 SGB IX des neuen Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Dieser Aspekt des BTHG tritt ab 01.01.2018 in Kraft und ist auch später noch Gegenstand dieses Symposiums.

Peer Counseling – selbsthilfegestützte Beratung

Was ist nun Peer Counseling, wie funktioniert das und wo kommt es her?

Historische Ursprünge

Seit den 1940er bis -50er-Jahren gab es Entwicklungen zur Interessenvertretung verschiedener Gruppen (Veteranenverbände, Menschen mit Suchterkrankungen, Studierende mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen etc.) in den USA. Durch die dortige »Independent Living« (engl. unabhängiges Leben) Bewegung seit den 1960er Jahren fand der Gedanke der eigenen Interessenvertretung, des Willens zum selbstbestimmten Leben und der Beratung von Gleichen unter Gleichen auch Eingang in den 1980ern in die deutsche Behindertenbewegung. Seit 1998 gibt es den Berufsverband »Peer-Counseling« (BVP) und im Bereich der psychischen Besonderheiten kam einige Jahre später aus Großbritannien und den Niederlanden mit europäischer Förderung die EX-IN Idee (engl. Experienced Involved – Beteiligung Erfahrener). Damit wurde die Beratung und Unterstützung durch EX-IN Genesungsbegleiter auch für die Menschen mit psychischen Besonderheiten verwirklicht.

Prinzipien

Bei der selbsthilfegestützten Beratung steht die Perspektive der eigenen Besonderheiten, Behinderung im Vordergrund. Der Berater ist »Experte aus Erfahrung«.

Sie ist ein niederschwelliges Angebot und gemeinhin kostenlos.

Die Beratung erfolgt unabhängig und ist nur dem Ratsuchenden und seinem Auftrag an den Berater verpflichtet.

Das Verhältnis Berater-Ratsuchender besteht »auf Augenhöhe«, auch bei unterschiedlicher Rolle.

Die Beratung ist vertraulich und unterliegt im weitesten Sinne der Schweigepflicht; auch kann die Beratung anonym erfolgen.

Methodik

Die selbsthilfegestützte Beratung ist abgekürzt dargestellt an folgenden Punkten methodisch orientiert:

- **»Aktives Zuhören«**
  dem Ratsuchenden Aufmerksamkeit schenken; Auftrag, Wünsche, Zusammenhänge und Lebenssituation erfragen; zur Verständnisklärung zusammenfassen
- **Stabilisieren und Körperbewusstsein**
  Entspannung, Körperhaltung, Atmung beachten und unterstützen
- **Lösungsorientierte Problemdiskussion**
  kreativ Denken (Denken/kognitive Bewertung bestimmt Fühlen und Handeln)
- **Zielfindung und zielorientierte Planung**
  Ziele/Wünsche; Zeit-/Terminplanung; ergänzende Unterstützungsmöglichkeiten erwägen und bei Bedarf nutzen; Checklisten erstellen und nutzen
- **Persönliches Wachstum**
  Gefühle erkennen und erforschen helfen; emotionale Unterstützung bieten; Visualisieren; Intuition; Rollenspiel

Ziele

Dabei sollen die folgenden Punkte je nach Auftrag des Ratsuchenden verwirklicht werden:

- Information
- Hoffnung geben; Unterstützung; Anteilnahme
- Gemeinsam Entwicklung selbstgesteuerter Lösungs- und Bewältigungsstrategien
- Finden und nutzen von individuellen Stärken/Ressourcen

- Selbstbestimmtes, selbstfürsorgliches und sinnerfülltes Leben
- Die sich gegenseitig beeinflussende Triade Empowerment-Recovery-Inklusion im weitesten Sinne und bedarfsorientiert verständlich machen und zur Wirkung bringen

Das Modellprojekt »Peer-Counseling« des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR)

Im Jahr 2013 beschloss der LVR die Durchführung eines Projekts zum Peer-Counseling für Menschen mit körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Dabei sollte das Spektrum der Beratungsthemen weit gefasst sein und unter Anderem die Bereiche Teilhabe, Arbeit, Wohnen und die Eingliederungshilfe als Kerngebiete umfassen.

Die Laufzeit des Projekts wurde auf drei Jahre bemessen, vom Juni 2014 bis Mai 2017. Zu Anfang des Jahres 2017, nach Vorliegen zweier vorläufiger Zwischenberichte zur Evaluation des Projekts, wurde es um weitere zwei Jahre bis Mai 2019 verlängert.

Die wissenschaftliche Evaluation wurde gemeinschaftlich der Universität Kassel (Projektleitung Frau Prof. Dr. Gudrun Wansing) und der Prognos AG (Projektleitung Herr Andreas Heimer) übertragen. Die hier dargestellten bisherigen Ergebnisse dieses Projekts sind den genannten Zwischenberichten entnommen mit Kommentierung und Diskussion durch den Vortragenden und die Teilnehmer des Symposiums.

Mit dem Start des Projekts berieten zehn Projektstellen, davon drei Selbsthilfeverbände und sieben Träger der Behindertenhilfe mit 62 Peer-BeraterInnen im Rheinland mit einem Gesamteinzugsgebiet von etwa 2,5-3 Millionen Einwohnern. Es waren zwischen ein bis dreizehn BeraterInnen in einer Beratungsstelle tätig.

Beratungen und Beobachtungszeitraum

Während des Zeitraums März 2015 bis Februar 2016 wurden mittels verschiedener Fragebögen und Befragungen Daten der Beratungsgespräche, den BeraterinInnen und der Ratsuchenden erhoben. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 743 Beratungsgespräche mit 500 Ratsuchenden geführt. Etwa ein Viertel der Ratsuchenden nahmen einen zweiten Beratungstermin wahr.

Themenspektrum der Beratungsgespräche

Die in den Beratungsgesprächen nachgefragten Themengebiete nach Auswertung von 110 zur Verfügung stehenden Fragebögen (n=115; Mehrfachantworten möglich) waren folgendermaßen gewichtet:

- 23 % Umgang mit der eigenen Erkrankung oder Behinderung
- 19 %Unterstützungsbedarf, Versorgung mit Hilfsmitteln, Persönliches Budget
- 16 % Arbeit
- 11 % Medikamente, Psychopharmaka, ÄrztInnen oder Therapien
- 11 % Beziehungen, Umgang mit anderen Menschen, Selbsthilfegruppen
- 8 % Lebenskrisen
- 8 % Ämterfragen
- 5 % Freizeit, Freunde finden
- 5 % Wohnen
- 5 % Gesetzliche Betreuung, Patientenverfügung
- 5 % Mobilität
- 17 % andere Themen

BeraterInnen

Bei einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis wiesen die BeraterInnen (n=62) alle Arten von Behinderungen auf, mit fast gleichen Anteilen der drei Behinderungsarten. Bis auf zwölf BeraterInnen ohne Grad der Behinderung (GdB) hatten alle anderen einen GdB von mindestens 50 oder mehr und mit etwa gleichermaßen vertretenen höheren und niedrigen Bildungsabschlüssen (31 % Abitur; 15 % Realschulabschluss; 10 % Hauptschulabschluss; 27 % Förderschulabschluss; 17 % keinen Schulabschluss).

Das Lebensalter der BeraterInnen war gemischt:

- 22 % unter 30 Jahre
- 24 % 30 bis unter 40 Jahre
- 22 % 40 bis unter 50 Jahre
- 33 % 50 Jahre und älter

Alle BeraterInnen wurden qualifiziert und werden fortgebildet.

Etwas weniger als zwei Drittel der BeraterInnen nutzten und nutzen vorerst Unterstützung bei der Beratung (Tandemberatung; Stand: September 2016).

Ratsuchende

Auch bei den Ratsuchenden (n=110) mit Lebensaltern von 14 bis 82 Jahren mit einem Mittelwert von 40 Jahren, lag ein fast ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vor (54 % weiblich; 46 % männlich). In überwiegendem Maße waren Betroffene die Ratsuchenden, aber auch Angehörige in geringer Anzahl.

Die Ratsuchenden leben überwiegend in eigenen Wohnungen, teils mit Unterstützung. Wenige leben bei Angehörigen. Wohnheimbewohner wurden nach Angabe im Zwischenbericht kaum erreicht. Jedoch sind diese Angaben in ihrer Anzahl zu gering um verlässliche Daten zu sein und geben wohl lediglich eine Tendenz an.

Ebenso weisen in nicht ausreichender Anzahl vorliegende Daten darauf hin, dass die Ratsuchenden zumeist überdurchschnittliche Bildungsabschlüsse hatten.

Die Erwerbs- bzw. Beschäftigungssituation der Ratsuchenden war recht heterogen, auch wenn 41 % der Befragten entweder Erwerbsminderungs-/Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen oder arbeitslos waren (n=111; Mehrfachantworten möglich):

- 23 % Erwerbsminderungs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente
- 18 % Arbeitslos
- 18 % erster Arbeitsmarkt
- 10 % Werkstatt für behinderte Menschen
- 10 % Hausfrau/Hausmann
- 8 % Krankgeschrieben
- 8 % Schüler/Student
- 6 % Integrationsfirma
- 5 % In einer Reha-Maßnahme
- 3 % Altersrente
- 3 % In Ausbildung
- 1 % Selbständig
- 17 % Anderes oder keine Angabe

Unter den Ratsuchenden befinden sich vorwiegend Menschen mit psychischen Besonderheiten oder Behinderung. Das Spektrum der Beeinträchtigung wurde von den Ratsuchenden wie folgt angegeben (n=496; Mehrfachnennungen möglich):

- **66 % psychische Beeinträchtigung**
- 25 % körperliche Beeinträchtigung

- 16 % kognitive/geistige Beeinträchtigung
- 6 % Beeinträchtigung durch chronische Erkrankung
- je 1 % Beeinträchtigung beim Hören, Sehen oder Sprechen
- 3 % andere Beeinträchtigungen

Bemerkenswert dabei ist die hohe Anzahl der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Der zweite Zwischenbericht dieses Projekts verweist darauf, dass dies mit der höheren Anzahl von Beratungsstellen der auf diese Gruppe ausgerichteten Menschen zusammenhänge.

In der Diskussion des Symposiums wurde festgestellt, dass dies damit sicher weniger begründbar sei, da alle anderen Daten (von der DRB, Gesundheitsberichte diverser Krankenkassen oder anderen Quellen) zumindest ähnliche Schwerpunkte im Bereich der psychischen Beeinträchtigung setzen. Die Gründe dafür seien sicher vielfältig und sollten in der Zukunft auch Gegenstand der Forschung werden, um gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Fehlentwicklungen zu erkennen und zu bekämpfen.

Fakt ist auch, dass die Anzahl der Menschen mit psychischen Besonderheiten im Laufe der letzten Jahrzehnte deutlich zugenommen hat und wohl auch weiter zunimmt. Die Teilnehmer des Symposiums wiedersprachen dem gängigen Erklärungsversuch von Organisationen des Gesundheitswesens und der politisch Verantwortlichen, dass heute Erkrankungen der Seele besser erkannt werden und dass diese Krankheiten nicht mehr so stigmatisiert werden wie früher.

Es bestand einhelliger Konsens, dass die gesellschaftliche oder auch Stigmatisierung im Beruf und Arbeit ganz allgemein von Menschen mit psychischen Besonderheiten keine gravierende Veränderung in den letzten 30 Jahren erfahren hat. Zu wenig werde getan, um dem entgegenzuwirken. Insofern verberge weitgehend nahezu jeder Mensch mit psychischen Besonderheiten diesen Umstand im sozialen und beruflichen Kontext auch heute noch.

Ebenso sprechen die Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRB) eine klare Sprache: Annähernd 50 % der erwerbsunfähigen Verrentungen gehen auf Beeinträchtigungen der Psyche zurück. In diesem Zusammenhang würden in vielen Fällen die auch in deutschem Gesetz verankerten Normen der UN-Behindertenrechtskonvention unzureichend oder gar nicht umgesetzt. Auch die wissenschaftlich als hochgradig wirksam nachgewiesenen Konzepte von Empowerment und Recovery haben bisher nur punktuell in den medizinischen Alltag Einzug gefunden.

Auch aufgrund eines nachhaltigen Innovationsstaus in Medizin, dem Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt werden die Menschen mit psychischen Besonderheiten zu sehr im »Hilfesystem« verankert, anstatt ihnen, ähnlich wie somatisch, nicht stigmatisierten erkrankten Menschen, die Unterstützung zu selbstbestimmtem Leben zu geben, die notwendig wäre, um ihnen ein wirklich selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Mithin würde die seit Jahren immer größer werdende Belastung für Volkswirtschaft und Sozialsysteme deutlich sinken.

Der Begriff Inklusion ist seit einigen Jahren fast inflationär in aller Politiker Munde. Wenn aber dafür Haushaltsmittel aufgebracht werden müssen, ist zumeist auf allen politischen Ebenen die Bereitschaft dazu sehr gering.

Es gibt Ansätze dies alles zu verbessern. Die Teilnehmer des Symposiums waren jedoch vielfach der Meinung, dass die weitgehende Verwirklichung der genannten Ziele in ihrer Lebenszeit wohl nicht mehr stattfindet. Diese Prognose ist zwar wenig motivierend, hält aber alle Teilnehmer des Symposiums nicht davon ab, die genannten Probleme noch intensiver zu verdeutlichen, daran, auch wenn es mal unerwünscht ist, konstruktiv mitzuwirken und zumindest auf Dauer eine für alle Beteiligten befriedigende Lösung zu erreichen.

Bewertung des Peer-Counseling durch die Ratsuchenden

Die Ratsuchenden selbst beurteilten die Werthaltigkeit dieses Angebots durchweg positiv. Ein Drittel der Ratsuchenden hatte bei Beratungsstellen anders konzipierter Angebote (einschlägige Verbände, Organisationen, gemeinsame Servicestellen) schon schlechte Erfahrungen gemacht.

Fast alle Ratsuchenden halten die Peer-Beratung für wichtig, werden sie weiterempfehlen oder bei anderen aufkommenden Fragestellungen wieder in Anspruch nehmen.

Fazit

Das Angebot des Projekts »Peer-Counseling« des LVR wird gut frequentiert und durchgehend positiv und als wichtig von Ratsuchenden, BeraterInnen und dem Landschaftsverband Rheinland angesehen.

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die EUTB ist gesetzlich im § 32 des SGB IX, gemäß dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG), verankert und tritt zum 01. Januar 2018 in Kraft.

Damit trägt die Bundesregierung der weiteren Umsetzung der UN-BRK Rechnung, auch mit dem Slogan »Nicht ohne uns über uns«. Dies wurde bereits im Vertrag der Koalitionsparteien für die 18. Legislaturperiode festgelegt.

Der Gesetzgeber möchte damit die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung oder der davon bedrohten Menschen stärken. Als wichtiges Anliegen sei das Peer-Counseling, also die Beratung Betroffener von Betroffenen, besonders zu fördern. Konkret soll dies ein niederschwelliges Angebot sein, um Menschen in die Lage zu versetzen, sich mit Leistungsträgern und Leistungserbringern selbstbestimmt und eigenverantwortlich auseinandersetzen zu können. Die EUTB ist kein Ersatz für bestehende Beratungsangebote.

Nach einer vorab erfolgten Veröffentlichung wurde die Förderrichtlinie am 30. Mai im Bundesanzeiger in finaler Version publiziert. Für die EUTB werden 59 Millionen Euro bereitgestellt, davon stehen 50 Millionen Euro den Anbietern der Beratungsleistungen für Personal- und Verwaltungskosten nach einem auf die Einwohnerzahl bezogenen Länderschlüssel zur Verfügung.

Die EUTB ist auf eine Laufzeit von 60 Monaten befristet und über eine weitere Förderung einzelner Beratungsstellen wird bereits nach 36 Monaten entschieden. Dies erzeugt sicherlich wenig Planungssicherheit bei den potentiellen Anbietern.

Antragsberechtigt sind juristische Personen, jedoch keine Leistungsträger. Leistungserbringer können allein ein Angebot beantragen, wenn ansonsten keine Angebote in einem Gebiet verfügbar sind, oder wenn sie mit anderen Gruppen der Selbsthilfe kooperieren.

Aufgrund der relativ hohen Hürden im Antragsverfahren kann man jedoch davon ausgehen, dass es nur sehr wenige Anbieter der Selbsthilfe geben wird, die allein und wirklich völlig unabhängig einen Antrag stellen werden. Vielleicht wurde dies am »grünen Tisch« nicht wirklich bedacht, oder man könnte auch spekulieren, dass dies so beabsichtigt sei. Letztendlich sind aber noch viele Fragen zur EUTB offen – genauere Informationen und die weitere Entwicklung bleiben abzuwarten.

Allgemein wurde im Symposium diese Initiative als insgesamt positiv diskutiert und bewertet. Da macht der Gesetzgeber einen Schritt in die richtige Richtung – wenn auch nur einen recht kleinen Schritt.

Warum nicht größere Schritte machen, die auch jenseits einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung gemacht werden sollten? Einerseits würde man damit der Bedeutung und Wirksamkeit der selbsthilfegestützten Beratung (zum Beispiel geförderte Peer-Beratung im ambulanten/klinischen Setting) und den Konzepten von Empowerment und Recovery gerecht, andererseits sprechen doch die steigenden Fallzahlen, Arbeitsunfähigkeitszeiten und Verrentungen eine so deutliche Sprache, dass es scheint, als wäre das »politische Hörgerät« defekt.

Die Selbstvertretung der Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Besonderheiten wird sich fordernd partizipativ unermüdlich dafür einsetzen und dazu beitragen, im vertrauensvollen Tetralog innovative Veränderungen zu bewirken und durchzusetzen.

Literatur

Amering, M./Schmolke, M. (2012).: Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. 5. überarbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (2015): Trägerübergreifende Beratungs-standards – Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation. Zugang 30.05.2017: http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/HETBStandards.web.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (2012): Maßnahmen der Rehabilitationsträger zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung im Bereich Rehabilitation. Zugang 30.05.2017: http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/BARBroMassnahmeUN.web.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRB) (2013): Positionspapier der deutschen Rentenver-sicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbs-minderung. Zugang 30.05.2017: http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Geisler, C. (2011): Zur Bedeutung von Peer Counseling als professionelle Beratungsmethode in der Sozialen Arbeit. Bachelorarbeit, Hamburg. Zugang 30.05.2017: http://edoc.sub.unihamburg.de/haw/volltexte/2011/1182/pdf/WS.Soz.BA.AB11.2.pdf

Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008. BGBl. II, 35, 2008, 1419.

Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016. BGBl. I, 66, 2016, 3234.

Höflacher, R. (2017): Beteiligung am Beispiel Hometreatment; Kurzvorstellung des Bundesnetzwerkes Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) und des NetzG-Hometreatment-Papiers. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.): Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag. S. 135-138

Knuf, A./Osterfeld, M./Seibert, U. (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. überarbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag.

Knuf, A., (2013): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 4. korr. Auflage. Psychiatrie-Verlag.

Petzold, T. (2010): Praxisbuch Salutogenese: Warum Gesundheit ansteckend ist. Südwest Verlag

Quindel, R. (2004): Zwischen Empowerment und Sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Psychiatrie Verlag.

Rettweiler, F. (2017): Resilienz und Recovery – Etappen, Erfahrungen und Einsichten auf Wegen zu seelischer Gesundheit. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.): Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag. S. 297-305

Steinhart, I./Daum, M./Höptner, A. et.al. (2017): Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.): Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag. S. 243-267

Unterberger, C. (2009): Peer Counseling – Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung. Diplomarbeit, Wien. Zugang 30.05.2017: http://othes.univie.ac.at/4938/1/2009-04-13_0307801.pdf

Wagner, F.-J. (2017): Die Gesundungsphase – mein Recovery-Weg. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiss, Andreas Heinz (Hg.): Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag. S. 127-134

Wansing, G./Heimer, A., et.al. (2015): Evaluation von Peer Counseling Anlaufstellen und Beratungsangeboten im Rheinland – 1. Zwischenbericht. Universität Kassel/Prognos AG im Auftrag des Landschaftsverbands Rheinland (LVR). Berlin, Düsseldorf, Kassel. Zugang 30.05.2017: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/wohnen/dokumente_232/peer_counseling/150716_Zwischenbericht_1_PeerCounseling_final.pdf

Wansing, G./Heimer, A. et.al. (2016): Evaluation von Peer Counseling im Rheinland – Zweiter ausführlicher Zwischenbericht über das Modellprojekt des LVR. Universität Kassel/Prognos AG im Auftrag des Landschaftsverbands Rheinland (LVR). Berlin, Düsseldorf, Kassel. Zugang 30.05.2017: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/wohnen/dokumente_232/peer_counseling/14-1361_Anlage_2_Anlagen_zum_Zwischenbericht.pdf

Washington Institute for Mental Health Research & Training (2009/2012): Washington State Certified Peer Counselor Training Manual. Tacoma, WA, USA. Zugang 30.05.2017: https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/BHSIA/dbh/documents/WACertifiedPeerCounselorManualApr2012FINAL.pdf

Experten aus Erfahrung – Die neue Berufsgruppe in der psychiatrischen Landschaft

Sebastian Toutountzis

Als Gyöngyvér Sielaff, meine Ex-In-Ausbilderin mich gefragt hat, ob ich etwas zu meiner Arbeit als Genesungsbegleiter sagen möchte, musste ich nicht lange nachdenken. Gerne habe ich die Möglichkeit angenommen, etwas über meine Arbeit zu berichten.

Zunächst einmal kurz zu mir: Mein Name ist Sebastian Toutountzis, Ich habe selbst eine psychische Krise durchlebt und ich bin Mitarbeiter beim DRK ambulante – psychiatrische Hilfen in Hamburg.

Ich leite und moderiere dort (in allen vier Hamburger Begegnungsstätten) Recovery-Gruppen und biete eine Genesungsbegleiter-Sprechstunde an.

Worum geht es bei der Recovery-Gruppe?

Recovery steht für Gesundung, Genesung oder auch Wiedergenesung und genau darum geht es auch in der Recovery-Gruppe.

Es geht darum, was man selbst noch, zusätzlich zu der Betreuung, die man durch die ambulante Sozialpsychiatrie bekommt, für die psychische und seelische Gesundheit tun kann. Dafür setzen wir uns einmal die Woche zusammen und tauschen uns zu den verschiedenen recoveryorientierten Themen aus.

Es geht darum, einen festen Platz für einen gemeinsamen Austausch zu schaffen, an dem man miteinander diskutieren und voneinander lernen kann und man sich den Recovery-Gedanken mehr und mehr zu eigen machen kann.

Es ist im weitesten Sinn eine Selbsthilfegruppe und der Focus liegt darauf, was den Teilnehmern seelisch gut tut, was sie stark macht, was sie seelisch gesund macht und was sie gesund erhält.

Der Fokus liegt auf Genesung, nicht auf Krankheit, obwohl man das natürlich manchmal auch nicht trennen kann.

Ich selbst leite zu jedem Thema eine Eröffnung ein, erzähle mitunter auch aus meinen eigenen Leben und meinen eigenen Erfahrungen und beschränke mich dann aber größtenteils auf die Moderation.

Dies ist die eine Tätigkeit die ich als Genesungsbegleiter anbiete. Des Weiteren biete ich Genesungsbegleiter–Sprechstunden an. Hier kann man mit mir als ehemals selbst Betroffenen Gespräche auf Augenhöhe führen.

Was ich hierbei anbiete:

- Zuhören mit dem Hintergrund der eigenen Erfahrung
- die Erfahrung, selbst eine Krise durchlebt zu haben
- die Förderung der Heilungskräfte durch Erfahrungsaustausch
- Genesungs-Unterstützung – sowie Beistand in Krisensituationen

Was zeichnet meine Arbeit als Genesungsbegleiter aus?

Was alle Genesungsbegleiter auszeichnet: Die Erfahrung selbst eine psychische Krise erfahren und durchlebt zu haben.

Ich weiß, wie es sich anfühlt eine psychische Krise, eine existenzielle Krise über mehrere Jahre – mit diversen Rückschlägen – durchlebt zu haben. Ich weiß aber auch, wie es sich anfühlt, wieder zu genesen.

Und diese Krisen- und Genesungserfahrung schafft im Idealfall eine andere Vertrauensbasis zwischen dem Klienten und mir als Genesungsbegleiter, als es im Regelfall zwischen Klient und Fachperson stattfindet.

Ich habe eine Krise selbst erlebt, das heißt, ich trete nicht als Lehrer oder als Therapeut auf, sondern als ehemals Betroffener, der zu seinen Schwächen und Einschränkungen steht. Diese Beziehung ist im Idealfall dann wirklich eine Beziehung auf Augenhöhe – unter Betroffenen.

Des Weiteren zeichnet meine Arbeit etwas aus, was ich bedarfs- oder bedürfnisorientiertes Arbeiten nenne. Das bedeutet, ich führe die besten Gespräche mitunter auf dem Flur oder in der Raucherecke und gar nicht mal unbedingt nur in meinen Genesungsbegleiter-Sprechstunden.

Mitunter werde ich dort angesprochen oder ich sehe, dass es jemanden nicht gut geht und oft genügt die Aussage »Ihnen geht‘s heute nicht so gut« oder »Dir geht‘s heute nicht so gut« und sofort ändert sich die Körperhaltung desjenigen, er sieht, er merkt, er wird wahrgenommen, in dem was ihn oder sie bedrückt, in seinem Leid – jemand sieht, dass es mir nicht gut geht und hat ein paar warme Worte für mich.

Und damit einher geht der dritte Punkt, die für mich recht wichtige Frage: »Wo kann ich jetzt, in diesem Moment, in diesem Augenblick hilfreich sein?«

Was meine Arbeit als Genesungsbegleiter weiterhin auszeichnet, ist, dass ich keine Sozialberichte und keine Biografien lese und mich Diagnosen nur am Rande interessieren und ich auch nicht selbst dokumentiere. Das bedeutet, dass ich fast meine gesamte Zeit bis auf die Vorbereitungszeit für meine Recovery-Gruppen, in die Arbeit mit dem Klienten stecken kann.

Zeit heißt mein Zauberwort – auch wenn davon auch für mich fast immer zu wenig vorhanden ist.

Die wesentlichen Punkte seiner Lebensgeschichte, möchte ich viel lieber von dem Klienten/der Klientin selbst erzählt bekommen, ebenso wie die Krankengeschichte und mitunter erzähle ich dann, *wenn es passt und wenn es sich ergibt*, auch durchaus mal etwas von mir.

Ich dokumentiere also nicht, allerhöchstens mache ich mir für mich selber eine Gedächtnisstütze, indem ich mir Stichworte notiere, weil ich ja doch mit recht vielen Leuten in Kontakt trete.

Wichtig ist mir dabei außerdem, zeitnah verfügbar zu sein. Das ist im Regelfall, wenn ich vor Ort bin, auch immer der Fall. Da verweise ich also nicht auf die nächste Genesungsbegleiter-Sprechstunde, sondern dann nehme ich mir als Genesungsbegleiter die Zeit, wenn das Bedürfnis nach einem Gespräch da ist.

Meine Arbeit zeichnet aus: Authentizität als Betroffener und die damit verbundene Glaubwürdigkeit, die ich als Betroffener gegenüber anderen Betroffenen ausstrahle.

Welche neuen Akzente bringe Ich bzw. die Genesungsbegleitung in die Arbeit??

Begleiten statt Behandeln

Das bedeutet, für mich ist die Beziehung zum Betroffenen wichtiger als die Methode. Profis sollen helfen/verändern, haben einen Auftrag im Sinne der Rückführung zu gesellschaftlichen Normen von Gesundheit, Glück, Stabilität etc. Als Genesungsbegleiter spiegel ich diese Norm in meiner Haltung und meiner privaten Lebensgestaltung NICHT. Wenn doch, bin ich nur ein schlecht ausgebildeter Profiersatz und verliere genau den Glaubwürdigkeitsvorsprung, den die eigene Betroffenheit mir verleiht.

Im Gegensatz zu den Experten durch Ausbildung bin ich als Genesungsbegleiter Experte aus Erfahrung, aus Krisen- und Genesungserfahrung und erfahren MIT Methoden und Ansätzen des Hilfesystems. Darüber gehe ich mit meinem Gegenüber in den Austausch. Aber ich wende diese Methoden nicht selbst an, mache mich nicht selbst zum Behandler.

Damit würde meiner solidarischen Beziehung mit dem Betroffenen ein, durch die von der Methode vorgegebenes Ziel innewohnen, die mein Gegenüber objektiviert und unsere Beziehung funktionalisiert.

Objektiviert deshalb, weil ich ihn zum Fall mache, auf den diese Methode passt. Funktionalisiert deshalb, weil meine Beziehung zu meinem Gegenüber ein Ziel außerhalb der Beziehung selbst hat.

Das wäre genau das Beziehungsmuster aus der professionalisierten Psychiatrie, gegen das wir Betroffene uns doch immer stemmen.

Natürlich können Methoden helfen. Mir selbst haben schon viele funktionalisierte Beziehungen durch Profis geholfen. Deshalb schätze ich meine Fachkollegen. Aber als Genesungsbegleiter bilde ich mich in Profi-Methoden nur fort um ÜBER sie zu berichten. Um sie aus Betroffenen-Perspektive zu hinterfragen (bei Profis wie Betroffenen) oder sie besser erklären zu können. Wer als Genesungsbegleiter selbst Profi-Methodik anwendet, ist meiner Meinung nach in dem Moment der Behandlung nicht mehr als Genesungsbegleiter tätig, sondern als Fachkraftersatz.

Ein weiterer Punkt den ich als neuen Akzent mit in die Arbeit bringe, ist ein tief verwurzeltes salutogenetisches Denken, ein Denken, dass auf die gesunden Anteile der Betroffenen hin ausgerichtet ist und das praktisch eine Änderung der Sichtweise um 180° darstellt.

Vom Manko zum Qualitätszeichen sozusagen. Ist z.B. eine gesteigerte Sensibilität oder Vulnerabilität, die einen in eine psychische Krise bringt, nur eine Schwäche oder nicht eine Stärke?

Ich sehe sie durchaus auch als eine Stärke an. Und das versuche ich den Betroffenen auch zu vermitteln – auch um sie damit aus den Fängen der Selbststigmatisierung zu befreien.

Als Genesungsbegleiter sehe mich auch als Brückenbauer zwischen Klient und Fachpersonen.

Ich vermittle, ich dolmetsche, ich halte Fürsprache, wenn der Klient nicht in der Lage ist, sein Anliegen angemessen anzubringen und der Betroffene dies von mir wünscht und mir ein Mandat dafür gibt.

Ich versuche dabei zu helfen, die Krise/Erkrankung für die Betroffenen nachvollziehbar zu machen, dazu zu animieren, zu verstehen, wie es zu der Krise kam. Viel zu oft werden die sozialen, soziologischen Umstände einer Krise nicht genug gewürdigt und alles viel zu sehr vom biologisch- medizinischen Standpunkt aus betrachtet.

Ich biete den Klienten Solidarität auch außerhalb des Hilfesystems. Z. B. beim Stärken eigener Entscheidungen – auch gegen das Hilfesystem, wenn es für mich nachvollziehbar ist.

Ich versuche den Betroffenen Recovery und Empowerment (Wissen) zu vermitteln und möglichst auch vorzuleben. Und ich animiere sie dazu, selbst

zum Experten ihrer eigenen Krankheit zu werden, um über ihren Genesungsverlauf mitentscheiden zu können. Ich vermittle Ihnen, dass HOFFNUNG SINN MACHT und diese drei Worte auch die Grundsäulen von Recovery darstellen und das es ein Licht am Ende des Tunnels geben kann.

Ist die Arbeit als Genesungsbegleiter Beruf oder Berufung. Wo sind die Schattenseiten, wo der Gewinn?

Man sollte gewiss niemanden in die Arbeit als Genesungsbegleiter drängen. Ich denke, sich dazu berufen zu fühlen, ist die Grundlage diese Tätigkeit als Beruf ausführen zu können.

Wo sind die Schattenseiten?

- Immer noch … Stigmatisierung, Ablehnung und Skepsis von Seiten mancher Fachpersonen.
- Man ist in diesem Beruf nicht Fisch, nicht Fleisch, kein Behandler, kein akut Betroffener mehr, sondern irgendwas dazwischen, das macht es mitunter schwer, seine Stellung im Team zu finden und sich zu positionieren.

Es gibt noch keine berufliche Anerkennung und keine einheitliche tarifliche Bezahlung.

Der Gewinn ist sehr vielfältig:

- Anerkennung, Dankbarkeit von Seiten der Klienten und auch von manchen Fachpersonen.
- Selbsthilfe vor Ort, es gibt eine direkte Möglichkeit der Kommunikation unter Betroffenen und das ist offensichtlich eine Notwendigkeit, das sieht man ja an den vielen Selbsthilfegruppen, die es gibt.
- Ansätze von Hoffnung auf einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie.

EX-IN Genesungsbegleiter und Unabhängige Teilhabeberatung

Dietmar Geissler

Was ist das Bundesteilhabegesetz?

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden im neuen § 32 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) die gesetzlichen Voraussetzungen für ein unentgeltliches, allen Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihren Angehörigen offenstehendes und Orientierung gebendes Angebot zur Beratung über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe geschaffen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat am 30.05.2017 im Amtlichen Teil des Bundesanzeigers die Förderrichtlinie zur Durchführung der »Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung« veröffentlicht.

Gefördert werden niedrigschwellige Beratungsangebote zur Stärkung der Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen. Zuwendungsfähig sind insbesondere Personal- und Verwaltungsausgaben. Antragsberechtigt sind juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts mit Sitz in Deutschland. »Nichts über uns ohne uns« – dieser im Koalitionsvertrag niedergeschriebene Grundsatz war für das BMAS von Anfang an handlungsweisend. Bereits bei der Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes wurden die betroffenen Menschen und ihre Verbände bei den Reformüberlegungen einbezogen. Im Laufe des folgenden Gesetzgebungsverfahrens zog sich der Beteiligungsprozess fort. Sie wurden auf unterschiedliche Weise im gesamten Verfahren zum BTHG beteiligt. Auch nach Inkrafttreten des BTHG hält das BMAS weiterhin an diesem Grundsatz fest und stellt mit einem breiten Beteiligungskonzept sicher, dass die betroffenen Menschen und ihre Verbände an dem nun stattfindenden Umsetzungsprozess des BTHG umfassend beteiligt werden.

Die EX-IN Genesungsbegleiter Qualifizierung

EX-IN, eine Abkürzung für Experienced-Involvement (auf Deutsch: Einbeziehung von Erfahrenen), war ein europäisches Projekt mit VertreterInnen aus psychiatrischen Einrichtungen, Ausbildungsinstituten, Universitäten und Betroffenenorganisationen aus sechs Ländern.

Aus der internationalen Zusammenarbeit ist die EX-IN Ausbildung entstanden.

2005 starteten die ersten Pilotkurse in Hamburg und Bremen. An mehr als 35 Orten wird heute in Deutschland die Ausbildung angeboten, weitere Kurse laufen in Polen, Österreich und der Schweiz. Um die inhaltliche Arbeit der Ausbildungsleitung zu sichern, wurde ein »Train the Trainers« Curriculum für die Ausbilderteams entwickelt. Seit 2008 werden die Trainerkurse in Deutschland jährlich angeboten.

Um einen strukturellen Rahmen und Standards für die Ausbildung und für die Ausbildungsträger festzulegen und zu sichern, wurde 2011 der Dachverband »EX-IN Deutschland« gegründet. Über ihn wurden verbindliche Qualitätsstandards für Kurse festgelegt, die sich EX-IN nennen dürfen.

Struktur der EX-IN Ausbildung

Die EX-IN Ausbildung steht grundsätzlich allen Menschen, die eine schwere psychische Krise durchlebt haben, offen. Die Teilnehmer sollten Erfahrungen in der Selbsthilfe und/oder mit Trialog-Seminaren haben und krisenfrei sein.

Die EX-IN Ausbildung wird von einem Team geleitet, in der Regel eine psychiatrischer Fachkraft und einer psychiatrie-erfahrenen Person, die einen EX-IN Kurs absolviert hat. Beide müssen den EX-IN Trainerkurs erfolgreich abgeschlossen haben.

Der EX-IN Kurs umfasst ca. 350 Stunden, die sich in Basis- und Aufbaumodule gliedern. Die EX-IN Ausbildung soll Psychiatrie-Erfahrenen die Gelegenheit bieten, die eigene Erfahrung zu reflektieren und sich Methoden- und Hintergrundwissen anzueignen, um als Genesungsbegleiter in psychiatrischen Diensten oder Peerberater zu arbeiten.

Die Themen gehen von »Gesundheitsfördernde Haltungen« und »Empowerment« über »Fürsprache« bis hin zu »Beraten und Begleiten« und »Krisenintervention«.

Zusätzlich werden zwei Praktika erbracht.

Ausbildungsbegleitend erstellen die TeilnehmerInnen ein Portfolio, eine Sammlung von Spuren in der eigenen Lebensgeschichte, von Qualitäten, Erfahrungen und Planungen, die dazu dient, sich der eigenen Möglichkeiten, Stärken und Ziele bewusst zu werden.

Im Mittelpunkt der EX-IN Ausbildung steht die Entwicklung von Erfahrungswissen. Basis dafür ist, dass die TeilnehmerInnen ihre Erfahrungen mit psychischen Krisen reflektieren und strukturieren. Sie entwickeln ein Bewusstsein dafür, wie sie sich ihre seelische Erschütterung erklären, wie

sie diese in ihre Lebensgeschichte einordnen, welchen Sinn sie darin erkennen und welche Bedingungen und Strategien dabei helfen, Anforderungen und Krisen zu bewältigen. Das persönliche Erfahrungswissen wird durch die Reflektion mit den anderen KursteilnehmerInnen zu einem gemeinsamen, geteilten Erfahrungswissen. Es werden gemeinsame Standpunkte und gemeinsame Perspektiven dazu entwickelt, was hilfreiche Haltungen und Strukturen für Menschen in psychischen Krisen sind. Daher bietet die Ausbildung den Teilnehmern vielfältige Möglichkeiten, ihre Erfahrungen auszutauschen, um ein »WIR-Wissen« zu entwickeln.

Neben dem Wir-Wissen wird in der EX-IN Ausbildung auch die Anwendung von Methoden und die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert, die nicht unbedingt ein Bestandteil des Erfahrungswissens sind. Hierzu gehören rechtliche Grundlagen in der psychiatrischen Arbeit, Kenntnisse des Versorgungssystems, Methoden der Fürsprache, Beratung und Begleitung, Peer-Counselling, Verhandlungsstrategien und Krieseninterventi on.

Die Auseinandersetzung mit Theorien und Methoden soll dazu beitragen, dass die TeilnehmerInnen in der Lage sind, für Beratung und Genesungsbegleitung eine Praxis zu entwickeln, die sowohl professionell als auch erfahrungsorientiert ist.

EX-IN Deutschland e. V. ist maßgeblich an der bundesweiten Implementierung von Peers in der Versorgungslandschaft beteiligt.

Unter dem EX-IN Label hat die Recovery Bewegung in Deutschland besonderen Aufschwung erhalten.

Der Verein ist trialogisch aufgestellt. Angebote für Angehörige wurden entwickelt und durchgeführt. Evaluation und Forschung ist ein zusätzlicher Arbeitsbereich. Wir sind bei der Weiterentwicklung der S3 Leitlinien beteiligt. Wir sind Mitglied im »Trialogischen Forum« der DGPPN und in weiteren Fachausschüssen auf Bundes- und Landesebene organisiert. Um EX-IN bundesweit anbieten zu können und Kurse zu realisieren, die die Besonderheiten der Regionen berücksichtigen, bieten wir einen Kurs zur Ausbildung von Ausbildern an. Darüber hinaus haben wir auf Länderebene regionale Strukturen installiert.

Der Verein bildet seit über zehn Jahren Menschen mit Psychiatrieerfahrung als Betroffene zu Genesungsbegleitern und Peerberatern aus. Das Konzept ist umfassend. Neben der Aufarbeitung der eigenen Erfahrung wird umfangreiches Fachwissen vermittelt. Dabei finden ganzheitliche Ansätze besondere Bedeutung. Es wird Wert auf ein Assessment gelegt, das den

Menschen in seiner Ganzheit erfasst. Der Fokus liegt auf den Erfahrungen und Wünschen der zu Beratenden. Erfahrungsgemäß benötigen Klienten oftmals Unterstützung zur Bewusstwerdung der eigenen Bedürfnisse. Die EX-IN Genesungsbegleiter bekommen während der Ausbildung ausreichend Handwerkszeug, um dem gerecht zu werden. In Rollenspielen werden Beratungsangebote geübt und supervidiert.

Genesungsbegleiter als Teilhabeberater

Umfragen bei den Mitgliedern, den Landessprechern sowie auf der Fachtagung der APK zum Thema Teilhabeberater haben deutlich gezeigt, dass sowohl Peers/Genesungsbegleiter als auch TrainerInnen starkes Interesse haben, das Projekt umzusetzen und als TeilhabeberaterIn tätig zu werden. Das vorhandene Netzwerk kann regional genutzt werden. Diese regionale Kompetenz und Kenntnis vorhandener Strukturen verbunden mit dem Erfahrungswissen im Bereich der Peer Beratung bilden eine gute Grundlage für den Einstieg in dieses Tätigkeitsfeld. Über unsere Geschäftsstelle wickeln wir die Personal- und Mitgliederverwaltung, die Organisation der Veranstaltungen sowie die Qualitätssicherung und Evaluation der laufenden Kurse ab.

Wohnen in der sozialen Stadt

Barbara Hendricks

Sehr geehrte Regina Schmidt-Zadel, Sehr geehrter Herr Prof. Jörg Fegert, sehr geehrter Franz-Josef Wagnersehr geehrte Abgeordnete und sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Mieten in vielen Städten steigen, und zwar teilweise sehr stark steigen, dann wissen wir alle, wer darunter als erstes zu leiden hat. Es sind die Einkommensschwachen in der Gesellschaft, die bei den Preissteigerungen nicht mehr mithalten können. Und dazu gehören häufig auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, weshalb ich es sehr gut finde, dass Sie dieses Thema behandeln – und ich als Bauministerin zu Ihnen sprechen darf. In diesem Sinne: Herzlichen Dank für die Einladung!

Für Menschen, die nur über ein geringeres Einkommen verfügen – aus welchen Gründen auch immer – ist es oft deutlich schwieriger, eine Wohnung zu finden. Vom Robert-Koch-Institut wissen wir, dass zwischen Gesundheit und Einkommen ein Zusammenhang besteht und dass psychische Erkrankungen und Armut besonders häufig zusammenfallen.

Das gleiche gilt für den Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit, was wiederum zu Armut führen kann. Im Fünften Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung von April 2017 heißt es: »Von psychischen Erkrankungen im mittleren Lebensalter geht insofern ein erhöhtes Armutsrisiko aus, das bis ins Alter hinein Folgen haben kann«.

Mir ist dabei bewusst, dass für Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Wohnungssuche nicht nur aus finanziellen Gründen erschwert ist. Natürlich kann man sich in Zeiten besonderer psychischer Belastung in der Konkurrenz mit anderen Wohnungssuchenden auch nicht so gut durchsetzen, wie es leider manchmal nötig ist. Gleichzeitig ist Wohnungslosigkeit besonders problematisch, wenn man ohnehin schon stark psychisch belastet ist. Besonders problematisch ist es, wenn Menschen mit psychischer Erkrankung nicht aus einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen werden können oder nicht aus einem Wohnheim für behinderte Menschen ausziehen können, weil sie keine Wohnung finden. Auf dieses Problem hat uns das bundesweite Netzwerk Seelische Gesundheit (NetzG) hingewiesen, das hier Mitveranstalter ist. Ich verstehe das Problem und bin deshalb gerne Ihrer Einladung gefolgt. Denn mit dieser Situation dürfen wir uns nicht abfinden.

Im Hochpreissegment brauchen wir als Staat im Prinzip überhaupt nicht einzugreifen. Da gibt es zahlungskräftige Leute, die kaufen oder mieten, und die stehen bei der Bauwirtschaft ganz oben im Auftragsbuch – das läuft alles wie geschnitten Brot. Das Problem entsteht bei denjenigen, die mit jedem Euro haushalten müssen und die deshalb auf bezahlbaren Wohnraum angewiesen sind. In den vergangenen Jahren hat sich die Mietpreisspirale kräftig gedreht. In der Folge gibt es immer mehr Menschen, die befürchten, aus ihren Vierteln verdrängt zu werden oder die bei nötigen Wohnungswechseln keine Chance auf Verbleib im angestammten Viertel haben.

Bevor ich auf die Besonderheiten von psychisch Erkrankten eingehe, will ich zunächst einige grundsätzliche Worte zur Situation auf dem Wohnungsmarkt sagen: Es gibt sicher mehrere Gründe, warum sich Wohnraum in den letzten Jahren deutlich verteuert hat. Aber der Hauptgrund ist: Wohnraum in Deutschland wird immer teurer, weil es schlicht zu wenige Wohnungen gibt. Das gilt zumindest für viele Städte und sogenannte Wachstumsregionen. Wohnungsneubau ist deshalb das wichtigste Mittel gegen steigende Mieten und Wohnungsknappheit. Heute rächt es sich, dass der soziale Wohnungsbau in vielen Regionen jahrelang im Tiefschlaf lag. Aber nicht nur der soziale Wohnungsbau.

Es ist noch nicht lange her, da haben die Experten gesagt: Deutschland ist im Großen und Ganzen fertig gebaut. Wir brauchen in den Städten an der einen oder anderen Stelle nochmal ein Wohnhaus oder ein Bürogebäude. Das war es dann aber auch. Diese Einschätzung war – das wissen wir heute – ein Trugschluss und hat teils zu gravierenden Fehlentwicklungen auf den Wohnungsmärkten in Deutschland geführt.

Als Bauministerin habe ich das Thema zu meinem Amtsantritt im Jahr 2013 wieder ganz oben auf die Agenda gesetzt. Das war im Übrigen lange vor der Zuwanderung von Geflüchteten.

Was hat zu den Fehlannahmen in der Vergangenheit geführt? Heute wissen wir, dass in erster Line die Binnenwanderung unterschätzt wurde, ebenso die Folgen der Alterung unserer Gesellschaft auf die individuellen Wohnbedürfnisse. Aber jetzt kommen selbstverständlich auch die Geflüchteten mit Bleiberecht hinzu, die in den nächsten Jahren eine Wohnung auf dem regulären Wohnungsmarkt suchen werden.

In meinen Augen macht es ohnehin keinen Unterschied, ob jemand Unterstützung braucht, weil er aus einem anderen Land kommt oder ob er Unterstützung braucht, weil sein Leben hier nicht nach Plan läuft, weil er psychisch erkrankt ist oder weil schlichtweg das Geld fehlt. In allen Fällen

brauchen Menschen eine helfende Hand, ein soziales Netz, einen solidarischen und handlungsfähigen Staat.

Als Bund haben wir in dieser Legislaturperiode die Mittel der sozialen Wohnraumförderung verdreifacht, in 2017 und 2018 auf 1,5 Mrd. Euro. Wir haben das Wohngeld erhöht, wovon über 660.000 Haushalte profitieren. Wir haben die Mietpreisbremse geschaffen – die zugegebenermaßen weiter geschärft werden muss. Und wir haben das Bestellerprinzip bei der Maklercourtage eingeführt.

Mittlerweile sind wir auf einem ganz guten Weg, auch wenn wir unsere Ziele noch nicht erreicht haben: Im vergangenen Jahr wurden rund 25.000 Sozialwohnungen neu gebaut. Das sind 10.000 Wohnungen mehr als 2015 und ein Plus von fast 70 Prozent. Insgesamt werden in dieser Legislaturperiode voraussichtlich eine Million neue Wohnungen gebaut – sie ist ja noch nicht ganz vorbei. Da ich fest davon überzeugt bin, dass die Summe aller Wohnungen noch nicht die ganze Stadt ist, haben wir den Blick auch verstärkt auf das Wohnumfeld gerichtet. Aus diesem Grund haben wir die Mittel für die Städtebauförderung stark angehoben, die unter der letzten Bundesregierung noch zusammengestrichen worden waren.

Und damit komme ich zu einem Aspekt, der für Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherlich im Besonderen zutrifft: Wir brauchen Strukturen, auf die sich die Menschen im Alltag verlassen können. Wir müssen den sozialen Zusammenhalt im Alltag stärken. Das gilt zum Beispiel für soziale Netzwerke, intakte Nachbarschaften und Hilfsangebote. Das alles schafft ein Stück verlässliche Heimat in einer komplizierten Welt. Das können zum Beispiel Nachbarschaftstreffs, Bürgerhäuser und Stadtteilbibliotheken, natürlich aber auch attraktive Quartiersplätze und Stadtteilparks sein.

Hierbei unterstützen wir die Kommunen vor allem mit insgesamt 790 Mio. Euro Städtebaufördermitteln. Das ist Rekordniveau! Allein für die »Soziale Stadt« stellt der Bund in diesem Jahr 190 Mio. Euro zur Verfügung. Damit investieren wir in Nachbarschaften und ein gutes und soziales Miteinander im Quartier.

Ich denke, die eigene Wohnung ist für uns alle ein notwendiger Rückzugsort. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen hat sie darüber hinaus eine wichtige Funktion für die seelische Stabilität. Das gilt wie gesagt nicht nur für die Wohnung selbst, sondern auch für das Quartier, in dem sie sich befindet. Es gibt bereits, wie Sie wissen, gute Ansätze, wie etwa die sogenannten geschützten Marktsegmente oder Wohngemeinschaften speziell für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Zumeist erfolgt der Zugang

zu diesem Wohnraum über Träger der Eingliederungshilfe oder freie Träger, die Wohnungen anmieten und sie dann als Einzel- oder Gruppenwohnungen Betroffenen zur Verfügung stellen. Verbunden ist damit häufig eine mehr oder weniger intensive Betreuung, die den Bewohnern ein soweit wie möglich selbständiges Leben außerhalb von Institutionen ermöglicht. Das funktioniert dann, wenn es im Wohnumfeld gute Begegnungsorte gibt, an denen sich Menschen kennenlernen, sich treffen, miteinander sprechen, Freundschaften schließen können – Orte für alle Bewohnerinnen und Bewohner, egal welchen Alters, ob gesund oder krank. In diese sozialen Infrastrukturen haben wir massiv investiert, weil wir damit ganze Kieze und Quartiere stabilisieren können und gleichzeitig die einzelnen Betroffenen stärken und unterstützen.

Ein weiterer Aspekt, den wir bei all dem nicht außer Acht lassen dürfen, ist der demografische Wandel. In 15 Jahren wird voraussichtlich ein Viertel des gesamten Wohnungsbestandes von Menschen über 70 Jahren bewohnt sein, die sich zumeist ein selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung bis ins hohe Alter wünschen.

Die Aktion Psychisch Kranke und Sie, Frau Schmidt-Zadel, haben sich ja besonders dafür eingesetzt, dass auch Menschen mit Demenz in der eigenen vertrauten Wohnung verbleiben können. In der »Allianz für Menschen mit Demenz« arbeiten die Aktion Psychisch Kranke und das BMUB gemeinsam in einer Arbeitsgruppe mit. Mein Ministerium hat zusammen mit der KfW seit dem Jahr 2009 den altersgerechten Umbau von rund 360.000 Wohnungen gefördert. Wenn man sich allerdings den prognostizierten Bedarf von 2,9 Mio. barrierefreien und barrierearmen Wohnungen bis 2030 ansieht, wird deutlich, dass wir noch einen langen Weg vor uns haben.

Eine der wichtigsten Maßnahmen meines Hauses in dieser Wahlperiode im Bau- und Stadtentwicklungsbereich war deshalb ganz sicher die Wiedereinführung des KfW-Zuschussprogramms »Altersgerecht Umbauen« im Jahr 2014. Private Eigentümer und Mieter können im Rahmen des Programms – unabhängig von Einkommen und Alter – Zuschüsse beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und bauliche Maßnahmen zur Einbruchsicherung vorzunehmen.

Insbesondere selbst nutzende Eigentümer, die altersbedingt keine Darlehen mehr erhalten oder keine neuen Schulden mehr aufnehmen möchten, können von der Zuschussförderung profitieren.

Ich halte es für sehr wichtig, dass wir uns in Veranstaltungen wie der heutigen, auch mit Bevölkerungsgruppen befassen, die nicht so häufig im Fokus stehen, deren Bedürfnissen aber genauso Rechnung getragen werden

muss. Bitte machen Sie weiter damit, diesen Menschen eine Stimme zu geben. Mir liegt sehr daran, dass auch Ihre Belange in die Baupolitik einfließen. Ich bin froh, dass wir in dieser Legislatur deutlich besser als zuvor sowohl den Wohnungsneubau als auch die Gestaltung des Wohnumfelds fördern konnten.

Aber die Wohnungsnot ist in vielen Gebieten noch viel zu hoch. Ich komme noch einmal auf den Armuts- und Reichtumsbericht zurück, den wir im letzten Monat beschlossen haben. Darin heißt es: »Ein Dach über dem Kopf, das Schutz, Wärme und Raum für eine gute Lebenssituation bietet, ist ein menschliches Grundbedürfnis. Um auch für Ältere und Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe sicherzustellen ist zudem von Bedeutung, dass diese sich in der Wohnung und im Wohnumfeld barrierefrei oder zumindest barrierearm bewegen können.«

Hier ist es ebenso wichtig, barrierefrei nicht nur als »rollstuhlgerecht« zu begreifen, sondern ebenso barrierefrei für Hör- und Sehgeschädigte oder eben für psychisch Erkrankte. Solange dies nicht erreicht ist, dürfen wir nicht ruhen. Wir müssen in der nächsten Legislatur unvermindert fördern, damit die Wohnungs-Knappheit beseitigt wird. Und wir müssen besonders überlegen, wie wir sicherstellen können, dass Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Menschen Zugang zu eigenem Wohnraum finden.

Deutschland hat das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen unterzeichnet. Darin wird festgelegt, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben sollen, ihren Aufenthaltsort frei zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben (Art. 29 UN BRK).

Konkret wird uns auferlegt, »Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Programmen des sozialen Wohnungsbaus zu sichern« (Art. 28d UN BRK). Dem fühlen wir uns – dem fühle ich mich als Bundesbauministerin – in besonderer Weise verpflichtet. Und ich freue mich über Ihre Unterstützung, wenn wir die Frage klären, wodurch sich ›barrierefreier Wohnraum‹ für Menschen mit seelischen Behinderungen auszeichnet.

Wir werden prüfen, wie die Rahmenbedingungen für die Schaffung von bezahlbarem und geeignetem Wohnraum weiter verbessert werden können und wie wir dabei auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen achten können.

Ich freue mich daher auf den weiteren Austausch mit Ihnen.

Herzlichen Dank.

Wohnen in eigener Wohnung

Rainer Schaff

Ich möchte Ihnen aus meiner Sicht skizzieren, warum das Thema Wohnen so bedeutsam ist und warum das eigenverantwortliche Wohnen für uns Psychiatrie-Erfahrene oft so schwer erreichbar ist.

I. Die Bedeutung des Wohnens

Wohnen, was heißt das?

Ist das bloß das Dach über dem Kopf?

Wohnen von althochdeutsch »wonen« (ohne h), bedeutet laut Wikipedia: seinen ständigen Aufenthalt haben, zufrieden sein, die Wohnung sollte als Ort der Geborgenheit, der Zugehörigkeit und der Verwurzelung dienen. In meiner eigenen Wohnung kann ich mich zurückziehen, Abstand zu draußen gewinnen, erholen und auftanken. Hier pflege ich meine sozialen Beziehungen und Freundschaften. Hier ist der intime Mittelpunkt meiner Partnerschaft, Familie und von mir selbst. Hier hat meine Selbstbestimmung und Selbstentfaltung ihr zu Hause.

In einem Zuhause wohnen ist ein bedeutendes und weitreichendes menschliches Grundbedürfnis, bedeutet Schutz, Geborgenheit und Sicherheit

II. Warum ist das Wohnen jetzt aktuell für uns überhaupt ein Thema?

Oberflächlich betrachtet könnte man sagen, die meisten Psychiatrie-Erfahrenen leben ja in irgendeiner Form in einer Wohnung und damit wird dieses Grundbedürfnis in Deutschland doch ganz gut gedeckt.

Meine Beobachtung ist eine andere:

Menschen mit psychischen Besonderheiten sind im Vergleich zur Restbevölkerung beim Thema Wohnen in der eigenen Wohnung benachteiligt, müssen sehr viel häufiger in schwierigen Wohnverhältnissen leben und sind häufiger von Wohnungsverlust bedroht oder bereits wohnungslos.

Wohnungslose Menschen:

Statistisch gesehen lebten 2014 335.000 Menschen in Deutschland ohne eigene Wohnung. Die Prognose bis 2018: bis zu 536.000 wohnungslose Menschen in Deutschland. Man geht davon aus, dass jede zweite bis dritte Person davon behandlungsbedürftig psychisch und/oder suchterkrankt ist.

Die Zahl der bedrohten Wohnverhältnisse steigt ebenfalls deutlich an.

Ursachen für die steigende Zahl der Wohnungslosen:

Migration (Völkerwanderung durch Hunger, Krieg), Wohnungsmangel, hohe Mieten, Armut, psychische und/oder Suchterkrankung einhergehend mit sozialpolitischen Fehlentscheidungen.

Menschen mit psychischen Auffälligkeiten in professionell geleiteten Wohnformen:

Trotz intensiver Internetrecherche ist es mir nicht gelungen, verlässliche Zahlen zu dem Thema zu finden, wie viele Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland in betreuten Wohngemeinschaften, in vom Träger angemieteten einzelbetreuten Wohnverhältnissen oder in Langzeiteinrichtungen/Heimen leben .

Wie viele dieser Menschen im jeweiligen Wohnumfeld das Wohnen in einer eigenen Wohnung anstreben würden, wenn Sie denn könnten, ist mir auch nicht bekannt. Ich ahne nur, es müssen viele Tausende sein.

III. Derzeitige Ausgangssituation:

Seit 2002 gibt es eine Million Sozialwohnungen weniger. Dazu kommt:

1. Die Kommunen, die Länder und der Bund verkauf(t)en ihre eigenen Wohnungsbestände meistbietend an private Investoren und haben sich so selbst geeigneter Reserven preiswerten Wohnraums beraubt. Große Wohnungsbestände in attraktiven Lagen stehen wegen Modernisierung den Mieterhaushalten mit geringem Einkommen nicht mehr zur Verfügung.
2. Es fehlen mindestens 2,7 Millionen Kleinwohnungen. Dieser Wohnungsmangel, insbesondere bei den kleinen Ein- bis Dreizimmerwohnungen, hat zu einem extremen Anziehen der Mietpreise, insbesondere in den Ballungsgebieten geführt. Der besonders großen Nachfragegruppe der Einpersonenhaushalte (16,4 Millionen Menschen) steht nur ein Angebot von 13,6 Millionen Ein- bis Dreizimmerwohnungen gegenüber.

3. Weil ich als Betroffener im Konkurrenzkampf am Wohnungsmarkt aufgrund meiner Einschränkungen, persönlich und finanziell, nicht erfolgreich mitmischen kann, bekomme ich als Psychiatrie-Erfahrener – wenn überhaupt – oft was übrig bleibt, auch schlechte Wohnungen in unzureichenden, entlegenen Umgebungen oder Ghettos.
4. Das Thema Wohnung und Existenz (Armut, Überschuldung) ist in vielen Fällen in der psychiatrischen Beratung und Versorgung kein Thema. Betroffene selbst sprechen aufgrund eines verständlichen Schamgefühls nicht über ihre finanzielle Situation. Der drohende Wohnungsverlust könnte bei regelhafter Thematisierung seitens professioneller, psychiatrischer Beratungsstellen oftmals vermieden werden.
   Koppelung von Wohn- und Versorgungsleistung:
5. Oft entsprechen die Wohn- und Betreuungsformen, in denen Psychiatrie-Erfahrene leben müssen nicht den eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen.
6. So habe ich z. B. in einer Wohngemeinschaft im ambulant betreuten Wohnen gelebt und einen Untermietvertrag mit einem Leistungsanbieter, der quasi Monopolist mit seinem Angebot in der Region war, abschließen müssen.
   Der Mietvertrag sah eine Koppelung von Miet- und Betreuungsleistungen vor. Also musste ich Betreuungsleistungen annehmen, als Voraussetzung für meinen Einzug und Verbleib in der Wohngemeinschaft, quasi als Komplexleistung. Das ist auch heute noch gängige Praxis, obwohl durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) Verträge über die Erbringung von Komplexleistungen in Frage gestellt sind. Wenn ich die Betreuungsleistungen nicht mehr will oder brauche, dann muss ich ausziehen.
   Doch wohin, wenn es kein Wohnungsangebot gibt?
   Da bleibt dann nicht mehr viel vom Gefühl der Geborgenheit usw. in den vertrauten vier Wänden. Ich muss »krank« und »unselbständig« bleiben, damit ich weiterwohnen darf. Ich muss die »Zwangsbeheimatung« hinnehmen, obwohl ich doch den Schritt in mehr Selbstverantwortung und Selbständigkeit gehen könnte.

Perspektive Bundesteilhabegesetz

1. Mit dem Bundesteilhabegesetz wird die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem der Sozialhilfe herausgeführt und soll dadurch mehr individuelle Selbstbestimmung ermöglichen. Daher sollen die Fachleis-

tungen der Eingliederungshilfe zukünftig klar von den Leistungen zum Lebensunterhalt getrennt und finanziert werden. Das wäre ein kompletter Systemwechsel.
Denn bis heute sind die Leistungen ganz oder teilweise von der Wohnform (z. B. Wohnung, Wohngemeinschaft oder Einrichtung) abhängig und es muss ein sehr großen Teil des Einkommens und Vermögens von der Person selbst, sowie von dessen (Ehe-) Partner eingesetzt werden. Bis auf ein Schonvermögen von bisher 2.600€, jetzt 5000€. Dadurch kam und kommt es zu einer Entreicherung und einem Abhängigkeitsverhältnis:
Kein Geld – keine Sicherheit – keine eigene Wohnung – keine Selbständigkeit – keine Perspektive – absolute Anpassung an Fremdregeln – Hospitalisierung: *Die Möglichkeit, einen Mietvertrag mit Betreuungsleistungen zu koppeln, wird derzeit durch das BTHG nicht eingeschränkt. Es bleibt der Praxis überlassen, wie mit bestehenden Wohn- und Betreuungsverträgen umgegangen wird.* Frühestens 2022 ist mit einer Änderung dieser Praxis zu rechnen. Zu befürchten ist, dass diese Änderung in der Praxis erst eintritt, wenn betroffene Psychiatrie-Erfahrene ihr Recht auf eine Entkoppelung von Miet- und Betreuungsvertrag einklagen …

2. Wenn ich das Glück habe, eine eigene Wohnung zu finden, dann ist diese oft nicht barrierefrei:
Was heißt denn »barrierefrei« für uns Psychiatrie-Erfahrene?
Es ist nicht ganz so einfach, die Entwicklung und Realisierung von Barrierefreiheit und Inklusion in der Praxis im wirklichen Leben des psychisch kranken oder behinderten Betroffenen, zu definieren.

Im Vergleich ist die Inklusion von Menschen mit einer körperlichen Behinderung in den letzten Jahrzehnten deutlicher sichtbar geworden – zum Beispiel gehören Rollstuhlfahrer in der Öffentlichkeit zum selbstverständlichen Straßenbild. Ermöglicht wurde dies durch die rollstuhlfahrergerechte Gestaltung von Gehwegen, Zugängen zu Verkehrsmitteln, Gebäuden etc. Frühkindliche Förderung und enorme technische Fortschritte lassen Menschen mit Sinnesbehinderung an der gesellschaftlichen Entwicklung teilhaben, von der sie früher ausgeschlossen waren – man denke nur an Gebärdendolmetscher im Fernsehen oder Fußgängerampelpieper.

Noch ziemlich am Anfang steht dagegen die Umsetzung von Teilhabe und Inklusion bei Menschen mit einer psychischen Störung oder Behinderung:

Denn die Barrieren der psychischen Behinderungen sind nicht klar und nicht äußerlich erkennbar. Ich will versuchen, Ihnen ein paar Schlüssel aufzuzeigen, um Hindernisse aus der Sicht von Psychiatrie-Erfahrenen etwas transparenter, bewusster zu machen. Bei uns handelt es sich meist um einstellungsbedingte, emotionale und unsichtbare Barrieren: z. B. Angst vor Stigmatisierung oder Ablehnung in der Nachbarschaft aufgrund meiner Psychiatrie-Biographie.

In meinem Betroffenen-Umfeld beobachte ich eine Zurückhaltung und eine bewusste Entscheidung für Anonymität in der Nachbarschaft wegen der Angst geoutet zu werden, zumal wenn Krankheitsphasen mit Auffälligkeiten verbunden, auftreten.

Weitere mögliche Barrieren (in Kurzform):

- Schwierige Sprache (z. B. Arzt-/Fachsprache);
- Selektive (auswählende, unbewusste) Wahrnehmung;
- Ängste (z. B. Nähe, Kontakt);
- (fehlender, unkalkulierbarer) Antrieb;
- Compliance – Störungsuneinsichtigkeit;
- Symptome (Stimmen) und Nebenwirkungen (von Medikamenten);
- Misstrauen: Schlechte Erfahrungen bis hin zu traumatischen Erlebnissen;
- Armut;
- Selbststigmatisierung.

Die Bedeutung, die Wirkung oder Auswirkung von Barrieren im täglichen Leben der Betroffenen vermag ein Außenstehender oftmals nur zu erahnen. Die Barriere bildenden Blockaden sind schwer erklärbar und begreifbar, wenn diese psychischen Hindernisse nicht selbst erlebt – gespürt werden. Deswegen ist man als Psychiatrie-Erfahrener oft einfach nur sprachlos der Umwelt gegenüber.

Vor kurzem habe ich in den Nachrichten gehört, dass in der Schweiz alle Bahnhöfe in den nächsten Jahren barrierefrei werden sollen.

Wie wäre es, wenn der Begriff der Barrierefreiheit auch auf zwischenmenschliche Barrieren erweitert würde, wenn die Umwelt – auch der Wohnungsmarkt – so gestaltet würde, dass man sich wohl fühlen kann – integriert und inkludiert? Dass man sich öffnen kann, ohne gleich stigmatisiert zu werden. Dann wäre das gemeinsame Leben in der Gesellschaft viel einfacher.

Hilfen zur Gestaltung des nachbarschaftlichen Miteinanders oder Gemeinde-Patenschaften (»Psycho-Paten«) für Neubürger mit Handicaps wären dann selbstverständlich.

Ich setze viel Hoffnung in die »ergänzende unabhängige Teilhabe-Beratung durch Peers, weil dadurch nicht gleich eine »Ver-psychiatrisierung« mit »Ver- behinderung« erfolgt. Weil dadurch vielleicht auch die Besonderheit des individuellen, bedürfnisorientierten Wohnens stärker in den Vordergrund rückt und nicht die psychiatrisch geprägten Ausschlusskriterien bei Erlangung eines Wohnraumberechtigungsscheins im Mittelpunkt stehen. Das wäre für alle Menschen von Bedeutung!

Zusammenfassung und Perspektiven des Selbsthilfetages

Franz-Josef Wagner

Aphorismus von Ernst J. Messinger in: Ernesto und die Seelenmühle (1984):

»Wo kämen wir hin, wenn Alle fragen würden,
»wo kämen wir hin?« und Keiner ging,
um zu sehen, wohin wir kämen, wenn wir gingen??«

Ich habe den Aphorismus des krisenerfahrenen Ernesto Messinger vorangestellt, da dieser für den Selbsthilfetag wegweisend war. Selbsthilfe bedeutet auch Netzwerke knüpfen, Kooperationen eingehen, gemeinsam diskutieren, abstimmen, gemeinsame Freude haben usw. Das NetzG (Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit) hat mit diesem Selbsthilfetag, der in Kooperation mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. und Ex-In Deutschland e. V. organisiert und gestaltet wurde, einen ersten kooperativen Aufschlag gewagt. Die gemeinsame Intention war: Jede Organisation stellt sich mit einem 30-minütigen Fachvortrag dem Plenum vor und organisiert in zwei Parallelsymposien dann je eine Arbeitsgruppe.

Was haben wir gemacht, um zu »… sehen, wohin wir kämen, wenn wir gingen«? Uns wurde der aktuelle Stand des Bundesteilhabe-Gesetzes (BTHG) durch die Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Gabriele Lösekrug-Möller, präsentiert. Wir haben einen ersten Anstoß zum Thema »Wohnen« durch die Bundesministerin für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, Barbara Hendricks, erhalten. Das sind Themen, die uns in der nächsten Legislaturperiode intensiv beschäftigen werden. Angesichts der Bedeutung dieser Themen hatte es sich die politische Elite nicht nehmen lassen zu kommen und präsentierte uns die aktuelle Gesetzeslage und die Visionen für zukünftige Aktivitäten. In 25 Jahren Selbsthilfe habe ich weder auf lokaler Ebene noch auf Bundesebene so viele politische Persönlichkeiten bei unseren Veranstaltungen gesehen. Zudem war am ersten Tagungstag noch Frau Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, mit einem Grußwort vertreten.

EX-IN-Deutschland

Mit der Referentin Gyöngyvér Sielaff kam ein Vorstandsmitglied von EX-IN Deutschland zu Wort. In Kooperation mit Sebastian Toutountzis gab sie uns einen Überblick über die Entwicklungsgeschichte, über EX-IN-Ausbildung für Angehörige und Genesungsbegleiter im beruflichen Kanon. Sie beschrieb die Stolpersteine auf den Ebenen »Anpassungsdruck bzw. Professionalisierungsdruck«, »Die Rolle des Starken – Überforderung bzw. Überhöhung«, »Gegenseitige Berührungsängste« und »Distanzverlust«.

Dass die neue Berufsgruppe »Genesungsbegleiter« die psychiatrische Grundidee reformieren wird, ist an den geplanten Dissertationen und Masterarbeiten an den deutschen Universitäten zu erkennen. Seit zehn Jahren gibt es das Curriculum »Train the Trainer«. PD Dr. med. Sebastian von Peter bietet an der Charité Menschen mit Doppelerfahrung eine Promotionsarbeit an, die den Fokus auf Mitarbeiter legt, die sich untereinander gut kennen und es wagen, offen über ihre Krisen-Erfahrung zu sprechen. Dabei interessiert weniger, was sie dabei genau erlebt haben, als vielmehr ihr Einsatz ihrer Erfahrungen im beruflichen Alltag. Das Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der RWTH Aachen hat eine Ausschreibung der Masterarbeiten zu der Thematik »Rückkehr ins Berufsleben« veröffentlicht. Andere Hochschulen beschäftigen sich auch mit dem Phänomen der krisenerfahrenen Genesungsbegleiter. Die Bedeutung der Ex-In-Ausbildung hat das NetzG-RLP e. V. (Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz) erkannt und bietet seit drei Jahren jährlich EX-IN-Ausbildungen an.

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Arbeiten ist der Blick der Genesungsbegleiter nach vorne gerichtet folgerichtig: Genesungsbegleiter in der Gemeindepsychiatrie, in der stationären Psychiatrie, in der Bürgerbewegung, in Politik, Kultur und Inklusionsprojekten. Dietmar Geissler und Werner Holtmann, beide EX-IN Trainer und Vorstandsmitglieder von EX-IN-Deutschland, fragten in ihrem Symposium nach: Genesungsbegleiter als Teilhabe-Berater? Beide stellten Fragen und Thesen vor, die Grundlage sind für die Aktivitäten der Genesungsbegleiter als Teilhabe-Berater. Es geht nicht nur um die Perspektive und die Heilungschance, sondern hier spielt Komorbidität eine Rolle. Welche Zusatzqualifikationen nötig und welche Rahmenbedingungen Voraussetzung sind für die Teilhabe-Berater, waren Fragen, die in dem Symposium diskutiert wurden.

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Christian Zechert und André Nienaber boten nicht nur einen zweigeteilten Deeskalationsworkshop an, sondern sie stellten auch zehn Grundregeln und drei Schritte der Deeskalation vor. Grundlage jeder Deeskalation ist das Verstehen, wie eine Eskalation entstanden ist. Nicht nur Kontrolle über die deeskalierende Kommunikation zu haben, ist wichtig, Voraussetzung für die drei Schritte Absicherung, Klärung und Auflösung einer Deeskalation sind auch Respekt und Empathie.

NetzG (Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit)

Mit einer Utopie realistischer Möglichkeiten »Was bräuchte es, damit jeder Psychiatrie-Erfahrene, wenn er es möchte, in einer eigenen Wohnung leben kann« begann Rainer Schaff seine sieben Thesen. Das Recht auf Wohnen ist ein Menschenrecht, das schon in der Weimarer Verfassung §155 verbrieft wurde. Seine Verwirklichung sollte für unsere geografischen Breiten keine Utopie sein, gerade bei den extremen Witterungen im Winter und im Sommer. Aus diesem Grund ist der Wunsch nach einer Task Force logisch und nachvollziehbar.

Nach einer Begriffserklärung »Selbsthilfe«, »Empowerment und Recovery«, »Peer Counseling« und »EUTB« (ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) beschrieb Carsten Hoffmann, Vorstandsmitglied von NetzG, was Peer Counseling ist und wie es funktioniert. Danach präsentierte er ausführlich das Peer-Counseling des Landschaftsverbandes Rheinland und seine Ergebnisse. In seinem Fazit, das von den Voraussetzungen der gut frequentierten Beratungsstellen des LVR ausgeht, fragte er nach größeren Schritten einer unabhängigen Teilhabeberatung. Er kritisierte die Laufzeit von 60 Monaten und auch die weitere Förderung einzelner Beratungsstellen, über die nach 36 Monaten entschieden wird. Dies biete wenig Planungssicherheit bei den potentiellen Anbietern.

Das NetzG-RLP bewirbt sich, wie andere Selbsthilfeorganisationen, in Gemeinschaft mit Leistungserbringern um einzelne Beratungsstellen nach §32 SGB IX in Rheinland-Pfalz. Für das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) ist es noch zu früh, das Angebot anzunehmen. Es müssen zunächst Strukturen aufgebaut werden, bevor selbstständig politische Leistungen erbracht werden können. Hier müssen sich zunächst »Netzwerke knüpfen, Kooperationen eingehen, gemeinsam diskutieren, abstimmen, ge-

meinsame Freude« im alltäglichen Belastungstest bewähren, bevor neue Baustellen in Angriff genommen werden können.

Perspektiven der Selbsthilfe

Vor dem Hintergrund der Bundestagswahl 2017 und der Aktualität der EUTB nach §32 SGB IX des Bundesteilhabegesetzes und der Wohnungsprobleme in Deutschland ist festzustellen, dass unsere Thematik in der Politik angekommen ist und angenommen wird. Das zeigte die Anwesenheit der politisch Verantwortlichen auf dieser Tagung. Über die neuesten Informationen aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum Bundesteilhabegesetz haben wir uns gefreut. Die Visionen der Bundesministerin Hendricks zum Thema Wohnen werden auch in der Selbsthilfe zu neuen Gedanken führen. Der Begriff Quartiersmanager und seine Aufgaben öffnen für Wohnungsanbieter im sozialen Wohnungsbau neue Perspektiven. Quartiersmanager können zwischen Eigentümer und Mieter, Mieter und Mieter sowie Mieter und dem sozialen Umfeld vermittelnd agieren. Die Bedeutung des sozialen Umfelds für Menschen mit Krisenerfahrung war nicht zum letzten Mal das Hauptthema eines Selbsthilfetages. »Arbeit« als Genesungshelfer, »Deeskalierung« von sozialen Konfliktsituationen und »Wohnen« als das Recht auf eine eigene Wohnung wurden von den drei Verbänden isoliert und doch als Kontinuum gesehen. Keiner der drei Verbände propagierte diesmal die Diskussion »Psychopharmaka«, was unüblich ist. In der Regel sind bei den Selbsthilfetagen mindestens in einem Symposium die Neuroleptika das Thema. In den fünf Tagen des 17. Weltkongresses der Psychiater (WPA) in Berlin werden täglich Psychopharmaka mindestens einmal im Fokus stehen.

Die Frage bei meiner Begrüßung nach dem Meilenstein in der psychiatrischen Diskussion kann so kurz nach Beendigung der Tagung nicht beantwortet werden. Vorschusslorbeeren gibt es reichlich. Die Aufstellung des neuen Netzwerks und seiner kooperativen Führung ist vielversprechend. Die Zusammenarbeit der drei Verbände lädt andere Verbände zum Mitmachen ein. Vor diesem Hintergrund verweise ich auf die Grundsatzerklärung des NetzG, die statt einer Präambel in die Satzung Grundsatzerklärungen aufgenommen hat, die den gegenseitigen Respekt verdeutlichen:

- die aktive Integration von Minderheiten bewerkstelligen
- den geduldigen Umgang miteinander verwirklichen
- durch Stärkung der Achtsamkeit, Selbstsorge und Eigenverantwortung der Mitstreiter verwirklichen

- durch Anerkennung der Arbeit in psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen, ernsthafte Verbesserung der Einrichtungen, Aufbau von Alternativen ermöglichen und jedes einseitige Verständnis von Problemen ablehnen

Schließen möchte ich wie Rainer Schaff in seinem Vortrag:

»Tu zuerst das Notwendige,
dann das Mögliche,
und plötzlich schaffst Du das Unmögliche«
(Franz von Assisi)

C. Perspektiven vor dem Hintergrund internationaler Menschenrechtsinstrumente

Von ebenso großer Bedeutung wie die in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigten gesundheits- und sozialpolitischen sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Perspektiven vor dem Hintergrund internationaler Menschenrechtverträge, Protokolle und Stellungnahmen.

Am 27.09.2017 fand in Berlin der internationale APK-Workshop »Herausforderungen von Nationalen Präventionsmechanismen in der psychiatrischen Versorgung« statt. Die Veranstaltung wurde im Rahmen des vom Auswärtigen Amt geförderten APK-Projektes »Monitoring zur Prävention von Folter und Misshandlung an Orten des Freiheitsentzuges stärken« durchgeführt, eines Projektes im Rahmen des Mandats des deutschen Mitglieds im UN-Unterausschuss zur Prävention von Folter (UN-SPT). In seiner Begrüßungsrede spricht Jörg M. Fegert über die Themen Leitungsverantwortung und Machtmissbrauch und die wichtige Rolle adäquater Schutzkonzepte zur Prävention von Misshandlung in Bezug auf Menschen mit psychosozialer Behinderung und auf die psychiatrische Versorgung.

Begrüßungsrede bei der Veranstaltung am 27.09.2017 in Berlin

Jörg M. Fegert

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Namen der Aktion Psychisch Kranke begrüße Sie auf das Herzlichste und heiße Sie willkommen zum Internationalen Workshop »Herausforderungen von Nationalen Präventionsmechanismen in der psychiatrischen Versorgung«.

Ganz besonders begrüße ich Herrn Wagner aus dem Referat »Menschenrechte und Genderfragen« beim Auswärtigen Amt, der das APK-Projekt »Monitoring zur Prävention von Folter und Misshandlung an Orten des Freiheitsentzuges stärken« begleitet, in dessen Rahmen der heutige Workshop stattfindet. Das Projekt wird seit mehreren Jahren von Ihrem Haus gefördert und auch dieser Workshop ist möglich dank der Förderung durch das Auswärtige Amt. Im Namen der Aktion Psychisch Kranke bedanke ich mich dafür.

Ebenso begrüße ich Sie, Frau Osterfeld und Frau Baumann, als verantwortliche Organisatorinnen der Veranstaltung und alle Gäste, die Sie gekommen sind, um mit uns die Herausforderungen und Chancen in der Arbeit der Nationalen Präventionsmechanismen und die hochaktuellen Fragen betreffend der Implementierung des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, OPCAT) und anderer UN-Übereinkommen und Stellungnahmen in Bezug auf Menschen mit psychosozialer Behinderung und die psychiatrische Versorgung zu diskutieren.

Besonders herzlich begrüßen möchte ich auch die internationalen Referentinnen und Referenten und Gäste. Vielen Dank, dass Sie die Reise aus zehn Ländern Europas zu uns angetreten haben.

Auch den Moderatorinnen, die uns durch den heutigen Tag leiten werden, möchte ich bereits jetzt danken.

Ende vergangenen Jahres haben wir den 10. Jahrestag des Inkrafttretens des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen gegen Folter – OPCAT – begangen und diesen mit einem internationalen Symposium der Aktion Psychisch Kranke hier in Berlin gewürdigt.

Mit Ratifizierung des OPCAT haben sich inzwischen 83 Vertragsstaaten, seit 2009 auch Deutschland, verpflichtet, eine nationale unabhängige In-

stitution einzurichten – den Nationalen Präventionsmechanismus / NPM – der im Sinne der Folterprävention Besuche an Orten durchführt, in denen Menschen die Freiheit entzogen wird oder entzogen werden kann; darunter Justizvollzugsanstalten, Polizeidienststellen, Abschiebungshafteinrichtungen und psychiatrische Kliniken.

Die NPMs begegnen bei Ihrer Arbeit einer ganzen Reihe an Herausforderungen und nicht selten treffen sie bei den Bemühungen um Prävention von Folter, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung, wie sie das OPCAT definiert, auf eine Kluft zwischen Idealvorstellungen und Wirklichkeit. Dies betrifft die Überwachung von Freiheitseinschränkungen an verschiedenen Orten des Freiheitsentzuges aus dem Blickwinkel psychischer Gesundheit ebenso wie Fragen der Selbstbestimmung beim Monitoring psychiatrischer Versorgung, den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen in Polizeigewahrsam ebenso wie Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen.

Kinderrechte sind Menschenrechte. Die Arbeit der NPMs geschieht nicht nur vor dem Hintergrund der UN-Antifolterkonvention, des OPCAT und der UN-BRK, auch die Kinderrechtskonvention spielt eine bedeutsame Rolle. Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Convention on the Rights of the Child, CRC) ist das wichtigste internationale Menschenrechtsinstrumentarium für Kinder. Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes gehört zu den internationalen Menschenrechtsverträgen der Vereinten Nationen. Die UN-Kinderrechtskonvention wurde am 20. November 1989 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Bis auf einen einzigen Staat – die USA – haben alle Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen die Kinderrechtskonvention ratifiziert.

Als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut ist es mir sehr wichtig, die besonders vulnerable Position von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen anzusprechen. Meine ersten Eindrücke, als ich in den 90-iger Jahren nach dem Fall der Mauer aus dem Westen kommend Ärztlicher Direktor in der Klinik für Kinder-, und Jugendneuropsychiatrie in Rostock wurde, wo damals aufgrund der katastrophalen baulichen und hygienischen Gegebenheiten Schutzräume, Räume der Initimität für Patienten etc. kaum möglich waren, hatten mich veranlasst, mit Unterstützung der Volkswagenstiftung ein Projekt zur Patienteninformation und Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchzuführen. Zentrale Basis des Projekts war, den betroffenen Kindern und Jugendlichen aus Ost und West selbst Gehör zu schenken und in einem Buch und anderen Publikation eine

Stimme zu verleihen. Fast gleichzeitig war ich als Gutachter mit dem Fall eines Chefarztkollegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt, der seine Machtstellung für den jahrelangen sexuellen Missbrauch der ihm anvertrauten Patienten genutzt hatte. Die Themen »Leitungsverantwortung, Schutzkonzepte, Partizipation und Selbstbestimmung« beschäftigen mich seit dieser Zeit besonders intensiv. Durch den sogenannten »Sexuellen Missbrauchsskandal 2010« in Deutschland ist die Gefährdung und die Thematik der Ausbeutung in Machtverhältnissen durch mehr oder weniger sichtbaren Zwang auch stärker in den Blickpunkt der deutschen Politik und Öffentlichkeit geraten. Auch sexuelle Ausbeutung durch emotionalen Zwang in Institutionen ist ein Thema, welches die NPM beachten müssen, nicht nur in der Kinder- und Jugend-, sondern auch in der Erwachsenenpsychiatrie. Schutzkonzepte müssen ebenfalls potenzielle Viktimisierung durch Mitpatienten beachten. Beim Fall des Chefarztes war es eine Besuchskommission, die den Stein ins Rollen brachte – dies mag die Wichtigkeit unabhängiger Inspektionen vor Ort verdeutlichen.

Prinzipiell sind Eltern, wie es die Deutsche Verfassung sagt, von Natur aus die besten Repräsentanten der Interessen ihrer Kinder. Dennoch wacht die staatliche Gemeinschaft über ihre Betätigung und es war für mich ein unerträglicher Zustand, dass im Gegensatz zum Erwachsenenalter Zwangsmaßnahmen an Kindern und Jugendlichen wie Fixierung etc. in Kliniken und Behinderteneinrichtungen allein mit Zustimmung der Eltern durchgeführt werden konnten. Auch unser Einsatz im Rahmen eines APK-Projekts zur Versorgung psychisch kranker Kinder in Deutschland hat nun zum Ende der Legislaturperiode in Deutschland mit der Änderung des § 1631 b BGB einen Richtervorbehalt eingeführt, der eine adäquate Kontrolle auch bei Zwangsmaßnahmen sicherstellen soll.

Die Veröffentlichung des »Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health« vom 23. März 2017 hat in Deutschland eine kritische Debatte ausgelöst.

Selbstverständlich ist der Grundsatz »There is no health without mental health« eindeutig zu begrüßen. Die reduktionistische Sicht in Bezug auf Psychiatrie als alleinige biologische Psychiatrie ist für Deutschland generell nicht nachvollziehbar, auch wenn man Tendenzen in der Forschungsförderung zugunsten der biologischen Forschung kritisieren mag. Wir unterstützen völlig die Feststellung, dass psychische Gesundheit ein Thema ist, dessen sich verschiedene gesellschaftliche Akteure in der medizinischen Versorgung,

in der Wissenschaft, aber auch alle Bereiche in der Gesellschaft wie Schule, Arbeitswelt etc. annehmen müssen.

Die generelle Kritik an großen Versorgungseinrichtungen im stationären Bereich und an der damit verbundenen Exklusion teilen wir. Allerdings trifft sie so auf Deutschland nicht zu. Gerade in der letzten Legislaturperiode konnte durch das PsychVVG insbesondere für Kinder und Jugendliche sichergestellt werden, dass dezentrale, auch kleine Behandlungseinheiten wie Tageskliniken familien- und wohnortnahe Angebote machen können. Die durchschnittlichen Verweildauern in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich in den letzten 20 Jahren auf ein Fünftel der ursprünglichen Zeiten reduziert. Die Sozialpsychiatrievereinbarung für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen und die gute Versorgung durch Institutsambulanzen führt generell zu einer Dominanz der ambulanten Versorgungsangebote. Einig sind wir uns sicher, dass Präventionsmaßnahmen zentral sind und an den Schnittstellen Systemgrenzen überwunden werden müssen. Dies stellt auch das in einer ersten Phase soeben fertiggestellte APK Projekt fest.

Sehr undifferenziert empfinde ich die Behauptung, dass das Feld der psychischen Gesundheit generell übermedikalisiert sei. Wenig hilfreich ist dabei die undifferenzierte Darstellung der Situation der Pharmakotherapie. Aus meiner Sicht, mit Blick auf Kinderrechte, ist vielmehr zu beklagen, dass zahlreiche Medikamente, die zur Behandlung Erwachsener zur Verfügung stehen, nach wie vor nicht in ihren Nebenwirkungen und veränderten Wirkungen im Kindes- und Jugendalter untersucht sind und somit die Arzneimittelsicherheit generell für Kinder schlechter ist: Kinder immer noch sozusagen »therapeutic orphans« darstellen. In Deutschland stellt die Psychopharmakotherapie in der Kinder –und Jugendpsychiatrie sicher nicht die generell primäre Behandlungsform dar. Dennoch ist zu fordern, dass Kinder wie Erwachsene, wenn sie Medikamente bekommen, von gleichen Sicherheitsstandards profitieren müssen, auch wenn insgesamt Kinder und Jugendliche keinen »größeren Markt für Psychopharmaka darstellen«.

Die Warnung vor der frühen Medikalisierung durch Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die plumpe Gegenüberstellung einer biologisch orientierten, eher negativ zu bewertenden Medizin und einer positiven (Sozial-) Pädagogik kann von mir nicht nachvollzogen werden. Vielmehr haben wir ein großes Problem in der Lehre und Ausbildung von MedizinerInnen und SozialpädagogInnen, weil Wissen über frühe Kindheitsbelastungen wie Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch über Entwicklungsschwierigkeiten und psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters im

Rahmen der Ausbildung nicht als Pflichtlehre vermittelt wird. Und das obwohl nach Angaben des Robert-Koch-Instituts 20 % der Kinder in Deutschland psychische Auffälligkeiten zeigen und nach repräsentativen Umfragen ein Drittel aller Menschen in Deutschland eine Form von Misshandlung oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit erfahren haben (diese Zahlen sind in Übereinstimmung mit dem Europäischen Bericht zur Prävention von Kindesmisshandlung der Weltgesundheitsorganisation von 2013). Die sogenannte »Aufarbeitung des Missbrauchsskandals« hat gezeigt, dass die Ausgrenzung von Kindern in pädagogischen Einrichtungen wie Heimen und Internaten ebenfalls ein erhebliches Risiko für deren Menschenrechte darstellt.

Die Orientierung an den menschenrechtlichen Verträgen ist sehr bedeutsam für Geschichte und Gegenwart und Mission und Vision der Aktion Psychisch Kranke in Deutschland. Auch für unsere internationalen Gäste ein kurzer Blick in die jüngere Geschichte: Anfang der Siebziger Jahre, genauer 1971, setzte der Deutschen Bundestag eine Expertenkommission »Psychiatrie-Reform« ein, die die Zustände in den psychiatrischen Großkrankenhäusern untersuchte. Die Aktion Psychisch Kranke wurde am 18.01.1971 von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und Fachleuten aus dem Bereich Psychiatrie gegründet, um »mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken«. Im Sommer desselben Jahres übernahm die APK die Geschäftsstelle der Enquete-Kommission.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind bekannt: Die Kommission beklagte katastrophale Zustände; viele psychisch Kranke und Menschen mit Behinderung lebten damals unter elenden, zum Teil menschenunwürdigen Bedingungen. Mehr als die Hälfte der Patienten fristeten mehr als zwei Jahre ihres Lebens im Krankenhaus. Fast ebenso viele Patienten waren in Großraum-Schlafsälen untergebracht, mit ihren persönlichen Habseligkeiten in einer Schachtel unter dem Bett. Unzumutbare hygienische Verhältnisse, viel zu wenig Personal, kaum Möglichkeiten zur Nachsorge deckte der Bericht auf.

Der »Bericht (der Kommission) über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« wurde der Bundesregierung im Jahr 1975 vorgelegt und dieser Zeitpunkt gilt als Startpunkt des Reformprozesses.

Der Schutz der Menschenrechte und ihrer Förderung in der Psychiatrie wie wir sie heute verstehen, also etwa das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung, Förderung von Betroffenenbeteiligung, das Einrichten unabhängiger Beschwerdeeinrichtungen, insgesamt die Forderung

nach einer gewaltfreien, subjekt- und dialogorientierten Psychiatrie, standen allerdings noch nicht im Vordergrund des Enqueteberichtes.

Der Bericht gab vielmehr den entscheidenden Impuls zu einer grundlegenden Änderung der psychiatrischen Versorgungsstruktur weg von der »Anstaltspsychiatrie« hin zu einer dezentralisierten, gemeindenahen und komplementär organisierten Versorgungsstruktur.

Die APK wurde damals als eine Initiative gegründet, die an der Schnittstelle zwischen Politik und Psychiatrie vermittelt und sich parteiübergreifend für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt. Die APK wird institutionell gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Damals wie heute ist es kennzeichnend für die APK, von Partikularinteressen weitgehend unabhängig zu sein und unterschiedliche Organisationen und Interessenvertretungen zusammenzubringen, Verbände der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, Leistungsträger, Einrichtungsträgerverbände, berufsgruppenbezogene Fachverbände, um gemeinsam psychiatriepolitischen Fragestellungen zu diskutieren.

Menschenrechtliche Bezüge stehen – nicht zuletzt auch im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – immer mehr im Vordergrund der Arbeit der Aktion Psychisch Kranke. Sei es im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen wie Kindern und Jugendlicher oder psychisch kranker alter Menschen und jetzt ganz aktuell geflüchteter Menschen, sei es im Hinblick auf Gesetzesreformen wie zur Finanzierung psychiatrischer Krankenhausbehandlung oder des Teilhaberechts, aber auch in Bezug auf Fragen von Freiwilligkeit und Zwang in psychiatrischen Einrichtungen.

Die APK hat eine Arbeitsgruppe eigens zum Thema »Psychiatrie und Menschenrechte« gegründet und ist in den relevanten Gremien zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland vertreten. Seit 2015 ist das Projekt »Monitoring zur Prävention von Folter und Misshandlung an Orten des Freiheitsentzugs stärken« bei der APK und im Jahr 2016 ist ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Kooperationsprojekt mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde zur Prävention von Zwangsmaßnahmen hinzugekommen. Die APK hat etliche Stellungnahmen zu menschenrechtlichen Themen veröffentlicht, zum Beispiel kürzlich ein Positionspapier zum Verständnis und zum Umgang mit dem Begriff der »Einwilligungsfähigkeit« und zum »Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten«.

Wir freuen uns sehr, dass wir heute mit Ihnen gemeinsam die Herausforderungen, denen die Nationalen Präventionsmechanismen in der Praxis begegnen und Möglichkeiten zu deren Überwindung diskutieren können. Sie, meine Damen und Herren, nehmen sich hierfür Zeit und sind teilweise weit gereist.

Ich wünsche Ihnen und uns eine spannende und informative Veranstaltung und freue mich nun auf Ihren Vortrag, Herr Wagner.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Ute Bertram, MdB, Mitglied des Deutschen Bundestages, Hildesheim, CDU-Fraktion, Alfeld

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm; stellv. Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke, Ulm

Dietmar Geissler, Vorstand EX-IN, Potsdam

Bernhard Fleer, Diplom-Pflegewirt (FH), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen

Dr. Dieter Grupp, Geschäftsführer, Zentren für Psychiatrie Südwürtemberg und Reichenau, Bad Schussenried

Dr. Barbara Hendricks, Bundesministerin für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, Mitglied des Deutschen Bundestages, Berlin/Kleve

Heike Hoffer, Stellvertretende Referatsleiterin, Referat 413, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Carsten Hoffmann Ph.D., zert. Fachberater Psychotraumatologie, Zahnarzt, Vorstand Bundes- und Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz (NetzG, NetzG-RLP – ehemals Landesverband Psychiatrie Erfahrene Rheinland-Pfalz – LVPE-RLP), Königswinter

Maria Klein-Schmeink, MdB, Mitglied des Deutschen Bundestages, Münster, Bündnis 90/Die Grünen-Fraktion; Vorstand der Aktion Psychisch Kranke, Münster

Helga Kühn-Mengel, MdB, Mitglied des Deutschen Bundestages, SPD-Fraktion; Vorstand der Aktion Psychisch Kranke, Erfstadt

Gabriele Lösekrug-Möller, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Mitglied des Deutschen Bundestages, Berlin/Hameln

André Nienaber, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen

Matthias Rosemann, Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin; Vorsitzender der BAG GPV; Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Berlin

Rainer Schaff, Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit (NetzG), Überlingen

Regina Schmidt-Zadel, Mitglied des Bundestags a. D., stellv. Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke, Köln

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel.regional Dortmund, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Dortmund

Franz-Josef Wagner, Vorsitzender, Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit (NetzG) und Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V., Trier

Peter Weiß, MdB, Mitglied des Deutschen Bundestages, Emmendingen/Lahr, CDU/CSU-Fraktion; Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke, Emmendingen/Lahr

Annette Widmann-Mauz, MdB, Mitglied des Deutschen Bundestages, Tübingen-Hechingen, CDU-Fraktion, Balingen

Birgit Wöllert, MdB, Mitglied des Deutschen Bundestages, Cottbus/Spremberg/Guben, Die Linke-Fraktion; Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Spremberg

Christian Zechert, Vorstand Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.- Familienselbsthilfe Psychiatrie e. V., Bonn/Detmold

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

Band 43 **»Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen«**
Tagung am 07. und 08.11.2016

Band 42 **»Selbsthilfe – Selbstbestimmung - Partizipation«**
Tagung am 03. und 04.11.2015

Band 41 **»Qualität therapeutischer Beziehungen«**
Tagung am 24. und 25.09.2014 in Berlin

Band 40 **»Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen«**
Tagung am 24. und 25.09.2013 in Berlin

Band 39 **»Gleichberechtigt mittendrin Partizipation und Teilhabe«**
Tagung am 06. und 07.11.2012 in Berlin

Band 38 **»Psychiatriereform 2011 … Der Mensch im Sozialraum«**
Festakt am 17.10.2011 und
Fachtag am 18.10.2011 in Berlin

Band 37 **»Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!«**
Tagung am 08. und 09.11.2010 in Kassel

Band 36 **»Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im Verbund«**
Tagung am 18. und 19.06.2009 in Berlin

Band 35 **»Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«**
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel

Band 34 **»Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«**
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel

Band 33 **»Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«**
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin

Band 32 **»Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden«**
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel

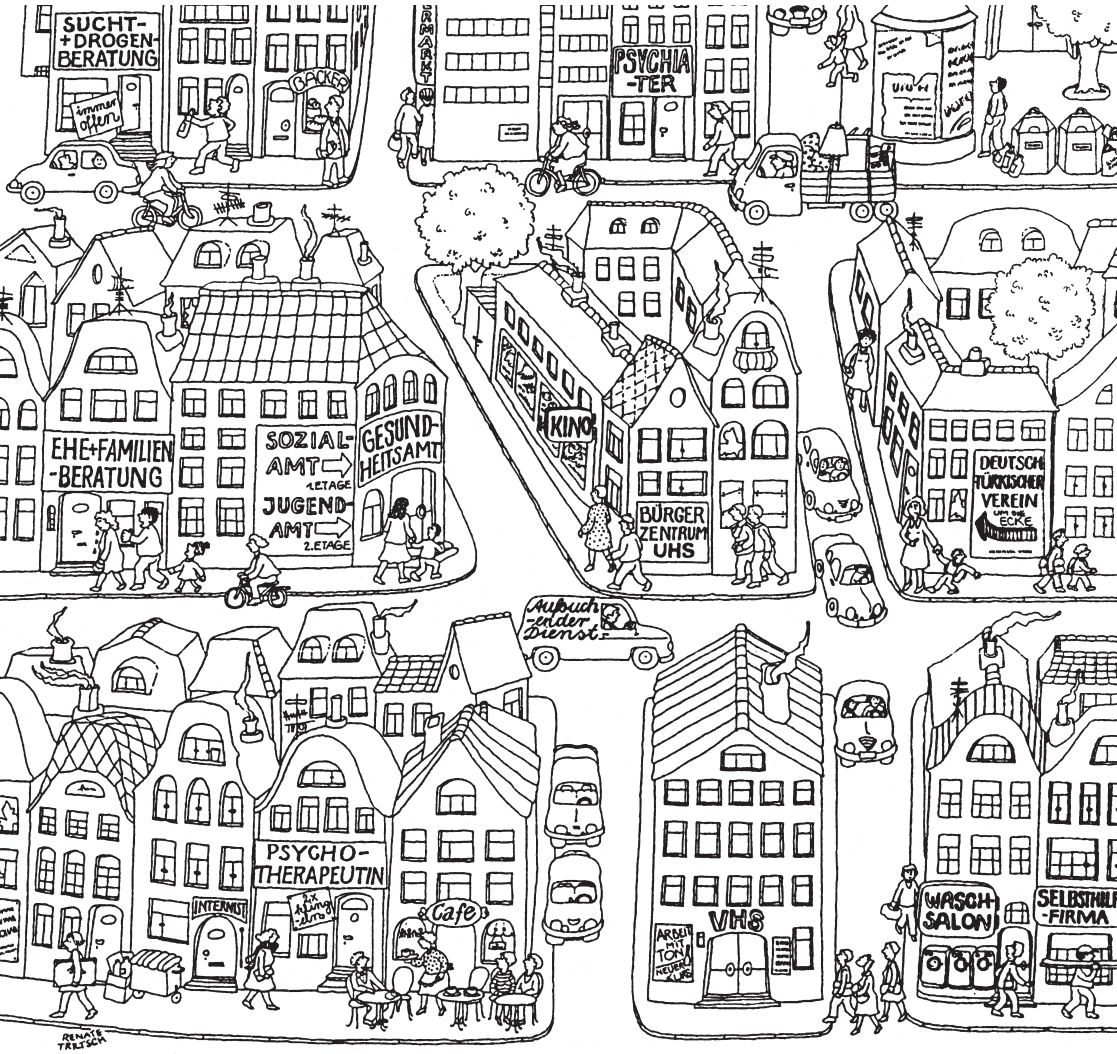
Band 31	**»Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«** Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
Band 30	**»Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven«** Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
Band 29	**»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«** Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
Band 28	**»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«** Tagung am 30.11. und 01.12.2001 in Bonn
Band 27 **1 + 2**	**»25 Jahre Psychiatrie-Enquete«** Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
Band 26	**»Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
Band 25 *vergriffen*	**»Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«** Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
Band 24 *vergriffen*	**»Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
Band 23 *vergriffen*	**»Qualität in Psychiatrischen Kliniken«** Tagung vom 08. bis 10.05.1996 in Bonn **»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«** Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
Band 22 *vergriffen*	**»Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«** Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
Sonderdruck *vergriffen*	**»Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«** Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
Sonderdruck Selbstverlag	**»Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«** Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde

Band 21 *vergriffen*	**»Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«** Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
Band 20 *vergriffen*	**»Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«** Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
nicht dokumentiert	**Regionalkonferenzen über den Bericht** **»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«** im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
Band 19 *vergriffen*	**»Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«** Tagung am 29./30.11 und 01.12.1990 in Berlin
Band 18 *vergriffen*	**»Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«** Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
Band 17 *vergriffen*	**»Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«** Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
Band 16 *vergriffen*	**»Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«** Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
Band 15	**»Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«** Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
Band 14 *vergriffen*	**»Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«** Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
Band 13 *vergriffen*	**»Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«** Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
Band 12 vergriffen	**»Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«** Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
Band 11 *vergriffen*	**»Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«** Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn

Band 10	**»Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«** Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
Band 9 *vergriffen*	**»Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
Band 8 *vergriffen*	**»Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 19.11.1982 in Bonn
Sonderdruck *vergriffen*	**»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«** Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
Band 7 *vergriffen*	**»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«** Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
Band 6 *vergriffen*	**»Ambulante Dienste in der Psychiatrie«** Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
nicht dokumentiert	Informationsveranstaltung zum **»Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung«** am 31.01.1980
Band 5 *vergriffen*	**»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD –** fünf Jahre nach der Enquete« Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
Band 4 *vergriffen*	**»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«** Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
nicht dokumentiert	**»Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«** Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
Band 3 *vergriffen*	**»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«** Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
Band 2 *vergriffen*	**»Rechtsprobleme in der Psychiatrie«** Tagung 07.10.1977 in Hamburg
nicht dokumentiert	**»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«** Tagung am 24. und 25.06.1977 in Loccum
nicht dokumentiert	**»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
nicht dokumentiert	**»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«** Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt

Band 1 **»Gemeindenahe Psychiatrie«**
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:
Aktion Psychisch Kranke e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter: www.apk-ev.de

Im Fokus der Jahrestagung 2017 und des darauf folgenden Selbsthilfetages standen die Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen. Der Selbsthilfetag wurde von unseren Kooperationspartnern Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG), Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. – Familien- Selbsthilfe Psychiatrie (BApK) und EX-IN-Deutschland e.V. gestaltet.
Die Fachbeiträge im vorliegenden Band spannen den Bogen von den »gesundheits- und sozialpolitischen Perspektiven zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Menschen« über die »selbsthilfegestützte Beratung«, »erfolgreiche Wohnungssuche« bis hin zur »wechselseitigen Qualifizierung zur Beteiligung an Behandlung und Entscheidungsprozessen« und »Perspektiven vor dem Hintergrund internationaler Menschenrechtsinstrumente«.