

Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe

Tagungsdokumentation
Berlin, 6./7. November 2012

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß
Andreas Heinz

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.).
Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-572-2

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.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2013
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Psychiatrie Verlag, Köln
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: Drukkerij Wilco, Amersfoort (NL)

Inhalt

Begrüßung und Einführung <i>Peter Weiß</i>	9
A Partizipation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Patientenrechte stärken – Zufriedenheit fördern <i>Annette Widmann-Mauz</i>	14
Die UN-Konvention als Handlungsauftrag <i>Sigrid Arnade</i>	18
Selbstbestimmung und Teilhabe unter der Bedingung psychischer Erkrankung <i>Michael Wunder</i>	24
Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation – gleichberechtigt mittendrin <i>Andreas Heinz</i>	36
Anspruch auf Inklusion <i>Ulrike Mascher</i>	44
Selbstbestimmung und Hilfeleistungsgebot <i>Raoul Borbé</i>	53
Patientenrechte stärken – das Patientenrechtegesetz <i>Wolfgang Zöller</i>	59
Trialog als Grundhaltung <i>Thomas Bock</i>	62
Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten <i>Peter Lehmann</i>	77

Konsequenzen aus der UN-Konvention – auch in der Psychiatrie <i>Valentin Aichele</i>	106
Menschen mit Demenz inmitten der Gesellschaft <i>Heike von Lützu-Hohlbein</i>	113
Teilhabe und Partizipation im Gemeindepsychiatrischen Verbund <i>Manfred Lucha</i>	121
Patientenorientierung und Selbsthilfe im Gesundheitswesen <i>Wilfried Jacobs</i>	126
Perspektiven der Eingliederungshilfe <i>Ulrich Krüger</i>	130

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Selbsthilfe organisieren

Einleitung <i>Reinhard Peukert</i>	138
Gesundheitsselbsthilfe – Grundlagen, Herausforderungen, Ressourcen <i>Andreas Renner</i>	142
Zusammenarbeit mit Profis – Dialog in der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. <i>Dietmar Geissler</i>	148
Suchtselbsthilfebewegung <i>Wiebke Schneider</i>	159
Finanzierung und Organisation überregionaler Interessenvertretung <i>Beate Lisofsky</i>	161
Perspektiven der Selbsthilfe – Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen <i>Gudrun Schliebener</i>	166
Aufgaben der Selbsthilfe aus Sicht des BPE <i>Jurand Daszkowski</i>	172

II Patientenrechte in der Behandlung stärken

Einleitung <i>Matthias Rosemann</i>	175
Freiwilligkeit und Zwang in der psychiatrischen Klinik <i>Martin Zinkler, Jose Marie Kousseimou</i>	178
Rechtslagen und Reformbedarf <i>Heinz Kammeier</i>	183
Behandlungs- und Patientenrechte im Straf- und Maßregelvollzug <i>Norbert Konrad</i>	192
Beachtung der Patientenwünsche und Patientenrechte <i>Klaus Laupichler, Margret Osterfeld</i>	199
Patientenrechte und Länderinitiativen in Baden-Württemberg <i>Klaus Obert</i>	202
Patientenrechte und Länderinitiativen in Bremen <i>Peter Kruckenberg</i>	209

III Partizipation ermöglichen

Psychiatriethemen im Gemeinsamen Bundesausschuss <i>Leonore Julius</i>	213
Förderung der Partizipation durch Landesrecht <i>Gerd Künzel</i>	220
EX-IN Projekte <i>Jörg Utschakowski</i>	226

IV Durch Behandlung Inklusion fördern

Einleitung <i>Heinrich Kunze, Nils Greve</i>	232
Hometreatment in Deutschland <i>Nils Greve</i>	234

Krankenhäuser im Aufbruch
Martin Bührig 242

Neue Chancen durch Modellvorhaben
Stefan Wöhrmann 244

V Information, Partizipation und Lebensfeldbezogene Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Einleitung
Jörg M. Fegert 246

Teilhabe und Partizipation von Kindern –
Beschwerdemanagement und Patienteninformation
Jörg M. Fegert 249

BeZuHG – Behandelt zu Hause gesund werden – geht das?
Isabel Böge 255

Auswirkungen eines Bundeskinderschutzgesetzes
auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie
Reinhard Wiesner 261

VI Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Soziale Teilhabe – Handeln statt Warten auf die Reform
Arnold Schweden 267

Beispiele inklusiver Arbeit und Beschäftigung
Dieter Basener 278

Zur Rolle von Koordination und integrierter Hilfeplanung
Petra Gromann 281

VII Alt und psychisch krank – mitten in der Gesellschaft

Einleitung
Regina Schmidt-Zadel 288

Inklusionsorientierte Pflegekonzepte
Jürgen Gohde 290

VIII Orientierungspunkt (mutmaßlicher) Patientenwille in der rechtlichen Betreuung

Einleitung

Jörg Holke

299

Vertretungsbefugnis und Orientierung am Willen des Betreuten

Annette Loer

301

Zusammenwirken sozialer und rechtlicher Betreuung

Andreas Türpe

304

Perspektiven rechtlicher Betreuung von Menschen
mit psychischen Erkrankungen

Jörg Holke

307

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

311

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

315

Begrüßung und Einführung

Peter Weiß

Herzlich Willkommen zur Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Im Namen des Vorstandes darf ich Sie hier im Rathaus Schöneberg in Berlin begrüßen. Ich freue mich, dass sie den Weg hierher gefunden haben zu unserer Tagung unter dem Titel »Gleichberechtigt mittendrin und Teilhabe bei psychischen Erkrankungen«. Meine sehr geehrten Damen und Herren, die freie Entscheidung von Patientinnen und Patienten sowie die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen haben zu Recht in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Patientenrechte und Patientenbeteiligung an Entscheidungsprozessen sind gestärkt worden. Einschränkungen von Persönlichkeitsrechten sind zusätzlich begrenzt worden. Diese Entwicklung begrüßen wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE, weil wir uns seit Bestehen und seit wir die Psychiatriereform in Deutschland mit unterstützt und mit vorangetrieben haben uns auch und gerade für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen stark gemacht haben. Gleichzeitig wird der Anspruch von Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bekräftigt. Dabei wird deutlich, dass diese ohne bedarfsgerechte Unterstützung oft nicht zu erreichen ist. Im Hinblick auf beide Aspekte Partizipation und Teilhabe gibt es Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen. Und diese wollen wir bei dieser Tagung heute und morgen thematisieren.

Aber nicht nur für Menschen mit psychischen Behinderungen, an die zuerst immer gedacht wird beim Thema Teilhabe, sind die Themen Partizipation und Teilhabe relevant, wir halten sie für genauso bedeutsam für alle psychisch kranken Menschen. Sie stehen eben immer noch in der Gefahr stigmatisiert, nicht ernst genommen oder ausgegrenzt zu werden. Ziel unserer Tagung sind also die Prinzipien Partizipation und Teilhabe im Bezug auf die Unterstützung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen konkret zu definieren und die notwendigen Umsetzungsschritte und Maßnahmen zu beschreiben und im Hintergrund oder wenn sie auch wollen im Vordergrund steht natürlich bei uns sowie bereits in der letztjährigen Tagung auch die Frage, was bedeutet die UN-Behindertenrechtskonvention nun auch konkret für uns in Deutschland. Nicht nur mit der Frage, wie beschreiben wir die Zielsetzung, sondern wie setzen wir sie wieder konkret in der Realität um. Und vor allen Dingen wollen wir die Frage aufgreifen, was bedeutet die UN-Konvention für die Bereiche Selbsthilfe, Behandlung, Pflege und Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Zentrale Anliegen sind uns dabei die Stärkung der Selbsthilfe, die Optimierung der Hilfen zur Teilhabe und die Verknüpfung von Selbsthilfe und Hilfe zur Teilhabe mit einer weiterentwickelten psychiatrischen Behandlung, die sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert.

Ich freue mich, dass wir zu dieser Tagung auch eine große Zahl von Vertreterinnen und Vertretern aus dem Bereich der Selbsthilfe begrüßen können. Ich

möchte sie herzlich Willkommen heißen und ihnen auch herzlich danken, dass wir in einem Workshop im Juni dieses Jahres bereits mit Vertretern der Selbsthilfe die Inhalte dieser Tagung mit vorbereiten konnten.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wie immer versuchen wir, eine solche Tagung auch mit einem prominenten Eröffnungsvortrag zu beginnen. Herzlich begrüße ich in unserer Mitte die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesgesundheitsminister, meine Bundestagskollegin Annette Widmann-Mauz, die gleich das Eingangsreferat halten wird. Ich möchte bei dieser Gelegenheit dem Ministerium danken, dass auch diese Tagung mit finanziellen Beiträgen wieder unterstützt wird. Es hat sich auch als sehr hilfreich erwiesen, dass wir bei der Einladung der Selbsthilfevertreter etwas Unterstützung hatten. Ich glaube, durch diese Unterstützung wird auch deutlich, dass wir als APK eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium haben. Das heißt nicht, dass wir uns in jeder einzelnen Frage immer einig sind, vielmehr müssen auch oft mal strittige Themen miteinander diskutiert werden. Aber was gut ist, dass wir wirklich eine Form eines regelmäßigen und konstruktiven Dialogs miteinander haben. Dafür herzlichen Dank. Ich will weiter begrüßen den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, meinen Bundestagskollegen Hubert Hüppe. Lieber Hubert Hüppe, es ist schön, dass auch der Behindertenbeauftragte zur Eröffnung dieser Veranstaltung bei uns ist. Dies zeigt, dass für den Behindertenbeauftragten selbstverständlich auch die Belange der Menschen mit psychischen Erkrankungen ein wichtiger Bereich seiner eigenen Arbeit sind und dafür möchte ich ganz herzlich danken. Ich freue mich, dass auch ehemalige Bundestagskolleginnen da sind, die heute wichtige Verantwortung tragen in anderen Ämtern, z.B. Frau Kollegin Ulrike Mascher, heute Präsidentin des großen Sozialverbandes VdK, die früher als Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales gearbeitet hat. Und natürlich begrüße ich auch herzlich meine Stellvertreterin Regina Schmidt-Zadel, die über viele Jahre dem Deutschen Bundestag angehört hat und sich jetzt in ihrer nachparlamentarischen Zeit bei uns im Vorstand der APK weiter engagiert.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, in den Plenumsvorträgen des heutigen und morgigen Tages wird es um Themen gehen, wie die UN-Konvention und deren Tragweite für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Stärkung der Selbsthilfe, die Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation, dem Anspruch auf Inklusion – ich würde lieber sagen den Anspruch den der Inklusionsgedanke bei uns allen auslöst – die dialogische Perspektive, soziale Gerechtigkeit durch Schutz vor Benachteiligung und die Betroffenenperspektive im Bezug auf Selbstbestimmung in der Behandlung. Diese Themenvielfalt spiegelt die Fülle von Aspekten wider, die mit den Grundanliegen Partizipation und Teilhabe verbunden sind. Durch die Aufteilung in parallellaufende Symposien haben wir es wieder geschafft, Themen aus verschiedenen Gebieten in diese Tagung mit einzubeziehen. Das macht für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – also für sie – natürlich die Schwierigkeit aus, wo gehe ich hin und was verpasse ich. Aber seien sie unbesorgt, wie immer

bei unseren Fachtagungen wird alles auch aus den parallel laufenden Symposien dokumentiert werden. Das Bundesgesundheitsministerium darf wieder einen Zuschuss bereitstellen, damit wir das dann auch in Druck legen und ihnen allen zur Verfügung stellen können. Also seien sie sicher, dass sie die hoffentlich guten und interessanten Tagungsergebnisse dann auch später noch einmal dokumentiert nachlesen können.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich wünsche uns allen eine interessanten, spannungsreiche und ergebnisreiche Tagung. Ich wünsche Ihnen einen guten Aufenthalt hier in Berlin. Glück auf für diese Veranstaltung und jetzt hat die Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz das Wort. Vielen Dank.

A Partizipation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Patientenrechte stärken - Zufriedenheit fördern

Annette Widmann-Mauz

Sehr geehrter Herr Weiß, liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Deutschen Bundestag, meine sehr verehrten Damen und Herren,

vor einem Jahr haben wir anlässlich des Jubiläums der APK auf 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland zurückgeblickt. Wir waren uns damals einig, dass wir mit Fug und Recht von einer Erfolgsgeschichte sprechen können. Die traditionelle Anstaltspsychiatrie wurde ersetzt durch ein therapeutisch ausgerichtetes System von unterschiedlichsten Angeboten an Behandlung und Rehabilitation auf stationärer, teilstationärer und ambulanter Ebene. Die Beteiligung der Betroffenen sowie der Angehörigen psychisch Kranker wurde erheblich verstärkt.

In unseren damaligen Diskussionen diente uns die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen bereits als eine Art Maßstab für das Erreichte. So war es nur folgerichtig, dass die APK ihre diesjährige Tagung unter dieses Thema gestellt hat. Denn die APK hat es sich zur Aufgabe gemacht, die speziellen Belange der psychisch kranken Menschen bei der Umsetzung der Konvention in den Focus zu nehmen. Der Kollege Hüppe hat im vergangenen Jahr als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen im Hinblick auf die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in Deutschland den Begriff des »Umentwicklungslandes« benutzt.

Für den Bereich der Psychiatrie möchte ich dies gerne ein wenig korrigieren und vom »Weiterentwicklungsland« sprechen. Denn trotz aller Erfolge kann man keinesfalls davon sprechen, dass die Psychiatrie-Reform abgeschlossen ist. Die Konzepte und Strukturen der Versorgung müssen ständig überprüft und weiterentwickelt werden. Neben den Prinzipien der Evidenzbasierung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen muss dabei – ganz im Sinne der Behindertenrechtskonvention – die patientenorientierte Qualität der Versorgung im Mittelpunkt stehen.

Die APK hat hier schon immer eine Vorreiterrolle übernommen. Der personenzentrierte Ansatz, den sie seit langem vertritt, stellt die Betroffenen in den Mittelpunkt und ermittelt deren individuellen Hilfebedarfe. Dabei müssen die persönlichen Wünsche der Patientinnen und Patienten und die fachliche Einschätzung der Therapeuten gleichberechtigt eingehen. Denn für die Zufriedenheit ist auch entscheidend, dass die gewählten therapeutischen Maßnahmen zu gewünschten Wirkungen führen, insbesondere die Reduzierung der Krankheitserscheinungen und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Prinzip der Personenzentrierung muss auch aus unserer Sicht bei den weiteren Entwicklungsschritten Anwendung finden. Die Versorgung psychisch Erkrankter muss flexibler werden und den jeweils individuellen Bedarf decken können.

Dieser Anspruch war auch der Grund dafür, dass das BMG gegenwärtig wieder zwei wichtige Projekte der APK fördert:

- eines zur Weiterentwicklung der Qualität und Effizienz der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung und
- ein weiteres zur Implementierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demenzkranke Menschen.

Außerdem hat die Politik in den vergangenen Jahren eine Reihe von Instrumenten für eine bessere Verzahnung der Leistungsbereiche und der einzelnen Hilfsangebote geschaffen. Diese ermöglichen heute die Gestaltung einer flexibilisierten vernetzten Versorgung auf der Grundlage innovativer Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. In vielen Regionen wurden sektorübergreifende, teils krankheitsspezifische, teils krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle erprobt. Oder sie werden bereits in der Regelversorgung umgesetzt. Was wir nun benötigen, sind aussagekräftige weitergehende Untersuchungen solcher Versorgungsmodelle hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit und patientenbezogenem Nutzen. Um diese Aufgabe zu unterstützen, hat das BMG aktuell einen neuen Förderschwerpunkt zur Versorgungsforschung bei psychischen Störungen eingerichtet. Dabei werden insbesondere auch Projekte zur Evaluation sektorübergreifender Versorgungsmodelle gefördert. Derzeit läuft das Gutachterverfahren, und ich gehe davon aus, dass die ersten Projekte Anfang 2013 an den Start gehen können.

Meine Damen und Herren, modernen Versorgungskonzepten mit Stärkung des personenzentrierten Ansatzes ist auch zu verdanken, dass der Großteil der Menschen mit psychischen Störungen aufgrund der Behandlung und Rehabilitation nicht mit einer psychischen Behinderung leben muss. Aber die Weiterentwicklung der Sozialsysteme muss auch die kleinere Gruppe von Menschen mit schwerwiegenden und chronischen psychischen Erkrankungen und dadurch verursachten Behinderungen berücksichtigen. Dazu gehören auch Menschen mit Demenz. Für sie spielen auch die Leistungen der Pflegeversicherung eine große Rolle. Grundsätzlich benötigen wir ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit, darüber sind sich alle einig. Pflegebedürftigkeit sollte sich – anstelle der derzeit zu stark verrichtungsbezogenen Beurteilung – künftig stärker an der Selbständigkeit Hilfe- und Pflegebedürftiger orientieren. Dies wird insbesondere auch den an Demenz erkrankten Menschen zu Gute kommen. Die Bundesregierung hat mit der Einsetzung eines Expertenbeirates eine wesentliche Voraussetzung dafür geschaffen, noch in dieser Legislaturperiode die noch offenen Fragen zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sachgerecht zu klären. Nach derzeitigem Stand wird der Expertenbeirat seinen Bericht 2013 vorlegen. Sozusagen im Vorgriff auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes haben wir in dem am 30. Oktober 2012 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz nicht nur eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege und Versorgung – wie die Förderung von Wohngruppen, die Einbeziehung von häuslicher Betreuung in das Sachleistungsrecht, mehr Unterstützung für pflegende Angehörige –, sondern auch zusätzliche Leistungen für Menschen mit Demenzerkrankungen eingeführt. Denn für uns war klar, dass vor allem dieser Personenkreis möglichst kurzfristig

mehr Unterstützung braucht. Zum 01. Januar 2013 werden diese Leistungen den Demenzkranken zur Verfügung stehen.

Ein weiteres wichtiges Anliegen der Behindertenrechtskonvention ist die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung sind hierfür eine grundlegende Voraussetzung. Das BMG unterstützt daher auch weiterhin das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, das unter der Schirmherrschaft von Minister Bahr bundesweite und regionale Initiativen zur Anti-Stigma-Arbeit und zur Förderung seelischer Gesundheit vernetzt. Und ich bin der APK sehr dankbar, dass sie sich auch in diesem Bündnis stark engagiert. Ich glaube, dass wir in der Anti-Stigma Arbeit schon ein gutes Stück vorangekommen sind. Die Tatsache, dass die Fallzahlen der diagnostizierten und behandelten Fälle psychischer Erkrankungen seit Jahren immer weiter ansteigen, ist sicherlich auch darin begründet, dass die Menschen heute eher bereit sind, über psychische Probleme zu reden und frühzeitig Hilfen aufzusuchen. Somit ist diese Entwicklung auch Ausdruck für die gestiegene gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Erkrankungen.

Meine Damen und Herren, ein zentrales Anliegen der Behindertenrechtskonvention ist die Stärkung der Patientenrechte. Die Bundesregierung hat hierzu im Frühjahr einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht. Damit sollen die Rechte von Patientinnen und Patienten in Deutschland erstmalig in einem einheitlichen Gesetz gebündelt und gestärkt werden. Das geplante Gesetz wird das Arzt-Patienten-Verhältnis als eigenen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches verankern. Damit werden wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten wie zum Beispiel das Recht auf umfassende und rechtzeitige Aufklärung oder das Einsichtsrecht in Behandlungsunterlagen festgeschrieben.

Ein wichtiger Punkt ist aber auch die Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen. Künftig sollen die Kranken- und Pflegekassen zum Beispiel verpflichtet sein, ihre Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Zudem werden Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften, wie beispielsweise einer nicht fristgemäßen Entscheidung bei Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, eingeführt. Krankenkassen müssen künftig binnen drei, bei Einschaltung des medizinischen Dienstes innerhalb von fünf Wochen über einen Leistungsantrag entscheiden.

Auch die Patientenbeteiligung wird weiter ausgebaut. Patientenorganisationen werden insbesondere bei der Bedarfsplanung stärker einbezogen. Um insgesamt mehr Transparenz über geltende Rechte von Patientinnen und Patienten herzustellen, erstellt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung künftig eine umfassende Übersicht der Patientenrechte und hält sie zur Information der Bevölkerung bereit. Das Gesetz soll Anfang 2013 in Kraft treten. Die Bundesregierung leistet damit nicht nur einen Beitrag zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten – wie Sie mein Grußwort überschrieben haben –, sondern auch zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention.

Die APK hat bereits angekündigt, dass sie das Gesetzgebungsverfahren begleitet, aber auch, dass sie die Auswirkungen des Patientenrechtegesetzes in bewährter Weise kritisch beobachten wird. Ich bin auf die Anregungen der APK gespannt. Zu einer Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten wird auch die Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht beitragen, die durch die beiden Urteile des Bundesgerichtshofs vom 20. Juni dieses Jahres notwendig geworden ist. Die Bundesregierung hat auf den dringenden Handlungsbedarf reagiert, der durch diese Urteile entstanden ist. Es ist beabsichtigt, bereits morgen im Bundeskabinett Formulierungen für eine neue gesetzliche Regelung zu beschließen, die einerseits den Patientinnen und Patienten ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung ermöglichen, gleichzeitig aber auch Ärzten erlauben, dem Patientenwohl zur Geltung zu verhelfen. Für alle Beteiligten wird so mehr Transparenz und Rechtssicherheit geschaffen. Dieser Beschluss des Bundeskabinetts wird dann so zügig wie möglich in ein Gesetzgebungsvorhaben eingebracht. Im Übrigen prüfen auch die Länder derzeit, inwieweit durch die höchstrichterlichen Urteile Anpassungen in ihren Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen notwendig sind.

Meine Damen und Herren, bei der heutigen Tagung steht eine Vielzahl von weiteren wichtigen Themen auf der Agenda. Dabei wünsche ich spannende und aufschlussreiche Diskussionen und der Tagung insgesamt einen guten Verlauf.

Die UN-Konvention als Handlungsauftrag

Sigrid Arnade

Meine Damen und Herren,
herzlich bedanke ich mich für die Einladung zu dieser Vorlesung, bei der es um das »Menschenrechtsübereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung« geht. Abgekürzt wird dieser Menschenrechtsvertrag mit »Behindertenrechtskonvention« oder auch mit BRK (nicht zu verwechseln mit dem Bayerischen Roten Kreuz).

Vorstellung

Für den Deutschen Behindertenrat habe ich an den Verhandlungen zur Behindertenrechtskonvention auf NGO- Seite (*non-governmental organization*) teilgenommen und zwar an drei der insgesamt acht Sitzungen in den Jahren 2005 und 2006. Wir waren jeweils ungefähr 400 Vertreterinnen und Vertreter von Nichtregierungsorganisationen und es wurde uns unter dem Motto »Nichts über uns ohne uns!« ein sehr weitgehendes Mitspracherecht eingeräumt. Dadurch ist auch zu erklären, dass das Prinzip der Partizipation sich im Text der Behindertenrechtskonvention an mehreren Stellen wiederfindet.

Seit zweieinhalb Jahren bin ich Geschäftsführerin der ISL (*Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.*). Und zurzeit bin ich eine von zwei Sprecherinnen der BRK-Allianz. Das ist ein Zusammenschluss von 78 Organisationen, die gemeinsam einen Parallelbericht zum Staatenbericht zur Behindertenrechtskonvention schreiben. Der Staat ist verpflichtet, zwei Jahre nach Inkrafttreten der Konvention einen Staatenbericht zu verfassen und zu folgenden Punkten zu berichten: Was ist passiert? Was hat er zur Umsetzung der BRK getan? Das hat er mit ein bisschen Verspätung auch hinbekommen, und es ist ganz üblich bei der UN, dass die Zivilgesellschaft einen eigenen Bericht schreibt, der Folgendes zeigt: Was ist geschönt im Staatenbericht? Was sehen wir anders? Wenn der Staat beispielsweise etwas zur Frauenrechtskonvention schreibt, dann schreibt eine Allianz von Frauenorganisationen, dass es gar nicht so toll bei uns ist, zum Beispiel haben wir keine Lohngleichheit und wir haben das ungerechte Ehegattensplittung. Genauso ist es bei der Behindertenrechtskonvention: Der Staat hat einen Bericht geschrieben, danach ist hier in Deutschland das Paradies auf Erden für behinderte Menschen. Und nun kommen die 78 Organisationen der Zivilgesellschaften, die dann sagen: »Nein, so ganz stimmt das nicht und hier und da und dort gibt es Probleme«. Und ich bin eine der beiden Sprecherinnen dieser BRK-Allianz.

Behindertenrechtskonvention: Was ist neu?

In den meisten Staaten herrscht traditionell das medizinische Modell von Behinderung vor, demzufolge Behinderung unter einem medizinischen Blickwinkel als ein individuelles Defizit betrachtet wird, das für die mangelnde Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen verantwortlich ist. Nach dem sozialen Modell von Behinderung entsteht Behinderung durch die gesellschaftlichen Barrieren, wie unzugängliche Verkehrsmittel, fehlende Gebärdensprachdolmetschung, zwangsweise Sonderbeschulung oder Websites, die für blinde Menschen nicht wahrnehmbar sind. Das soziale Modell von Behinderung wurde Ende der 90er Jahre gut zusammengefasst in dem Slogan der Kampagne Aktion Grundgesetz »Behindert ist man nicht, behindert wird man«.

Unter einem menschenrechtsorientierten Blickwinkel entsteht »Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren« (BRK Präambel, e). Betonen möchte ich in diesem Zusammenhang die einstellungsbedingten Barrieren, also die Barrieren in den Köpfen, denn es sind gerade diese Barrieren, auf die Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr oft bei ihren Mitbürgerinnen und Mitbürgern stoßen. Nach dem Ansatz in der BRK geht es aber nicht mehr um Fürsorge oder Rehabilitation behinderter Menschen, sondern um die gleichberechtigte, selbstbestimmte Teilhabe aller Menschen.

Wie bei allen Menschenrechtskonventionen spielt auch in der Behindertenrechtskonvention der Begriff der *Würde* eine entscheidende Rolle. Der Schutz der Würde ist das zentrale Motiv für alle UN-Konventionen. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde die allgemeine Erklärung der Menschenrechte geschaffen, um solche Gräueltaten, wie sie in der Nazizeit geschehen waren, möglichst für alle Zukunft zu verhindern. Dabei ging es immer um den Schutz der Würde aller Menschen unabhängig von Merkmalen wie Rasse, Geschlecht usw. und eben auch unabhängig von einer Behinderung. Das heißt, die Würde aller Menschen muss geschützt werden. Der Schutz dieser Würde ist das zentrale Motiv der Behindertenrechtskonvention.

Mit der BRK sind also keine neuen Rechte und damit auch keine neuen Sozialleistungsansprüche geschaffen worden, sondern alle bestehenden Menschenrechte sind hinsichtlich der Lebenssituationen behinderter Frauen und Männer konkretisiert und auf diese zugeschnitten worden. Deshalb ist im Konventionstext immer wieder von Gleichberechtigung die Rede.

Mit der BRK erfährt behindertes Leben außerdem eine besondere *Wertschätzung*, die über das Votum des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker von 1993 hinausgeht. Von Weizsäcker sagte damals: »Es ist normal, verschieden zu sein.« Die Rede ist jetzt von dem »wertvollen Beitrag«, den Menschen mit Behinderungen zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten können (BRK Präambel, m). Gleichzeitig werden die Problemlagen behinderter Menschen nicht gelegnet, sondern benannt.

Mit der Behindertenrechtskonvention gibt es einige radikal neue Ansätze:

- Zum einen wurde das Thema Behinderung als Menschenrechtsthema anerkannt.
- Zum anderen ist das Prinzip der Partizipation nach dem Motto »Nichts über uns ohne uns!« festgeschrieben worden.
- Des Weiteren wurden *Disability Mainstreaming* und *Empowerment* als Strategien etabliert. *Disability Mainstreaming* bedeutet, dass das Thema Behinderung als Querschnittsthema bei allen politischen Maßnahmen und Planungen zu beachten ist. Nach dem *Disability Mainstreaming* muss geschaut werden, ob geplante Maßnahmen Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen betreffen oder ob Maßnahmen zum Ausgleich notwendig sind.
- Ganz wesentliche Ziele der BRK sind Chancengleichheit, Inklusion und Selbstbestimmung.

Zum Begriff der *Inklusion*: Die erste UN-Sonderberichterstatterin zum Recht auf Bildung, Katharina Tomasevski, beschreibt in ihrem Bericht¹ aus dem Jahre 2002 an die Menschenrechtskommission die verschiedenen Entwicklungsstadien des Rechts auf Bildung im internationalen Kontext, wobei sie sich nicht speziell auf Kinder mit Behinderungen bezieht. Im Stadium der Exklusion werden abweichende Kinder vom Bildungssystem ausgeschlossen. Das Stadium der Separation ist demgegenüber schon ein Fortschritt: Die anderen Kinder werden unterrichtet, aber getrennt von den meisten Kindern. Im Stadium der Integration müssen die besonderen Kinder so fit gemacht werden, dass sie ins Normsystem passen. Das können niemals alle schaffen. Bei der Inklusion dagegen muss sich das Bildungssystem anpassen, so dass es den verschiedenen Bedürfnissen der unterschiedlichen Kinder gerecht wird.

Derzeit wird die Inklusionsdebatte meist in Bezug auf die Beschulung behinderter Kinder geführt. Inklusion betrifft aber nicht nur die Schule, sondern alle Lebensbereiche, also auch das Arbeitsleben, das Gesundheitssystem und vieles mehr. Und Inklusion betrifft nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern alle Menschen mit all ihren Unterschieden und eigenen Bedürfnissen.

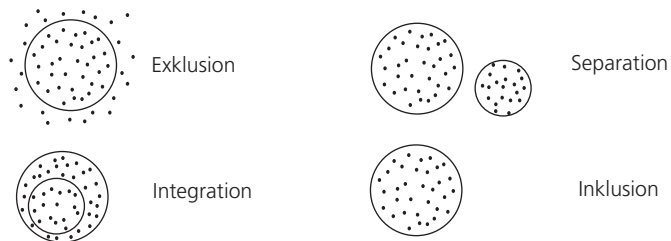


Abb. 1

1 Report of the Special Rapporteur, Katarina Tomasevski, submitted pursuant to Commission on Human Rights resolution 2002/23, para 27

Nun zur *Selbstbestimmung*. Nach der Definition von Selbstbestimmung beinhaltet Selbstbestimmung immer die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen akzeptablen Alternativen. Wenn Menschen mit hohem Hilfebedarf zwangsweise in eine Einrichtung überwiesen werden, kann keinesfalls von Selbstbestimmung gesprochen werden. Man kann erst dann von Selbstbestimmung sprechen, wenn es die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Alternativen gibt. Wobei Selbstbestimmung nicht mit Selbstständigkeit verwechselt werden darf. Auch ein Mensch, der vollkommen unselbstständig ist, der 24 Stunden am Tag Assistenz oder Unterstützung braucht, kann ein selbstbestimmtes Leben führen, wenn er die notwendige Unterstützung erhält und weiterhin selber Entscheidungen treffen kann und über sein Leben, seinen Tagesablauf usw. selber bestimmen kann.

Handlungsaufträge

Mit der Ratifikation der Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland (wie mit der Ratifikation jeder anderen UN-Konvention) zu der *Trias des Menschenrechtsschutzes* verpflichtet. Darunter versteht man:

- Achtung: Im Verhältnis Staat – Mensch mit Behinderungen respektiert der Staat die Menschenrechte des behinderten Menschen.
- Schutz: Der Staat ergreift alle notwendigen Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen vor Menschenrechtsverletzungen durch Dritte zu schützen.
- Gewährleistung: Alle notwendigen legislativen und sonstigen Maßnahmen werden ergriffen, damit die Vorgaben der Konvention erfüllt werden.

Nun komme ich zu einigen *übergeordneten Handlungsaufträgen*: Das Prinzip der Partizipation, spielt eine ganz wesentliche Rolle in der Behindertenrechtskonvention. Dementsprechend sind die Betroffenen und ihre Organisationen auf Augenhöhe einzubeziehen, wenn etwas geplant oder entschieden wird. Damit die Betroffenen wirklich auf Augenhöhe partizipieren können, müssen sie dazu die Möglichkeiten erhalten. Das heißt, sie sind zum Beispiel durch Empowerment-Trainings dazu zu befähigen, wirklich mit zu diskutieren. Sie müssen ihre Rechte kennen. Sie müssen lernen, wie man gut kommunizieren und sich gut durchsetzen kann. Ihre Selbstvertretungsorganisationen müssen in die Lage versetzt werden, effektiv partizipieren zu können. Julian Rappaport, ein Wissenschaftler aus der USA zum Thema Empowerment, hat einmal gesagt: »Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz.« So sieht die Realität momentan aus: Nach der Behindertenrechtskonvention haben behinderte Menschen die Rechte zu partizipieren, aber es werden nicht die notwendigen Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt.

Nun komme ich zu *konkreten Handlungsbedarfen*. Welche Handlungsbedarfe gibt es im Bezug die Freiheits- und Schutzrechte? Vieles ist schon benannt worden auf einer Konferenz zu dem Thema im Februar 2009. Es ist wiederholt und weiterentwickelt worden im Bericht der 78 Verbände der BRK Allianz, die einen Kurzbericht zum UPR Prozess (*Universal Periodic Review*) verfasst haben. Deutschland kommt

im Frühjahr 2013 vor den Menschenrechtsrat und muss da in Bezug auf alle UN-Konventionen, die Deutschland jemals ratifiziert hat, berichten, wie es um Menschenrechte in Deutschland bestellt ist. Die Zivilgesellschaft liefert Parallelberichte zu diesem Verfahren und die BRK-Allianz hat auch einen Bericht geschrieben. Dort sind auch einige Dinge benannt, die notwendig sind in Bezug auf Freiheits- und Schutzrechte. Und noch detaillierter wird es im umfassenden Parallelbericht der BRK Allianz nachzulesen sein, der Anfang 2013 fertiggestellt sein wird.

Welches sind nun die konkreten Handlungsaufträge?

- Zunächst müssen die Wahlrechtsausschlüsse gestrichen werden: Nach § 13 des Bundeswahlgesetzes gibt es Ausschlüsse für Menschen, die unter Totalbetreuung stehen, und für Menschen, die Straftaten im Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen haben und deshalb in der Forensik untergebracht sind. Nach verschiedenen UN-Beschlüssen sind diese Wahlrechtsausschlüsse völkerrechtswidrig. Dem hat auch Deutschland zugestimmt und da jetzt gerade das Wahlrecht geändert wird, appelliere ich doch sehr an die Bundestagsabgeordneten, die heute hier unter uns sind, sich dafür einzusetzen, dass diese völkerrechtswidrigen Wahlrechtsausschlüsse zurückgenommen werden. Jetzt besteht eine gute Gelegenheit dazu.
- Außerdem muss das Betreuungsrecht weiter entwickelt werden, entsprechend dem Konzept des *Supported Decision-Making*, also der unterstützten Entscheidungsfindung und nicht der stellvertretenden Entscheidungsfindung.
- Die Anordnung rechtlicher Stellvertretung darf wirklich nur das letzte Mittel sein, wenn alle anderen Hilfesysteme, die es zum Teil noch gar nicht gibt, ausgeschöpft sind.
- Modellprojekte dazu sind zu realisieren und zu beforschen.
- Letztlich sind die Regelungen zur Geschäftsunfähigkeit im BGB entsprechend anzupassen.
- Die Unterbringungsgesetze der Länder sind zu überarbeiten.
- Eine Behinderung alleine darf niemals einen Freiheitsentzug rechtfertigen.
- Kostenloser Rechtsbeistand ist für Betroffene bei Zwangsunterbringung zur Verfügung zu stellen.
- Es darf keine dauerhaften Zwangsunterbringungen geben.
- Insbesondere müssen alternative Hilfesysteme aufgebaut werden.

Persönliches Resümee

Hier möchte ich Bertold Brecht zitieren: »Die Mühlen der Gebirge haben wir hinter uns, vor uns liegen die Mühlen der Ebenen.« Die Gebirge vergleiche ich mit den Verhandlungen zur Behindertenrechtskonvention in New York. Die Ebenen sind der Umsetzungsprozess, in dem wir uns derzeit befinden.

Fakt ist, dass Betreuung und Zwangseinweisung zunehmen. Während es im Jahr 2005 1,2 Millionen Betreuungen gab, waren es 2010 schon 1,3 Millionen. Die Zwangseinweisungen sind von 2005 bis 2009 sogar fast um ein Viertel gestiegen.

Und es ist bekannt, dass es in der Psychiatrie massive Menschenrechtsverletzungen gibt. Wenn es in Deutschland irgendwo Menschenrechtsverletzungen gibt, dann in der Psychiatrie und in der Pflege. Zum Teil kommt es durch strukturelle Gewalt zu diesen Menschenrechtsverletzungen, zum Teil durch schlechte Gesetze, zum Teil durch fehlerhafte Rechtsanwendung und zum Teil durch das Versagen einzelner Personen.

Deshalb möchte ich zum Abschluss für eine *neue Psychiatrie-Enquete* plädieren und zwar diesmal mit den Betroffenen, also unter dem Blickwinkel der Partizipation. Die alte Psychiatrie-Enquete hat in den 1970er Jahren sicherlich gute Arbeit geleistet, es war aber eine Enquete, die vor allem die Versorgungsstrukturen im Blick hatte. Die Zeiten haben sich geändert. Wir brauchen eine Enquete aus der Perspektive der Partizipation: mit den Betroffenen, mit Angehörigenvertretungen und natürlich auch mit weiteren Fachleuten aus Politik, Recht und Medizin.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen angelangt. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention, einen langen Atem und immer brennende Ungeduld! Danke schön.

Selbstbestimmung und Teilhabe unter der Bedingung psychischer Erkrankung

Michael Wunder

Vorbemerkung

Die Frage um die Willensbildung und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischer Erkrankung hat durch den BGH Beschluss vom 20.6.2012¹ zur bereuungsrechtlichen Zwangsbehandlung neuen Auftrieb erhalten. Darin wird festgestellt, dass es bis dahin an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehle. Zu Grunde lag der Fall einer Patientin, bei der eine »blande Psychose« bei vielfältigen sozialen Problemen und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Das Betreuungsgericht genehmigte die von der gesetzlichen Betreuerin beantragte Zwangsunterbringung nach BGB 1906, Abs.1, Satz 1, aus prinzipiellen Gründen der ungenügenden gesetzlichen Grundlage, nicht jedoch die gleichzeitig beantragte zwangsweise psychiatrische Heilbehandlung nach BGB 1906, Abs.1, Satz 2. Dieser Entscheidung stimmte der BGH zu und betrat damit Neuland, weil die sog. Unterbringung zur Heilbehandlung bislang auf Grund eines begründeten Antrags des Betreuers und eines ärztlichen Attests als vereinbar mit dem Betreuungsrecht angesehen wurde. Der Widerspruch der Betreuerin wurde vom BGH mit der an der BVG-Rechtsprechung zum Maßregelvollzug² orientierten Argumentation zurückgewiesen, dass eine krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit eines Untergebrachten nichts daran ändere, »dass eine gegen seinen natürlichen Willen erfolgende Behandlung, die seine körperliche Integrität berühre, einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 2, Abs. 2, Satz 1 GG darstellt.«³ Allerdings sei eine zwangsweise Behandlung gegen den Willen nicht prinzipiell ausgeschlossen, sondern an hohe Verfahrenshürden geknüpft.⁴

Verbot der Zwangsbehandlung?

Es steht außer Frage, dass dieses Urteil, das nachvollziehbar von den Selbsthilfegruppen der Psychatriebetroffenen sehr begrüßt wurde, in der psychiatrischen Praxis enorme Probleme aufwarf. Viele Psychiater auf den Akutstationen warnten davor, dass mit dieser Rechtsprechung ein Rückschritt verbunden sei, da viele Patienten,

1 BGH Beschluss vom 20.6.2012 – XII ZB 99/12

2 BVerG FamRZ 2011, 1128 Rn 72 und FamRZ 2011, 1927 RN.38

3 Ebd. S 10

4 Hierzu gehören lt. BGH-Beschluss die gutachterliche Feststellung der krankheitsbedingten Einsichtsunfähigkeit, die gerichtliche Beantragung der Maßnahme unter Angabe der Medikamente, ihrer Dosierung und der Dauer der Behandlung, die Begründung der Maßnahme, die nur in der zu erwartenden Wiedererlangung der Freiheit oder der Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben bestehen kann, das ernsthafte Bemühen um Freiwilligkeit, so dass die Zwangsmaßnahme nur die Ultima Ratio ist, die Durchführung und Überwachung durch einen Arzt und die genaue Dokumentation

die in ihrer Psychose eine Medikation ablehnen, nur durch Unterbringung und unterbringungsnahe Zwangsmittel behandelt werden könnten (Fixierung), ihnen damit aber nicht wirklich geholfen werden könne bis eine gesetzliche Neuregelung erfolge.⁵

Für den hier zu diskutierenden Zusammenhang möchte ich aber zwei andere Gesichtspunkte hervorheben. In dem BGH-Urteil wird zum einen der psychisch kranke Mensch als rechts- und handlungsfähige Person gesehen, deren Willen auch dann beachtlich ist, wenn dieser krankheitsbedingt beeinflusst ist. Des Weiteren verweist die Begründung des BGH auf den natürlichen Willen, der ersatzweise, wenn der rechtsgeschäftliche Wille nicht mehr oder vorübergehend nicht vorhanden ist, zu Geltung kommt. Diesem natürlichen Willen kommt dabei nicht nur eine Einspruchsqualität im Sinne eines Vetos zu, wenn es um medizinische Maßnahmen geht, die die körperliche Unversehrtheit berühren, sondern auch eine Gestaltungsqualität, da ein zustimmender natürlicher Wille solche Maßnahmen der Logik der Begründung zufolge legitimieren kann.

Ein Übergehen des natürlichen Willens wird hingegen als Zwang bewertet, der sich nur in besonderen Situationen rechtfertigen ließe und die Einhaltung hoher Verfahrenshürden erforderlich mache.

Das BGH-Urteil steht aber in engem gedanklichen Zusammenhang zu dem allgemein im Medizinsystem beobachtbaren Trend, willentliche und selbstbestimmte Entscheidungen von Patienten immer stärker zur alleinigen Legitimationsbasis medizinischen Handelns zu machen. So positiv dieser Trend auch zu bewerten ist, liegt in ihm doch auch die Gefahr, selbstbestimmte Entscheidungen eines Patienten zum Ersatz der ursprünglich im Nürnberger Kodex benannte Gleichgewichtung von Patienteneinwilligung und Verantwortung der Medizin und der Mediziner zu machen. Dies zeigt sich auch an der jüngsten Entscheidung, die zur Unterlassung dringend gebotener medizinischer Behandlung handlungsfähiger und behandlungsbedürftiger Patienten führt. Interessant ist, dass der BGH gleich an zwei Stellen seiner Urteilsbegründung explizit darauf verweist, dass Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen durchaus deren objektivem Wohl dienen können⁶ und dass ohne Zwangsbefugnisse zur Durchsetzung einer notwendigen medizinischen Maßnahme Betroffene erheblichen Schaden nehmen können⁷, was heißt, dass die möglichst rasche Wiedererlangung von Teilhabe/Partizipation gefährdet sein kann.

5 Diese ist zwar mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP vom 19.11.2012 (BtDrs.17/11513) erfolgt. Ob er allerdings die mit dem BGH-Urteil aufgeworfenen prinzipiellen Fragen befriedigend beantwortet, muss kritisch beurteilt werden. So wird in dem Entwurf unterlassen, eine Karenzzeit einzuführen, in der keine Zwangsbehandlungen erfolgen dürfen, die aber ein deutliches Signal gewesen wäre, solche nur als Ultima Ratio nach dem ernsthaften Versuch der freiwilligen Einwilligung, wie er im BGH-Urteil gefordert wird, durchzuführen. Stattdessen werden Eilentscheidungen ohne Anhörung ermöglicht, die sich, sollten sie sich durchsetzen, kaum von der alten Praxis unterscheiden werden.

6 Ebd. S 4

7 Ebd. S 21

Wenn die Selbstbestimmung und Willensbekundung von Patienten eine so herausragende Position erhalten, dass sie auch zum Beispiel im Falle der akuten Psychose eine nur schwer umgehbares Zustimmungserfordernis konstituieren, ist einerseits zu fragen, wann wir von Selbstbestimmung und Willensbekundungen von Patienten unter der Bedingung schwerer psychischer Erkrankung sprechen, und zum anderen, welche Grenzen der Beachtlichkeit der Selbstbestimmung und Willensbekundungen dieser Patienten es gibt?

Der Beitrag der rechtsethischen Diskussion

Die Rechtsprechung versteht unter Einwilligungsfähigkeit die Einsichtsfähigkeit des Handelnden in dem Sinne, die Tragweite eines Eingriffs in die eigenen Grundrechte geistig zu erfassen, und die Steuerungsfähigkeit, seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen. Der Begriff des »natürlichen Willens« ist rechtlich ein Negativbegriff, der für Personen steht, die den Anforderungen der Geschäftsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit nicht genügen.

Zunächst steht der Begriff des »natürlichen Willens« für den durch Wünsche und Bedürfnisse, aber auch Interessen gekennzeichneten Willensbereich unterhalb des rechtsgeschäftlichen Willens. Ralf Jox unterscheidet eine starke und eine schwache Position der Beachtlichkeit des natürlichen Willens.⁸ Stark sei die Position im Sterilisationsrecht, da dort dem natürlichen Willen ein Vetorecht eingeräumt wird. Schwach sei dagegen die Position des natürlichen Willens bei der Wohlbestimmung des Betreuten durch den Betreuer, weil er da höchstrichterlich lediglich dazu diene, »das Wohl des Betreuten aus dessen eigener Perspektive zu betrachten«.⁹

Der natürliche Wille wird häufig aber auch nur als eine Art »Restwillen« angesehen und mit »nicht frei« assoziiert.¹⁰ Jox führt dazu folgende Mängel des natürlichen Willens auf:

- Mangel an Freiheit, zwischen verschiedenen Optionen wählen zu können
- Mangel an Rationalität, Informationen nach Vor- und Nachteilen abzuwägen
- Mangel an Selbstbewusstsein, dass ich es bin, der den Willen hat
- Mangel an Aktualisierungsfähigkeit, den Willen umzusetzen
- Mangel an motivationaler Offenheit, Motive, die über unmittelbare physiologische Bedürfnisse hinausgehen, wie beispielsweise biographische Motive einzubeziehen und

8 Jox, R. J. (2006): Der »natürliche Wille als Entscheidungskriterium: rechtliche handlungstheoretische und ethische Aspekte, in: SCHILDMANN J./FAHR U./VOLLMANN J., (Hg.): Entscheidungen am Lebensende: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik. Berlin, 69–86

9 Bundesgerichtshof (2003): Beschluss vom 17.3.2003. VII ZB 2/03, zit. n. Jox, ebd., 75

10 Jox führt aus, dass diese negative Konnotation des Begriffs historisch an seiner Einführung durch Wilhelm Friedrich Hegel liegt, der den natürlichen Willen als ursprüngliche, naturgegebene niedere Form des Willens aufgefasst hat und mit Trieb, Neigung und Privatinteresse gleichgesetzt hat, die der Mensch durch höhere Formen des Willens, der von Vernunft, Geist und Reflexion geprägt sei, hinter sich zu lassen habe; ebd., 72

- Mangel an intentionaler Offenheit, die über die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung, hinausgehe und die langfristige Realisierung von Lebensplänen berücksichtige.

Jox plädiert deshalb dafür, die Kategorie des »natürlichen Willens« ganz fallen zu lassen und so wie in anderen Ländern nur von Wünschen und Bedürfnissen zu sprechen.¹¹

Unabhängig von den Einwänden, die sich gegen die Mängelliste von Jox von Seiten der Willenspsychologie erheben lassen (siehe unten), geht in der klinischen Praxis, in der entgegen den Vorstellungen von Jox der Bezug auf den »natürlichen Willens« unverzichtbarer Bestandteil bei Entscheidungsfindungen unter den Bedingungen vieler schwerer Erkrankungen ist, aber eher darum, den affektiven, wie auch den kognitiven Gehalt des natürlichen Willens – also neben den Bedürfnissen und Wünschen, auch die Interessen – anzuerkennen und zu respektieren und in die Entscheidungsfindungen einzubeziehen. In der Rechtspraxis geht es – wie im Fall der BGH Urteils von 2012 – darüber hinaus darum, den natürlichen Willen zur Basis der Entscheidung bei Grundrechtseingriffen zu machen, auch wenn dabei, wie oben ausgeführt, dem natürlichen Willen Qualitäten zugesprochen werden, die ihn nur noch schwer vom geschäftsfähigen Willen unterscheidbar machen.

In die gleiche Richtung verweist die Diskussion um den Artikel 12 der UN-Konvention zur den Rechten von Menschen mit Behinderung¹², in der ein Wirksamkeitsunterschied zwischen Willensäußerung von Personen ohne behindernde Beeinträchtigungen und Personen mit solchen Beeinträchtigungen weitgehend negiert wird. Jeder Person kommt danach unabhängig von einer bestehenden Behinderung »legal capacity« zu, was meist mit Rechtsfähigkeit übersetzt wird. Klaus Lachwitz, der an den Verhandlungen teilgenommen hat, weist aber darauf hin, dass diese im angelsächsischen Rechtsdenken im Gegensatz zu unserem üblichen Verständnis als Rechtshandlungsfähigkeit verstanden wird und nicht nur als Fähigkeit, Träger von Rechten und Pflichten zu sein.¹³ Geschäftsfähiger und natürlicher Wille werden nicht unterschieden.

Die Zuerkennung der »legal capacity to act« bedeutet damit, dass alle Personen, unabhängig von ihrer jeweiligen Beeinträchtigung, Geschäftsfähigkeit, Deliktfähigkeit und Verantwortung für die Verletzung von Verbindlichkeiten haben. Wenn – und hier schließt sich der Kreis zum BGH Urteil – einer solchen Person dennoch gegen den Willen die Freiheit entzogen werden sollte, so kann dies nur auf Grund spezifischer Gesetze geschehen, die für solche Eingriffe nicht nur strenge Ausführungsbestimmungen festlegen, sondern solche Maßnahmen einschränken auf Betroffene, die ihren Willen nicht bilden und/oder kundtun

11 Ebd. 79 ff

12 Vgl. Bundestagdrucksache 16 – 10808

13 LACHWITZ, K. (2007): UNO-Generalversammlung verabschiedet Konvention zum Schutz der Rechte behinderter Menschen – Teil I und II. Welchen Einfluss hat dieses internationale Übereinkommen auf das deutsche Recht?, in: RdLh 1/2007 und 2/2007.

können (beispielsweise im Falle eines Wachkomas) oder auf Betroffene, bei denen die Unterlassung der Anordnung der stellvertretenden Interessenvertretung eine konkrete Menschenrechtsverletzung bewirken würde, die an anderer Stelle der Konvention geschützt ist (Schutz der Unversehrtheit der Person). Man kann sagen, dass die UN-Konvention an dieser wie anderen Stellen streng final, d. h. Folgen orientiert argumentiert und kausale Begründungen, die sich auf die vorliegende Erkrankung beziehen ablehnt.¹⁴

Die vorherrschende ethische und rechtsphilosophische Begründung von Zwangsmaßnahmen im deutschen Raum steht dem entgegen. Psychische Erkrankung führe, so die gängige Begründung, zum Verlust der Fähigkeit, freie, selbstbestimmte und verantwortliche Entscheidung zu treffen. Wenn psychische Erkrankung zum Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit geführt habe, erfolge die Freiheitsentziehung dann aus Fürsorge, um den so verstandenen Freiheitsverlust möglichst rasch aufzuheben. Die Freiheitsentziehung wird also kausal mit der psychischen Erkrankung begründet. Es wird betont, dass nicht ein Freier seiner Freiheit und seiner Selbstbestimmung beraubt wird, sondern ein Unfreier vor Schaden bewahrt wird. Insofern findet sich in der gängigen rechtsethischen Begründung auch ein gewisser Finalbezug. Ziel der therapeutischen Maßnahmen sei die Wiedergewinnung der abhanden gekommenen Freiheit.

Gegen dieses Konstrukt lässt sich einwenden, dass sich Repressions- und Schutzhandeln im Bereich von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie noch nie klar voneinander trennen ließen. Der Ausgangspunkt der rechtsethischen Überlegung zur Legitimation der Freiheitsentziehung ist der mutmaßliche gesunde Wille, der anders will, der aber derzeit krankheitshalber verdeckt ist. Wer aber so argumentiert, muss sich sicher sein, was eine krankheitshalber bestehende Verdeckung eines an sich gesunden Willens ist. Er muss sich auch sicher sein, dass nicht vielleicht in dem als Krankheit beurteilten Zustand, ein anderer, neuer, ebenfalls mit dem Anspruch auf Authentizität bestehender Wille entstanden ist.

Man kann es vereinfacht so zusammenfassen: die UN Konvention verlangt zur Legitimation von Selbstbestimmungs- und Inklusion vorenthaltenden Zwangsmaßnahmen ein finales Denken, d. h. jegliche freiheitsentziehende Maßnahmen der Institutionen des Staates oder des professionellen Personals muss sich auf tatsächliche und nachweisliche Verhaltensweisen und die Konsequenzen daraus beziehen. Die Konvention lehnt ein kausales Denken ab, das Handlungen, die Zwang für den Betroffenen bedeuten, mit der Gefährdung begründet werden, die als Folge der Erkrankung und Behinderung eintreten könnten oder als solche gewertet werden. Jegliche Neuregelungen von Zwangsmaßnahmen werden sich an diesem Begründungsmuster zu messen haben.

14 Ebd.

Der Beitrag der Willenspsychologie

Die psychologische Theoriebildung und Forschung der experimentellen Willenspsychologie gibt schon früh wichtige Hinweise auf grundsätzliche Fragestellungen der Willensbildung.

Die Willensbildung im Sinne des psychologischen Volutionsverständnisses nach Kurt Lewin ist ein geistiger Akt, von dem auf Grund der Vornahme einer bestimmten Handlung ein Impuls zur Verwirklichung bestimmter Ziele ausgeht. Dieser löse einen inneren Spannungszustand aus und eine Motivation, die sich auf das Streben nach Zielen bezieht, der kognitiv verarbeitet wird und dabei das Ich als handlungsdurchführend anerkannt wird.¹⁵ Lewin unterscheidet zwischen beherrschten Handlungen, bei denen das Ich auf die sog. Feldkräfte einwirkt und Gewohnheiten und Bedürfnisbefriedigungen dominiert und unbeherrschten Handlungen, die den Feldkräften ausgeliefert im Dienste der Bedürfnisbefriedigung unwillkürlich und impulsiv geschehen oder der Macht einer Gewohnheit erfolgen.¹⁶ Nur im ersten Fall spricht er von willentlichen Handlungen.¹⁷

Die Kontroverse zwischen Lewin und Narziß Ach in den 1920er Jahren ist insofern interessant, weil sie ein differentes Verständnis der Auslösung einer willentlichen Handlung betrifft.¹⁸ Während Ach die Vornahme einer Handlung, gegliedert in Bezugsvorstellung und Zielvorstellung der Handlung, als determinierend für die Handlungsauslösung ansieht, geht Lewin davon aus, dass die Vornahme einen inneren bedürfnisartigen Spannungszustand auslöst, der wie ein Bedürfnis wirkt – er spricht auch von Quasibedürfnis – das nach Verwirklichung drängt, dessen motivationale Wirkung und Aufforderungsstärke aber von der Lebenswirklichkeit des Betroffenen oder anders ausgedrückt, von dessen Bewertung, abhängt.¹⁹ Auch wenn die Kontroverse zwischen Lewin und Ach noch andere wichtige Aspekte enthält, erscheint mir dieser im hier referierten

15 LEWIN, K. (1928): Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie und die Psychotherapie«, Archiv für Psychiatrie 85, 515–537

16 Diese Differenzierung erinnert an die Unterscheidung von experiential interests und critical interests von Ronald Dworkins

17 LEWIN, K. (1926): Vorsatz, Wille und Bedürfnis. Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie II, Psychologische Forschung, 17, 330–385

18 Vgl. GOLLWITZER, P. W./LIU, C. (1995): Wiederaufnahme, in: KÜHL, J./HECKHAUSEN H., (Hg.), Enzyklopädie der Psychologie, Teilband C/IV/4: Motivation, Volution und Handlung, Göttingen: Hogrefe, 209–237.

19 Erst in den 60er Jahren wurde diese Kontroverse mit neurologischen Entdeckungen, wie der des sog. Bereitschaftspotentials weiter entwickelt. Die Unterscheidung zwischen Motivation und Volution bekam damit eine neue empirische Grundlage. Die Konzeptualisierung der Volution geht seither von bestimmten Kriterien aus, die sie von einer reinen Motivation unterscheidet, wie u.a. der Antizipation eines Zieles und einer Zielhandlung. Die Diskussion hat damit den Streit der Gleichheit oder Ungleichheit von Motivation und Absicht verlassen und konzentriert sich auf die Erklärung der Durchsetzungsstärke einer Volutionshandlung und ihre Wiederaufnahme nach Unterbrechung beispielsweise durch ihre Bedeutung für das jeweilige Selbstkonzept.

Zusammenhang der wichtigste, zumal neuere Forschungen auf diesem Gebiet beide Ansätze in eine Theorie des Zielstrebens integrieren, in der die Lewin'schen Effekte und Wirkungsweisen der Zielintentionen im Sinne von Absichten und die Ach'schen Realisierungsintentionen im Sinne von Vorsätzen verstanden werden.²⁰ Peter M. Gollwitzer und Christine Liu kommen nach kritischer Durchsicht der willenspsychologischen Experimente und auf Grund ihrer eigenen Forschungen zu dem Schluss, »dass das Verwirklichung von Zielen sowohl der guten Absicht, (Selbstverpflichtung auf das Ziel) als auch der guten Vorsätze (Festlegen der Art und Weise der Zielrealisierung) bedarf.«²¹

Die experimentelle Willenspsychologie macht zwar insgesamt nur begrenzte Annahmen zur vorausgesetzten kognitiven Kompetenz, dennoch kann man diese als implizite Voraussetzungen aller volutionspsychologischen Aussagen und Forschungen ansehen. Von einer willentlichen Handlung im Sinne der Willenspsychologie kann man demnach sprechen, wenn folgende Indikatoren bestehen:

- das Vorliegen einer Vornahme zu einer Handlung, d. h. die Antizipation eines situativen (und sinngebenden) Bezugs, der über die sofortige und reine Befriedigung von Gewohnheiten oder Bedürfnissen hinausgeht
- die Absicht der Implementierung der antizipierten Handlung und
- einer Persistenz der Durchsetzung.

Viele der vorgebrachten Einwände an der Kategorie des »natürlichen Willens«, wie der Mangel an motivationaler oder intentionalen Offenheit, gehen weit darüber hinaus und postulieren einen normativen Maximalrahmen für die Zuerkennung einer Willensbildung eines Individuums. Willensbildungen haben aber nach den Grundannahmen der Volutionspsychologie weder die vollständige Wahrnehmung aller Informationen und die Bewertung ihrer Vor- und Nachteile zur Voraussetzung noch die Beachtung biographisch fundierten Motive oder langfristiger Interessen, wenn gleich alle diese von Jox oben in seiner Mängelliste am »natürlichen Willen« aufgeführten Kriterien wünschenswert wären. Überhaupt muss man zwischen den Voraussetzungen, unter denen man von einer Willensbildung sprechen kann, und den anzustrebenden Endpunkten einer qualitativ hoch entwickelten Willensbildung unterscheiden. Nicht erkrankten Menschen, die sich trotz anderer Informationen, unter Nichtbeachtung ihrer biographischen Motive oder ihrer langfristigen Bedürfnisse für eine ungesunde Lebensweise oder eine gefährliche Sportart entscheiden, wird man auch nicht ihre Befähigung zur Willensbildung absprechen.

Interessant sind in diesem Zusammenhang Aussagen der experimentellen Willenspsychologie zur Willensbildung von psychisch kranken Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung, denen in unserem System der rechtsgeschäftliche Wille weitgehend abgesprochen wird, die aber sehr wohl über einen natürlichen Willen verfügen. So werden in der Volutionspsychologie nicht nur Psychopathen als be-

20 Ebd. 224–225

21 Ebd. 237

sonders willensstark angesehen,²² auch Schizophrenen, die sich im Experiment auf Grund als besonders ablenkbar und wenig interessiert, eine unterbrochene Aufgabe, wiederaufzunehmen, erwiesen haben, wird eine Willensbildung bescheinigt, die zwar durch rivalisierenden Wahrnehmungen beeinflusst ist, aber durchaus durchsetzungsstark ist.²³ Menschen mit geistiger Behinderung, die im Experiment zu alten Aufgaben auch dann zurückkehrten, wenn ihnen ähnliche Ersatzaufgaben zwischendurch angeboten wurden, wird eine Willensbildung zuerkannt, die sich durch einen Mangel an Transfer- und Abstraktionsvermögen auszeichnet.²⁴ Auch gerade diese Befunde weisen darauf hin, dass die Willensbildung als solche von psychisch kranken Menschen oder Menschen mit Behinderung von der Willenspsychologie nicht in Frage gestellt wird, auch wenn rivalisierende Wahrnehmungen oder mangelnde Abstraktionsvermögen Einschränkungen darstellen.

Aussagen über die »Vernünftigkeit« dieser Willensbildungen oder darauf, in wie weit sie dem Wohl des Betreffenden dienen oder diesem sogar abträglich sind und darüber, ob diese Willensbildungen, die alle oberhalb der als Willenshandlungen ausgeschlossenen »unbeherrschten Handlungen« der reinen Bedürfnisbefriedigung liegen, rechtsbeachtlich sind, werden in der Willenspsychologie aber nicht gemacht. Normative Aussagen über die Beachtlichkeit dieser im Bereich der »beherrschten Handlungen« liegenden Willensbildungen werden nicht gemacht.

Beitrag der ethischen und philosophischen Debatte

Auch dem Konzept der Patientenselbstbestimmung liegt ein Kompetenzmodell zu Grunde, das ich an anderer Stelle²⁵ ausgeführt habe: Aus der klassischen philosophischen Trias der Selbstbestimmung – »anders können«, »Gründe haben« und »die eigene Urheberschaft anerkennen« – ergeben sich Kompetenzen, ohne die nicht von einer selbstbestimmten Entscheidung einer Person gesprochen werden kann. Es seien dies:

- Verstehen wesentlicher Informationen
- Beurteilen dieser Informationen im Lichte eigener Werte
- Entwerfen eines bestimmten Ergebnisses und Antizipieren seiner Anwendung
- Freie Äußerung der eigenen Entscheidung gegenüber Dritten.

Lara Huber deduziert drei Basiskriterien aus der Literatur, die erfüllt sein müssen, um von einer autonomen Entscheidung oder Handlung eines Patienten zu sprechen:²⁶

22 LEWIN 1928, 519

23 RICKERS-OVSIANKINA, M. (1937): Studies on the personality structure of schizophrenic individuals II: Reaction to interrupted tasks. *Journal of Genetic Psychology*, 16, 179–196, zit. nach GOLLWITZER/LIU 1995, 219

24 LEWIN 1926, zit. nach GOLLWITZER/LIU 1995, 220

25 WUNDER, M. (2008), Demenz und Selbstbestimmung, *Ethik Med.* 2008, 20, 17–25.

26 Ebd. 90–91

- Unabhängigkeit von äußerer Einflussnahme und innerem Zwang
- rationale und reflektorische Kompetenz (Intelligibilität) und Orientierung an längerfristigen Werten und
- eigene Urheberschaft anerkennen.

Setzt man jetzt diese Aussagen zur Selbstbestimmung mit denen zur Willensbildung in Beziehung so ergeben sich bemerkenswerte Übereinstimmungen:

Um von einer selbstbestimmten willentlichen Äußerung oder Entscheidung einer Person sprechen zu können, muss diese Person mehrere Alternativen haben (»Anderskönnen«), d. h. diese müssen von ihr erkannt, wahrgenommen oder verstanden werden und sie müssen ihr auch zugänglich sein, so dass diese Person frei von äußerer Einflussnahme und innerem Zwang zwischen diesen eine Entscheidung trifft. In diesem Sinne würde es sich um eine so von Lewin geforderte »beherrschten Handlung« handeln, bei der das Ich auf die sog. Feldkräfte einwirkt und Gewohnheiten und Bedürfnisbefriedigungen dominiert

Unter diesen Alternativen wählt sie aufgrund von Überlegungen (»Gründe haben«), wozu sie rationaler und reflektorischer Kompetenz (Intelligibilität) und Orientierung an Werten bedarf, um die Informationen im Lichte dieser eigenen Werte zu beurteilen, ein bestimmtes Ergebnis zu entwerfen und seine Anwendung zu antizipieren – volutionspsychologisch: in der Absicht der Implementierung der antizipierten Handlung und die Durchsetzung zu vertreten (»Freie Äußerung der eigenen Entscheidung gegenüber Dritten«).

Und schließlich erfordert eine selbstbestimmte, willentliche Äußerung oder Handlung das Bewusstsein der eigenen Urheberschaft (»Ich bin es«), das die Zurechenbarkeit einer gewählten Handlungsweise begründet.

Natürlich unterscheiden sich die hier zusammengeführten Konzepte in vielen Details. Eine problematische Schnittstelle ergibt sich aus meiner Sicht an dem Begriff »Einsicht«. So heißt es in der Stellungnahme »Demenz und Selbstbestimmung« des deutschen Ethikrates, in der das hier referierte Selbstbestimmungsmodell weitgehend übernommen wurde, dass die volle Ausübung von Selbstbestimmung aber darüber hinaus voraussetze – »dass die Person die wesentlichen Aspekte, die ihre Entscheidungen leiten, ihrer Art und ihrer Tragweite nach versteht, dass sie sie darüber hinaus vor dem Hintergrund ihrer Lebenssituation und ihrer Einstellungen bewerten und ihr Handeln danach ausrichten kann.«²⁷ Ähnlich ist der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff der Intelligibilität zu bewerten. Auch hier ist unklar, welche Reflektionstiefe vorausgesetzt wird, um von einer selbstbestimmten Handlung zu sprechen. Reicht für die reflektorische Abschätzung der Folgen meiner Entscheidung, dass ich antizipiere, dass mein Wohlbefinden vergrößert wird? Oder muss, damit eine solche Entscheidung auf jeden Fall zu respektieren ist und nur im Falle der Verletzung anderer Grundrechte übergangen werden darf, gefordert werden, dass die Nachteile der kurzfristigen Verbesserung gegenüber den langfristigen Ri-

27 Deutscher Ethikrat (2012): Demenz und Selbstbestimmung, S 11

siken mit einbezogen werden? Auch wenn die Antwort hier einfach erscheint, stellt sich dennoch die Frage, warum eigentlich nicht der »unvernünftige« Wertehorizont »Vermehrung des aktuellen Wohlseins« eine ebenso große Beachtlichkeit haben soll, wie die kompliziertere Abwägung von längerfristigen Vor- und Nachteilen? Folgt man dem Maßstab individualisierter Fallbetrachtungen, so könnte hier im Falle einer Persönlichkeit, die Zeit ihres Lebens spontan und augenblicksbezogen gelebt hat, die Äußerung anders bewertet werden als bei einer Person, die stark auf Zukunftssicherung und Risikovermeidung gesetzt hat.

Unabhängig davon aber, ob eine Äußerung oder non verbale Mitteilung eines schwer kranken Patienten, die eventuell nur auf der Ebene der Abwendung von Unwohlsein geschieht, von uns schon dem Bereich der willentlichen, Selbstbestimmung konstituierenden Äußerungen zugeordnet wird, ist diese in jedem Falle zu respektieren und rechtlich beachtlich.

Schlussfolgerungen

Zunächst ist im Einklang mit der UN-Konvention festzustellen, dass psychisch kranke Menschen auch in psychotischen Krisen oder Perioden innerhalb einer Erkrankung, die einer logischen Argumentation oder kritischen Korrektur durch die Außenwelt nicht mehr zugänglich sind, rechts- und handlungsfähige Personen sind und auch bei Geschäftsunfähigkeit prinzipiell einen rechtsbeachtlichen, natürlichen Willen haben.

Die Begründung, wann und unter welchen Umständen dieser aber in bestimmten Ausnahmefällen mit Zwang gebrochen werden darf, gehen weit auseinander: während die UN-Konvention dies nur zulässt, wenn andere Grundrechte des Betroffenen oder anderer bedroht sind und diese Bedrohung nicht mit anderen Mitteln abgewendet werden kann, kennt das deutsche Recht auch die Begründung, dass die psychische Erkrankung den Willen so einfärben oder verändern kann, dass dieser nicht mehr als selbstbestimmt und frei, sondern als unfrei und unbeachtlich gewertet werden kann.

Dieses Begründungsmuster wird von der Willenspsychologie und Teilen der philosophischen Diskussion gestützt. Zwar kann man im Sinne der Willenspsychologie davon ausgehen, dass in vielen Fällen psychotischer Krisen die Indikatoren einer Willensbildung erfüllt sind. So besteht gerade in Phasen wahnhafter Verkennungen der Realität eine Vornahme zu einer Handlung, d.h. die Antizipation eines situativen und sinngebenden Bezugs, der über die sofortige und reine Befriedigung von Gewohnheiten oder Bedürfnissen hinausgeht. Des Weiteren besteht auch häufig die Absicht die antizipierte Handlung zu implementieren und durchzusetzen. Im Sinne Lewins kann aber in solchen Fällen nicht von einer »beherrschten Handlung« gesprochen werden, bei der das Ich auf die sog. Feldkräfte einwirkt. Oder mit den Worten Lara Hubers ausgedrückt, es gibt in solchen Fällen keinen freien Willen, weil dieser nicht unabhängig von einem inneren Zwang ist.²⁸

28 Hinzu kommt, dass auch das Kriterium der Anerkennung der eigenen Urheberschaft bei einer Ich-Diffusion in Frage steht.

Vor dem Hintergrund dieses Dilemmas werden immer wieder Verfügungen der Betroffenen selbst diskutiert. Eine zumindest für bereits psychisch erkrankte Personen bewährte Möglichkeit sind diejenigen Vorausverfügungen, die die Gestalt einer Behandlungsvereinbarung²⁹ annehmen können, die meist eine Absprache über ein Behandlungssetting im Notfall, einschließlich einer bestimmten Behandlung gegen den aktuellen Willen enthält. Zum anderen gibt es die Psychiatrischen Testamente³⁰, die meist medikamentöse Behandlungen ausschließen. Bei solchen psychiatrischen Vorausverfügungen ist zwar der Anwendungsbereich enger umfasst als üblicherweise bei Patientenverfügungen, und deshalb das Zutreffen der in der Verfügung festgelegten Auslösesituation größer als bei den meisten Patientenverfügungen, die die medizinische Behandlung am Lebensende betreffen. Auf der anderen Seite treffen aber die prinzipiellen Bedenken und Schwierigkeiten, ob die zukünftige Situation wirklich antizipierbar ist und wie die mögliche Änderung des aktuellen Willens bezüglich Überlegenheit oder Unterlegenheit unter den ursprünglich geäußerten Willen, auch bei der Umsetzung solcher Vorausverfügungen zu. Zu fragen ist auch, ob die volle Einsichtsfähigkeit zur Zeit der Abfassung einer solchen Verfügung gegeben war und wer dies unter welchen Bedingungen beurteilt hat. Eine Hilfe können solche Verfügungen sein, ein Ausweg aus dem oben angesprochenen Dilemma sind sie aber deshalb nicht, weil sie aller Voraussicht nach nur von einem kleinen Teil meist der bereits länger Betroffenen, sicherlich kaum von Ersterkrankten in Anspruch genommen werden.

Ich schließe mit dem Hinweis, dass eine achtsame Beobachtung und Kontaktaufnahme zu Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei Kenntnis der Indikatoren für willentliches und selbstbestimmtes Verhalten, wie sie hier dargelegt wurden, dazu führt, dass Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens und des Selbstäußerns auch noch da entdeckt werden, wo sie bislang negiert oder übergangen wurden und dies gerade in der Pflege und Behandlung schwer kranker Menschen zu einer stärkeren Achtung und Beachtung selbstbestimmter Äußerungen und größerer Anerkennung der jeweils möglichen oder noch möglichen Willensbildung je nach Entscheidungsgegenstand führt.³¹ Ersetzende Hilfen oder Entscheidungen sind stets erst nach Ausschöpfung aller unterstützenden Maßnahmen zur Selbstäußerung, Selbstaktivität und Selbststeuerung einzusetzen. Im Falle schwerer,

29 Vgl. DIETZ, A./PÖRKSEN, N./VOELZKE, W. (1998): Behandlungsvereinbarungen- Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

30 Vgl. LEHMANN, P. (1993): Theorie und Praxis des Psychiatrischen Testaments, in: KEMKER, K./LEHMANN, P. (Hg.): Statt Psychiatrie, Berlin: Antipsychiatrieverlag, 253–281.

31 Vor dem Hintergrund meiner praktischen Erfahrungen (Leitung einer psychiatrischen Ambulanz seit 12 Jahren) gehe ich davon aus, dass man sehr viele Zwangsmaßnahmen durch umsichtiges Vorgehen (Gespräch, Einbeziehung des Umfeldes, psychotherapeutische Behandlung, Notfallpläne zur Selbststeuerung) vermeiden kann, allerdings sich in die Tasche lügen würde, wenn man behauptet, man käme ganz ohne Zwangsmaßnahmen aus. Diese dürfen aber, so meine Überzeugung, nur als Ultima Ratio angewendet werden, wenn alle anderen Interventionsformen versagt haben, und niemals aus Gründen der Bequemlichkeit oder der Kostenersparnis.

realitätsverkennender psychischer Erkrankung können diese ersetzenden Hilfen und Maßnahmen im Extremfall auch den Charakter von gegen den Willen durchgesetzten Zwangsmaßnahmen annehmen. Diese müssen dann aber an hohe rechtliche Hürden gebunden sein, wie das BGH-Urteil sie auch nahelegt und die neben einer engen zeitlichen und methodischen Beschränkung und behandlerunabhängiger Kontrolle nur als Ultima Ratio eingesetzt werden auf der ehrlichen Grundlage, dass damit gegen den natürlichen Willen und gegen die Selbstbestimmung eines Menschen gehandelt wird.

Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation - gleichberechtigt mittendrin

Andreas Heinz

Vor mehr als 10 Jahren ist das 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft getreten. Mit der Grundausrichtung des Gesetzes wurde ein Paradigmenwechsel von einer institutionellen und fürsorglichen Ausrichtung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen hin zu einer Personenzentrierten Ausgestaltung der Hilfen für Menschen mit Behinderung eingeleitet. Deren wesentlichen Zielsetzungen sind die gesellschaftliche Teilhabe und die Stärkung der Partizipation der Betroffenen.

Auch im SGB V wurde die Patientenorientierung gestärkt, so durch die Ausweitung der Selbsthilfeförderung bzw. der Mitsprachemöglichkeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss und der Orientierung der Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen in Richtung des Lebensfeldes. Frau Widmann-Mauz hat auf das Patientenrechtegesetz hingewiesen (vgl. Widmann-Mauz in diesem Band).

Mit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wurde 2009 ein weiteres politisches Signal in Richtung *Teilhabe und Partizipation* im deutschen Bundestag per Gesetz proklamiert. Die Zielsetzung der Teilhabe ist in der Konvention eng verbunden mit dem Begriff der Inklusion und der Vision einer inklusiven Gesellschaft, in der Menschen mit Behinderungen *gleichberechtigt mittendrin* leben (vgl. BORBÉ 2011).

Diese positiven Entwicklungen sollen in Bezug auf selbstbestimmtes Leben, Teilhabe und Inklusion allerdings nicht den Blick dafür verschließen, dass sich in der Umsetzung von sozialrechtlichen Vorgaben in Bezug auf Selbstbestimmung und Inklusion von Menschen mit Behinderung eine Vielzahl von Umsetzungsproblemen gezeigt haben und hier noch erheblicher Handlungsbedarf besteht (vgl. Stellungnahme APK 2011).

Zugleich hat sich gezeigt, dass in den jeweiligen Sozialgesetzbüchern gesetzliche Vorgaben teilweise nicht ausreichend verbindlich und präzise verankert wurden, so dass hier noch gesetzlicher Reformbedarf besteht.

Zu all dem gibt es eine intensive Diskussion. Das ist gut. Allerdings gibt es dabei oft thematische Verengungen, die psychisch behinderte Menschen unberücksichtigt lassen. Meist stehen die körperlichen Behinderungen so im Vordergrund, dass psychische Behinderungen kaum Erwähnung finden. Wir haben die gemeinsame Aufgabe, darauf hinzuweisen, dass auch psychische Störungen zu Behinderungen führen können, dass auch psychisch kranke Menschen von Ausgrenzung bedroht sind und dass manche psychisch kranke Menschen gesellschaftliche Teilhabe nur mit Unterstützung erreichen und beibehalten können. Selbstverständlich unterstützen wir alle Bemühungen, Menschen mit Gehbehinderung die Teilhabe zu erleichtern, aber ›rollstuhlgerecht‹ bedeutet nicht für alle ›barrierefrei‹. Es gibt besondere ›Barrieren‹ für psychisch beeinträchtigte Menschen, die mit spezifischen, individuellen Stressfaktoren zusammenhängen (vgl. Stellungnahme APK 2011).

Menschen mit psychischen Erkrankungen treffen in der Gesellschaft vielfach auf Unverständnis und teilweise auf Stigmatisierung und Ablehnung. Das geht einher mit einer Tabuisierung psychischer Krankheiten in der Familie und im unmittelbaren Lebensumfeld, wodurch Hilfen gar nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden (vgl. GAEBEL 2004).

Barrierefreiheit schaffen heißt hier: Aufklären, Verständnis fördern, Hilfen aktiv anbieten (nicht: auf einen formgerechten Antrag warten), Hilfen zugehend anbieten, dabei erforderlichenfalls auch Angehörige und andere Bezugspersonen einbeziehen.

- Zum Beispiel kann durch eine mit der Erkrankung verbundene Antriebsschwäche oder Angst eine große Barriere entstehen, ein Amt für die Beantragung von Leistungen aufzusuchen. Die Folge ist, dass Ansprüche nicht geltend gemacht werden, mit der weitergehenden Folge, dass die Miete bzw. der Krankenkassenbeitrag nicht gezahlt wird, mit der weiteren Folge, dass Wohnungslosigkeit und Schulden drohen. Das bedeutet Ausgrenzung.
- Bisweilen empfinden psychisch kranke Patienten Behördenbriefe als bedrohlich und einschüchternd. Da werden Sanktionen angedroht, wenn nicht in kurzer Zeit irgendwelche Bescheinigungen vorgelegt werden, die dem psychisch kranken Menschen nicht verfügbar, vielleicht noch nicht einmal verständlich sind. Wenn ein akut psychisch kranker Mensch kurzfristig Erklärungen zu fünf früheren Arbeitgebern einreichen muss, »rettet« er sich vielleicht in einen Rentenantrag. Das ist – trotz aller formalen Berechtigung – aktive Ausgrenzung.
- Außerhalb des Krankenhauses gibt es für psychisch kranke Menschen nicht genug Leistungen der ambulanten Behandlung, medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der Pflege, die über Beiträge an die Sozialversicherungsträger finanziert werden. Dagegen müssen »Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft« (Eingliederungshilfe) grundsätzlich selbst gezahlt werden: Hilfen im Wohnbereich, Hilfen bei der Tagesgestaltung, Hilfen zur Kontaktaufnahme und Aktivität im Alltag und Pflegeleistungen, deren Kosten die »Teilkasko«-Beiträge der Pflegeversicherung übersteigen. Da die wenigsten Patienten dafür genügend Geld haben, werden sie zu Sozialhilfeempfängern. Fast regelhaft wird die Sozialhilfe praktisch zum vorrangigen Kostenträger. Die Anrechnung von Einkommen und Vermögen führt dann zur Bedürftigkeit. Auch das bedeutet Armut und Ausgrenzung.
- In den psychiatrischen Kliniken waren vielerorts personelle Kürzungen zu verkraften und das therapeutische Angebot kann nur mit Mühe aufrechterhalten werden. Aktuell steht im Bundesgesundheitsministerium eine Verordnung zum Beschluss, durch die die Finanzierung von psychiatrischer Krankenhausbehandlung neu geordnet wird. Darin werden Leistungen für stabilere Patienten, die spezielle therapeutische Angebote nutzen können, begünstigt. Nach drei Wochen wird die Finanzierung der Behandlung automatisch gekürzt. Das führt dazu, dass psychisch kranke Menschen mit unregelmäßigem oder kontinuierlich hohem Bedarf an therapeutischer Begleitung für die Krankenhäuser zum finanziellen Risiko werden (vgl. KUNZE et al. 2013). Auch hier droht Ausgrenzung.

Wir müssen diesen offenen oder verdeckten, bewusst oder billigend in Kauf genommenen Ausgrenzungsprozessen unser Eintreten für Partizipation und Teilhabe entgegensetzen

- gesellschaftspolitisch im Hinblick auf ein akzeptierendes, gleichberechtigtes und wechselseitig unterstützendes Zusammenleben von Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen
- fachlich durch Entwicklung gleichberechtigt abgestimmter personenzentrierter Hilfen, die immer das Ziel der Teilhabe verfolgen
- und sozialpolitisch im Hinblick auf die Finanzierung der erforderlichen Hilfen im Bereich Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie Hilfe zur Teilhabe und Pflege.

Sozialpolitisch sind aktuell die zentralen Erfordernisse:

- Aussetzung des sogenannten PEPP-Katalogs zur Finanzierung psychiatrisch/psychosomatischer Krankenhausbehandlung, bis ein Modell der Finanzierung entwickelt ist, das den besonderen Bedarfen schwer psychisch kranker Menschen gerecht wird (Der Hinweis, dass dies noch geklärt werden müsse, kann nicht befriedigen – Am 19.11.2012 hat der Gesundheitsminister den PEPP-Katalog per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt. Das ist jetzt die Basis für weitere Entgeltentwicklung.)
- Die Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI, damit Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankung pflegebedürftig geworden sind, ebenso wie Menschen mit somatischen Erkrankungen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können; die bisherige eklatante Benachteiligung psychisch kranker Menschen insbesondere mit Demenz muss beendet werden
- Ausbau von Prävention und Förderung seelischer Gesundheit mit gesicherter – also nicht projektbezogener – Finanzierung, Regelung in einem Präventionsgesetz
- Reform des Sozialhilferechts zu einer personenzentrierten Hilfe zur Teilhabe gemäß dem Vorschlag der Bund-Länder-AG zur Reform der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfe soll wie andere Hilfen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung einkommensunabhängig geleistet werden.
- Unbefristete Förderung von Arbeit und Beschäftigung für Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen ohne Förderung keine Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben haben. Arbeit- und Beschäftigung soll vor allem in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes gefördert werden.
- Förderung von Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlichem Engagement für psychische Gesundheit und Zusammenleben mit psychisch beeinträchtigten Menschen
- Sozialraumbezogene Förderung, Vernetzung und Koordination von Hilfen durch die Kommunen, die dazu finanziell in die Lage versetzt werden müssen; dabei sind professionelle und nicht-professionelle Hilfe und Unterstützung einzubeziehen.

Dazu gehört der Zusammenschluss von Menschen, die unter psychischen Störungen leiden oder gelitten haben, deren Angehörige oder Bezugspersonen, sowie Menschen, die sich professionell, ehrenamtlich oder eigeninitiativ der Unterstützung psychisch kranker Menschen widmen. Wir sind sehr froh, dass es diesbezüglich bereits eine weit entwickelte Bewegung gibt. Der Dialog ist in vielen Regionen angekommen. Wir wollen uns verstärkt daran beteiligen und ihn insbesondere im sozialpolitischen Bereich fördern.

Wir wollen uns auch an den Aktivitäten zur Umsetzung der UN Behindertenrechtskonvention beteiligen. Der größte Teil der psychisch kranken Menschen gesendet nach der Erkrankung und kann ohne wesentliche Beeinträchtigungen berufliche und Alltagsanforderungen bewältigen. Eine nicht geringe Anzahl von Erkrankungen führt jedoch zu langfristigen Beeinträchtigungen, so dass man von Behinderung sprechen muss.

Auch in diesen Fällen wird sehr häufig im förmlichen Sinne keine Behinderung festgestellt. Psychische Erkrankungen unterliegen in ihrem Heilungs- bzw. Behandlungsverlauf oft starken Schwankungen. Phasen der Gesundung bzw. eines positiven Heilungsverlaufes wechseln sich ab mit akuten Krankheitsphasen. Dies kann einerseits dazu führen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht als behindert anerkannt werden, da die Beeinträchtigung nicht kontinuierlich besteht. Andererseits kann es dazu führen, dass von den Betroffenen Anträge nicht gestellt werden, weil die Anerkennung als behindert von ihnen mit dauerhafter und kontinuierlicher Beeinträchtigung gleichgesetzt wird, was für sie mit ihrem Selbstbild nicht vereinbar ist.

Auch für diese Menschen ohne Behindertenausweis müssen die Prinzipien der UN BRK gelten und auch wenn Behinderung zwar noch nicht eingetreten ist, jedoch bei ungünstigem Verlauf droht.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE fühlt sich seit ihrer Gründung im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Enquete in besonderem Maße den schwer psychisch kranken Menschen verpflichtet. Sie laufen Gefahr, von den üblichen sozialen und gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht erfasst zu werden. Deshalb halten wir die Prinzipien der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen für höchst bedeutsam und wollen an deren Umsetzung mitwirken.

Auch die UN-Konvention thematisiert die bisher ausgeführten Aspekte zu Teilhabe und Partizipation in ihrer Definition von universellen Menschenrechten:

- Recht auf Selbstbestimmung und Partizipation
- Recht auf Teilhabe
- Recht auf Schutz
- Recht auf Unterstützung

In der Umsetzung dieser Menschenrechte sind gerade für schwer psychisch kranke Menschen zentrale Handlungsfelder

- Bewusstseinsbildung
- Barrierefreiheit

- Behandlung (einschließlich medizinischer Rehabilitation) und Pflege
- Unterbringung und Zwangsbehandlung
- Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- Soziale Teilhabe
- Partizipation und politische Teilhabe

Den Handlungsbedarf in Bezug auf Barrieren, Behandlung und Pflege, Arbeit und Beschäftigung und Soziale Teilhabe habe ich bereits ausgeführt.

Abschließend möchte ich noch auf das aktuell so intensiv diskutierte Handlungsfeld der Unterbringung und Zwangsbehandlung und die bisher viel zu wenig beachteten Handlungsfelder der Bewusstseinsbildung bzw. der politischen Teilhabe eingehen.

Handlungsfeld »Unterbringung und Zwangsbehandlung«

In der Diskussion zur Umsetzung der Artikel 14 und 17 der UN BRK sind Zwangsmaßnahmen in der deutschen Psychiatrie zu Recht verstärkt in die Kritik geraten. Es gibt vielerorts zu viel Zwang (vgl. SPENGLER 2007). Die Überprüfungen durch die Gerichte führen nicht zu einer einheitlichen Rechtsauslegung. Es ist keineswegs immer gesichert, dass vor einer Zwangsmaßnahme alle therapeutischen Mittel ausgeschöpft worden sind, die Krise ohne Zwang zu bewältigen. Das muss sich dringend ändern. Dazu sind neue gesetzliche Regelungen erforderlich und vielerorts eine andere Umgangsweise mit psychisch kranken Menschen. Die nächste Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE wird sich mit ambulanten Hilfen bei psychischen Krisen befassen. Wir sehen hier dringenden Handlungsbedarf – auch, um mit rechtzeitigen und niedrigschwelligen Hilfeangeboten Zwangsmaßnahmen zu verhindern (vgl. KUNZE et al. 2013; VON HARDENBERG 2013).

Allerdings halten wir in klar geregelten Sonderfällen auch eine Behandlung ohne Behandlungsauftrag des Patienten für fachlich und ethisch geboten, in einigen Fällen sogar gegen den erklärten Willen des Patienten. Damit nehmen wir eine andere Position ein als z. B. der Bundesverband der Psychiatererfahrenen (vgl. www.bpe-online.de). Wir vertreten dies, weil wir der Überzeugung sind, dass auch Menschen, die zeitweise aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ihre Situation einzuschätzen, die Möglichkeit bekommen sollen, ihr Recht auf Selbstbestimmung in einem Zustand der Orientiertheit auszuüben. Dies ist manchmal nur mit Hilfe von Behandlung zu erreichen. Auch bei Fremdgefährdung aufgrund psychischer Erkrankung halten wir Gefängnis oder Forensik nicht grundsätzlich für eine bessere Alternative zur Zwangsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik.

Die derzeitigen Urteile des Bundesverfassungsgerichtes, die auch die UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigen, verpflichten aber zurecht darauf, dass alle Maßnahmen gegen den aktuellen erklärten Willen eines Menschen, der aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht einsichtsfähig ist und sich – wie

beispielsweise ein demenzkranker Patient, der die Insulinmedikation ablehnt – durch seine Handlungen selbst gefährdet, nur dann erfolgen dürfen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies beinhaltet die Verpflichtung, alles zu tun, was den selbst bestimmten Zugang zu notwendiger Behandlung für die betroffenen Menschen erleichtert: Dazu gehört die Etablierung von Behandlungsangeboten in Wohnortnähe und die Verbesserung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung. Daneben müssen auch hier die in anderen Ländern eingeführten (und evaluierten) Prinzipien von »Assertive Community Treatment« und Hometreatment und andere ambulante bzw. auf das Lebensfeld der Betroffenen gerichtete Behandlungsangebote tatsächlich etabliert werden, wenn durch sie Zwangsmaßnahmen abgewendet werden können (LAMBERT 2010: 135). Ebenso gehört dazu ein hinreichender Personalschlüssel auf den Stationen, da dann Türen geöffnet und Zwangsmaßnahmen reduziert werden können (LANG et al. 2010). Es ist absurd, dass in der derzeitigen Diskussion einerseits Kostenersparnis im Bereich der Krankenhausbehandlung psychisch Kranker oberstes Gebot der Psychiatriereform ist und andererseits Menschenrechtsverletzungen im Sinne vermeidbarer Zwangsmaßnahmen endlich thematisiert werden, aber im Rahmen einer fehlenden Reform des psychiatrischen Versorgungssystems menschenrechtliche Verbesserungen kaum Chancen auf Umsetzung haben. Beide Problembereiche können nicht getrennt voneinander diskutiert werden, handlungsleitend müssen vielmehr die in der Behindertenrechtskonvention und im Grundgesetz verankerten Menschenrechte sein an die sich das Behandlungssystem und die hierfür aufzubringenden Kosten anzupassen haben.

Ich hoffe, dass wir uns gemeinsam für eine erhebliche Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie einsetzen können, auch wenn es in Bezug auf die generelle Berechtigung von Zwangsbehandlung unterschiedliche Einschätzungen geben sollte (vgl. von Hardenberg).

Handlungsfeld »Bewusstseinsbildung«

Teilweise sind Menschen mit psychischer Erkrankung durch fehlendes Wissen bzw. Falschinformation immer noch mit Vorurteilen und Stigmas konfrontiert. In der Gesellschaft besteht ein ablehnender, tabuisierender Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten (vgl. GAEBEL 2004). Auch Unterstützungsangebote tragen ggf. zu Tendenzen der sozialen Isolierung bei, wenn durch sie abgegrenzte Sondermilieus geschaffen werden (vgl. BURNS et al. 2007; Für alle Fälle e. V. 2007).

Deshalb ist der Ausbau von regionalen Anti-Stigma-Projekten¹ unabdingbar, sowie überregionale Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen (Initiierung und Finanzierung). Dies erfolgt bereits unter der Koordination des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit und sollte weiter gefördert werden. Durch Bildungsarbeit, Aus- und

¹ Es ist aber noch umstritten, welche Art von Anti-Stigma-Maßnahmen tatsächlich wirksam sind. Hier besteht Forschungsbedarf.

Weiterbildung muss eine Haltungsänderung bei Sozial- und Selbstverwaltung und bei Leistungserbringern angestrebt werden. Durch weitreichende Sozialraumaktivitäten, durch Sozialraum-«Netzwerke» und »Quartiersarbeit« der Leistungserbringer und –träger können sowohl Sondermilieus aufgelöst oder zumindest vernetzt werden, als auch Inklusion und Integration und Anti-Stigma-Arbeit konkret mit den entsprechenden Akteuren vor Ort erprobt und vorangetrieben werden.

Handlungsfeld »Partizipation und politische Teilhabe«

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zu wenig beteiligt an der Leistungsgestaltung, Leistungsbewilligung, Leistungsdurchführung, der Gestaltung des Sozialraumes und der Gesetzgebung.

Hier besteht weiterhin Handlungsbedarf: Die Infrastruktur von regionaler Selbsthilfe muss nachhaltig gefördert, ihre Beteiligung und die Berücksichtigung ihres Beitrag an der Konzeptentwicklung von Unterstützungsangeboten verbindlich werden (vgl. LISOFSKY 2009; CRÄMER 2003; vgl. BPE e. V. [o. J.]). Daneben muss die überregionale Interessenvertretung (Selbstverwaltung, Bundes- und Länderprogramme) weiter ausgebaut und finanziert werden.

Die Förderung von Ex-In-Projekten wird zur Weiterentwicklung der Betroffenenperspektive und ihrer Einflussnahme in Institutionen und der Öffentlichkeit beigetragen. Dies gilt insbesondere auch für die Einrichtung und die Finanzierung von Stellen für Betroffene und Ex-In-Ausgebildete.

Durch die Berufung auf verschiedene Gesetze und durch ihren Ausbau können Patientenrechte gestärkt und Selbsthilfe weiter unterstützt werden: auf Bundesebene betrifft dies die Sozialgesetzbücher V und IX, das Patientenrechtegesetz und das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, auf Landesebene die länderspezifischen Weiterentwicklungen des ehemaligen Bundes-Heimrechts im Sinne von Wohn- und Teilhabegesetzen. Der Ausbau der Förderung der Selbsthilfe sollte zudem in den Psych-KGs der Länder verankert werden.

Die mit dem Workshop im Juni begonnene Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist ein wichtiger zukünftiger Arbeitsschwerpunkt der APK, um auch hier die trialogische Perspektive (s. auch Beitrag Thomas Bock in diesem Tagungsband) in strukturellen Maßnahmen umzusetzen.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2011): Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zum Referentenentwurf »Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung«. http://www.apk-ev.de/Datenbank/themen/0144_UN-Konv%20Nat%20AP_%20APK-Stell%20_Refentw_110517%20End.pdf
- BORBÉ, R. (2011): UN-Behindertenrechtskonvention. Feste Größe in einem psychiatrie-politischen Schlingerkurs. In: Psychiatrische Praxis 2011, 38: 215–217.
- Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene [o. J.] <http://www.bpe-online.de/aktuelles/zwang-abschaffen.htm>; eingesehen am 01.01.2013
- Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene [o. J.] Satzung. <http://www.bpe-online.de/>; eingesehen am 01.10.2011
- BURNS, T./CATTY, J./BECKER, T./DRAKE, R. E./FIORITTI, A./KNAPP, M./LAUBER, C./RÖSSLER, W./TOMOV, T./VAN BUSSCHBACH, J./WHITE, S./WIERSMA, D. for the EQOLISE Group (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness. A randomised controlled trial. In: The Lancet. Vol. 370, Nr. 9593: 1146–1152.
- CRÄMER, J. Angehörige psychisch Kranker im Landesverband Berlin e. V. (2003): Versorgungsmängel im Berliner psychiatrischen Hilfesystem aus Sicht der Angehörigen psychisch Kranker im Landesverband Berlin e. V. und die Forderungen der Angehörigen an den Berliner Senat und Krankenkassen. Offener Brief.
- Für alle Fälle e. V., LORENZ, A. K./RUSSO, J./SCHEIBE, F./DEITERS, R. (2007): Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe. Evaluations- und Praxisprojekt »Personenzentrierte Hilfe aus Sicht der Nutzer«. Berlin. www.faele.org, eingesehen 01.10.2011
- GAEBEL, W. (2004): Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. In: Deutsches Ärzteblatt, Dezember 2004: 553–555
- KUNZE, H./HEINZ, A./SCHEPKER, R./GRUPP, D. (2012): AufPEPPen reicht nicht. In: f&w 1/2013
- LANG, U. E./HARTMANN, S./SCHULZ-HARTMANN, S./GUDLOWSKI, Y./RICKEN, R./MUNK, I./VON HAEBLER, D./GALLINAT, J./HEINZ, A. (2010). Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? In: European Journal of Psychiatry. Vol. 24, Nr. 4: 199–204.
- LANG, U. E./HEINZ, A. (2010): Wie viel kostet offenen Akutpsychiatrie? In: Psychiatrische Praxis, 37. Jahrgang, November 2010, 411 f.
- LAMBERT, M./NABER, D./BOCK, T. et al. (2010): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen: das Hamburger Modell. In: AMELUNG, V. E./BERGMANN, F./FALKAL, P./HAUTH, I. et al.: Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- LISOFSKY, B. (2009): Erwartungen an neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie. Aus Sicht der Angehörigen. In: WEATHERLY, J. N.; LÄGEL, R. (Hrsg.). Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik: 22–26.
- SPENGLER, A. (2007): Zwangseinweisungen in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis April 2007: 191–195.
- VON HARDENBERG, Nina 2013. Wahn und Zwang. Psychiatrie. In: Süddeutsche Zeitung 18.01.2013, HF2: 4

Anspruch auf Inklusion

Ulrike Mascher

Grundprinzipien¹ der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) sind die

- volle und wirksame Teilhabe in der Gesellschaft und
- die Inklusion in allen Lebensbereichen der Gesellschaft.

Innovativ an der Konvention ist dabei besonders der Perspektivenwechsel von der Integration zur Inklusion. Dies bedeutet: Der Mensch ist nicht mehr behindert, sondern wird durch einstellungs- und umweltbedingte Barrieren² behindert.

Dazu ist der Staat im Rahmen der Bewusstseinsbildung verpflichtet, in der Gesellschaft bestehende Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken – d.h. also einstellungsbedingte Barrieren, dies sind die bekannten Barrieren in den Köpfen – zu bekämpfen.³

Der Anspruch auf Inklusion beinhaltet insbesondere, dass Menschen mit Behinderungen ermöglicht wird:

- mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben,
- ihren Aufenthaltsort zu wählen,
- entscheiden zu können, wo und mit wem sie leben wollen,
- nicht verpflichtet zu sein, in besonderen Wohnformen zu leben und
- Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten und Anspruch auf Assistenz zur Vermeidung von Isolation zu haben.⁴

Dies ist die *Forderung nach einem inklusiven Sozialraum* und eigentlich nichts Neues. Früher sprach man im Verwaltungsrecht von der Verpflichtung des Staates bzw. der Kommunen zur Daseinsvorsorge. In der Pflege ist die Forderung nach quartiersbezogenen Pflege- und Betreuungskonzepten in einer vernetzten sozialen Infrastruktur bekannt. Das Pflegeneuausrichtungsgesetz greift hier zu kurz. Darauf will ich später noch eingehen. Die geplante Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, die derzeit zwischen Bund und Ländern verhandelt wird, will zwar Grenzen zwischen stationären und ambulanten Unterstützungsleistungen zum Wohnen aufheben und somit zur stärkeren Personenzentrierung der Leistungen beitragen. Nach Auffassung des VdK kann man aber nur Einrichtungsstrukturen reduzieren und durch personenorientierte Unterstützungsleistungen ersetzen, wenn parallel auch der inklusive Sozialraum mit seinen Unterstützungsstrukturen besteht. Dazu gehören Barrierefreiheit, ehrenamtliche Strukturen, wohnortnahe Begeg-

1 Art. 3 BRK

2 Präambel Buchst. e) BRK

3 Art. 8 BRK

4 Art. 19 BRK

nungs- und Beratungsstrukturen, eine Vielfalt von Wohnformen, Fachdienste zur Sicherstellung der Versorgung und zur Erbringung der fachlichen Leistungen sowie Netzwerkstrukturen und familiäre Strukturen.

Im Hinblick auf die Beseitigung umweltbedingter Barrieren hat die Konvention einen neuen Diskriminierungstatbestand eingeführt. Menschen mit Behinderung werden benachteiligt, wenn keine angemessenen Vorkehrungen getroffen werden, damit sie diese Wahlrechte ausüben und genießen können.⁵ Dies ist z. B. bedeutsam für den Anspruch auf inklusive Bildung⁶ und die barrierefreie Gestaltung des gesamten Arbeitsumfeldes wie Arbeitsstätte, Arbeitszeit und Arbeitsorganisation. Menschen mit Behinderungen wird in diesem Zusammenhang das Recht auf Arbeit in einem offenen, integrativen und für sie zugänglichen Arbeitsmarkt eingeräumt.⁷ Nach der Konvention besteht dieses Recht ohne Rücksicht auf die rein wirtschaftliche Verwertbarkeit der Arbeitsleistung.

Im Hinblick auf Gesundheitsversorgung begründet die Konvention einen Anspruch auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.⁸

Anspruch auf Inklusion nach der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet also, dass Menschen mit Behinderung das Recht haben, mitten in der Gesellschaft zu leben. Denn – so stellt die Konvention in der Präambel zu Recht klar – sie leisten einen wertvollen Beitrag zum allgemeinen Wohl und zu Vielfalt in der Gesellschaft.

Diese Prinzipien gelten für alle behinderten Menschen, einschließlich derjenigen, die intensive Unterstützung benötigen, d. h. also auch ganz klar für psychisch behinderte Menschen.

Im Folgenden möchte ich die Frage des Anspruchs auf Inklusion nicht aus rechtswissenschaftlicher oder gar völkerrechtlicher Sicht beleuchten. Vielmehr werde ich aus Sicht des VdK, eines Interessenverbands für behinderte und alte Menschen mit 1,6 Millionen Mitgliedern, zu Anspruch der Konvention und Wirklichkeit speziell unter dem Blickwinkel »Psychisch behinderte Menschen« Stellung nehmen und Handlungsbedarf benennen.

Bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verzeichnen die Statistiken seit Jahren eine erschreckende kontinuierliche Zunahme von psychischen Erkrankungen.

Nach der BKK-Krankheitsartenstatistik sind Arbeitnehmer heute doppelt so häufig von einem psychischen Leiden betroffen wie noch vor 20 Jahren. Jeder achte Ausfalltag der BKK Pflichtmitglieder entfiel 2010 auf eine psychische Erkrankung. 1976 lag der Anteil bei nur zwei Prozent aller Erkrankungen. Auffallend dabei ist, dass die meisten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2010 bei den Arbeitslosen auftauchten. Bei der Techniker Krankenkasse belegten Depressionen 2010 erstmals den Spitzenplatz bei Fehltagen. Nach Angaben des Wissenschaft-

5 Art. 2 BRK

6 Art. 24 BRK

7 Art. 27 BRK

8 Art. 25 BRK

lichen Instituts der AOK sind zwischen 2004 und 2010 die Krankheitstage wegen Burnout nahezu um das Neunfache gestiegen. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der aus dem Burnout-Syndrom resultierenden AU-Tage von durchschnittlich 4,6 Tagen je 1.000 BKK Mitglieder auf 63,2 Tage pro 1.000 BKK Mitglieder um mehr als das Dreizehnfache an.

Dies macht sich auch bei den Erwerbsminderungsrenten bemerkbar: Psychische Erkrankungen sind in den letzten zehn Jahren die Hauptursache für eine Frühverrentung. Sie verursachten 2010 bereits 39,3 % der etwa 181.000 neu zugegangenen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Erwerbsminderung tritt dabei immer früher ein, und zwar im Durchschnitt aller Erwerbsminderungsrentner mit etwa 50 Jahren und bei psychisch Kranken schon mit 48,3 Jahren. Menschen mit Schizophrenie werden im Median ca. acht Jahre eher als Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen berentet. Die ersten zehn Prozent dieser Diagnosegruppe sind bereits im Alter von 30 Jahren erwerbsgemindert. Aus der Rentenstatistik wissen wir, dass psychisch kranke Männer vor Bezug einer Erwerbsminderungsrente deutlich geringere Arbeitseinkommen als Männer mit somatischen Erkrankungen haben. Das Median-Bruttoeinkommen liegt nach einer Studie des Instituts für Soziologie der Universität Münster und der Westfälischen Klinik Münster aus dem Jahr 2006⁹ bei psychisch kranken Männern nur bei etwas mehr als 7.100 Euro im Jahr. Bis zur Berentung haben Sie im Durchschnitt 53 Monate weniger rentenversicherungspflichtig gearbeitet als Männer mit somatischen Erkrankungen. *Dies ist ein deutlicher Indikator für die mangelnde Inklusion in den Arbeitsmarkt und für Armut nach der Verrentung.* Denn die durchschnittlichen Zahlbeträge der vollen Erwerbsminderungsrenten bei Männern lag bereits in 2011 mit 673 Euro unter dem Grundsicherungsniveau. Dementsprechend ist in den letzten Jahren auch der Anteil an Werkstattbeschäftigten, die psychisch behindert sind, auf fast 19 % in 2011 gestiegen.

Blickt man auf die Situation älterer Menschen, ergibt sich ein ähnliches Bild. Bei heute fast 2,5 Mio. Leistungsbeziehern in der Pflegeversicherung führten Psychische Erkrankungen im Jahre 2002 bei 17, 2 % der Männer und 19,3 % der Frauen zu Pflegebedürftigkeit. Heute sind 1,3 Millionen Menschen an Demenz erkrankt; 2020 werden es schon 2 Millionen sein. Demenzkranke machen jetzt schon 61 % der rund 700.000 Heimbewohner aus. Die Angehörigen sind bei der Pflege zu Hause überfordert. Nach Berechnungen von Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen werden 240.000 Demenzkranke in Heimen oder ambulanter Pflege mit Psychopharmaka behandelt, um sie ruhigzustellen und damit auch Personal zu sparen. Prof. Glaeske hat dies zu Recht als »chemische Gewalt« bezeichnet.

Diese Befunde spiegeln sich in der Betreuungs- und Beratungsarbeit des VdK wider. Trotz erheblicher Erfolge und Verbesserungen aufgrund gemeinsamer Anstrengungen

9 PD Dr. RICHTER D. (2006): »Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen«, DRV-Schriften Band 55/2006

in den letzten Jahren ist insgesamt festzustellen: Psychisch behinderte Menschen sind im Vergleich zu nicht behinderten Menschen aber auch zu körperlich behinderten Menschen bezogen auf ihre Teilhabechancen am Leben in der Gesellschaft weiterhin stark benachteiligt.

Eine Ursache hierfür ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen immer noch stigmatisiert werden. Nicht zuletzt das in vielen Medien vermittelte Bild trägt dazu bei, Ängste auszulösen und Abwehrhaltungen zu erzeugen. Dies gilt sowohl im gesellschaftlichen oder beruflichen Kontext wie auch im privaten Wohnumfeld. Folge ist, dass Menschen nach einer psychischen Erkrankung zunehmend in Isolation geraten, nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt werden.

Unter dem Aspekt »Bewusstseinsbildung« müssen deshalb verstärkt Anstrengungen unternommen werden, »Berührungsängste« in der Gesellschaft, bei Arbeitgebern und Mitarbeitern gegenüber psychisch behinderten Menschen abzubauen. Unternehmen könnten hier deutlich mehr machen als sie es bislang tun: Hierzu gehört, ihre Führungskräfte und Ausbilder schulen und aktiv dafür sorgen, dass sich das Verständnis von Behinderung im Unternehmen ändert.

Ursachen für Burnout, Depression und Suchterkrankungen sind aber auch die bestehenden belastenden Arbeitsbedingungen wie

- hohe Arbeitsbelastung, Stress und Überforderung,
- zu hohe Erwartungen oder Zielvorgaben seitens des Arbeitgebers,
- mangelhafte Arbeitsorganisation,
- prekäre Beschäftigung oder
- drohender Arbeitsplatzverlust.

Die Arbeitswelt von heute ist primär auf Reduzierung von Kosten und Gewinnmaximierung ausgerichtet. Ein Arbeitsmodell mit Zukunft muss anders aussehen: Wir brauchen Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen, die nicht krank machen. Die Gewerkschaften haben hierzu das Leitbild der »Guten Arbeit« auf ihre Fahnen geschrieben. Dies muss in Richtung Inklusion ausgebaut werden. Dies bedeutet, dass das Arbeitsumfeld an die Menschen, ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten angepasst sein muss, und nicht umgekehrt. Das ist vor allem aufgrund der demografischen Herausforderungen in einer Gesellschaft des langen Lebens – und das soll ja auch ein langes Arbeitsleben sein – immer dringlicher. Hier sind vor allem die Arbeitgeber in der Pflicht. Wir wissen aus unserer eigenen Arbeit als VdK mit Unternehmen und Betrieben vor Ort, dass es durchaus Arbeitgeber gibt, die in Zusammenarbeit mit engagierten Schwerbehindertenvertretungen und Betriebsräten ihre Personalpolitik geändert haben und offen für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung sind. Der VdK z. B. geht in Betriebe und führt Schulungen und Informationsveranstaltungen durch, leistet häufig erfolgreich Überzeugungsarbeit.

Aber es muss von Seiten der Arbeitgeber mehr getan werden. Es gibt immer noch rund 38.000 Unternehmen, die trotz ihrer Beschäftigungspflicht keinen einzigen schwerbehinderten Menschen beschäftigen. Diese Arbeitgeber müssen stärker in

die Pflicht genommen und möglicherweise mit einer höheren Ausgleichsabgabe belastet werden. Allein die Mechanismen von Angebot und Nachfrage von Arbeitsplätzen und Arbeitskräften werden den Arbeitsmarkt nicht zu einem inklusiven Arbeitsmarkt machen. Die Bereitschaft der Arbeitgeber, bei Arbeitsstruktur, Arbeitszeiten, Arbeitsorganisation Veränderungen im Sinne der Betroffenen vorzunehmen ist sehr gering. Viel zu schnell wird darauf verwiesen, dass man »einen solchen Arbeitsplatz nicht habe«. Auch die Auswirkungen des Fachkräftemangels und des demographischen Wandels werden Menschen mit Behinderung, die besondere Unterstützung benötigen, voraussichtlich keine Türen zum allgemeinen Arbeitsmarkt öffnen. Deshalb müssen insbesondere im Arbeitsrecht angemessene Vorkehrungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention für einen inklusiven Arbeitsmarkt und eine inklusive Arbeitswelt getroffen werden. So besteht nach dem geltenden Arbeitsstättenrecht das Erfordernis einer barrierefreien Gestaltung von Arbeitsstätten im Hinblick auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz erst dann, wenn Menschen mit Behinderungen konkret beschäftigt werden. Dies wirkt sich aus Sicht von Arbeitgebern im Hinblick auf Mehrkosten z. T. sogar eher einstellungshemmend aus und entspricht nicht dem Anspruch der Behindertenrechtskonvention auf angemessene Vorkehrungen für einen offenen, integrativen und zugänglichen Arbeitsmarkt.

Aber auch Betriebsräte und Schwerbehindertenvertrauensleute sind in der Pflicht, indem sie bei Mobbing oder Anzeichen einer Suchterkrankung nicht wegsehen.

Ein Verlust des Arbeitsplatzes könnte häufig auch durch frühzeitige Intervention verhindert werden. So wurde 2005 das »Betriebliche Eingliederungsmanagement« im SGB IX verankert. Es verpflichtet Betriebe und Dienststellen, mit Mitarbeitern, die länger als 6 Wochen erkrankt sind, zu klären, ob sie aufgrund ihres Gesundheitszustands besondere Unterstützung benötigen. Hierzu gehören Maßnahmen am Arbeitsplatz oder Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz durch den Arbeitgeber oder externe Hilfen durch Rehabilitationsträger oder Integrationsamt. Dieses Instrument wird insbesondere in mittleren und kleinen Betrieben immer noch viel zu wenig genutzt. Es gibt nur wenige Unternehmen, in denen es verbindliche Betriebsvereinbarungen hierzu gibt. Im Arbeitsrecht müsste deshalb vorgeschrieben werden, dass ohne vorheriges Betriebliches Eingliederungsmanagement keine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen darf.

Defizite bestehen auch bei der medizinischen Versorgung psychisch Kranker. Menschen, die Hilfe brauchen, um Burnout-Krisen oder chronischer Depression vorzubeugen, finden vor allem in ländlichen Gebieten keine. Die Wartelisten bei Therapeuten sind zu lang. Das lange Warten auf einen Therapieplatz wirkt sich nicht selten gravierend auf den Gesundheitszustand des Betroffenen aus. Da die Diagnostik häufig zu spät erfolgt, sind psychische Erkrankungen dann im schlimmsten Fall bereits chronisch geworden. Das wiederum wirkt sich auf den Therapieverlauf, die weitere Krankengeschichte und die Heilungsaussichten nachteilig aus.

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit kümmern sich nach den Erfahrungen des VdK Krankenkassen nicht vorrangig um den Erhalt des Arbeitsplatzes etwa im Rahmen

der gestuften Wiedereingliederung. Ihr »Krankengeldmanagement« ist vordringlich darauf gerichtet, den Krankengeldbezug zu beenden. Hierzu wird Druck ausgeübt, die Arbeit möglichst schnell wieder und damit nicht selten vorzeitig wieder aufzunehmen. Dies wirkt sich häufig verschlimmernd auf das Krankheitsbild aus. Wir kennen auch Fälle, in denen arbeitsunfähig erkrankte Versicherte von Krankenkassenmitarbeitern aufgefordert wurden, den Arbeitsplatz doch lieber zu kündigen und sich arbeitslos zu melden oder eine Rente zu beantragen.

Einmal arbeitslos geworden, wird psychisch behinderten Menschen nicht selten der Zugang zur Rehabilitation verwehrt, weil sie als »Vermittlungsfälle« eingestuft werden. Dies passiert etwa bei Mobbingopfern, wo der Rehabilitationsträger auf die vergangene konkrete betriebliche Situation abstellt, obwohl anzunehmen ist, dass bei einem anderen Arbeitgeber aufgrund des bestehenden Gesundheitszustandes wieder die gleichen Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen auftreten werden.

Die Frühverrentung ist hier keine Problemlösung. Diese Erwerbsminderungsrenten sind in vielen Fällen noch nicht einmal existenzsichernd und müssen dann durch Grundsicherungsleistungen aufgestockt werden. Dies macht zunehmend jüngere behinderte Menschen zu Fürsorgeempfängern für den Rest ihres Lebens und verursacht den Sozialleistungssystemen hohe Kosten. Entscheidend ist aber, dass die Verrentung sich häufig verschlimmernd auf den Gesundheitszustand auswirkt. Denn Arbeit hat eine wichtige, tagesstrukturierende Funktion, verschafft Kontaktmöglichkeiten und verhilft zu Selbstbewusstsein. Das sind wichtige Faktoren für jeden Menschen, ganz besonders aber für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es ist daher kein Zufall, dass die Krankenkassenstatistiken bei Arbeitslosen die meisten Fehltag wegen psychischer Erkrankung aufweisen.

Der immer weiter steigende Anteil psychisch behinderter Erwerbsminderungsrentner zeigt, dass die derzeit angewandten Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichen, um eine Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt zu erreichen. Einem ständig zunehmenden Teil der Betroffenen bleibt mangels Alternativen auf dem ersten Arbeitsmarkt nur die Werkstatt für Menschen mit Behinderung, obwohl die Arbeitsanforderungen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten dort oft gar nicht ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechen.

Es bedarf neuer und innovativer Ansätze, die immer jünger werdenden psychisch Behinderten vor dem dauernden Ausschluss aus dem Erwerbsleben – vornehmlich dem allgemeinen Arbeitsmarkt – zu bewahren.¹⁰

Viele Behinderungen können durch technische Hilfen und entsprechende Arbeitsplatzgestaltung behinderungsgerecht ausgestattet werden. Die berufliche Eingliederung oder Wiedereingliederung mit psychischer Erkrankung/seelischer Behinderung ist in der Praxis weitaus schwieriger.

Notwendig sind langfristige intensive Vermittlungsbemühungen, mehr Unterstützung, Beratung und ggf. auch langfristige Begleitung und Assistenz an einem

10 PD Dr. RICHTER D. (2006): »Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen«, DRV-Schriften Band 55/2006

Arbeitsplatz auf dem »1. Arbeitsmarkt«. Diese Unterstützung muss auch finanziert werden. Wenn das Ziel Inklusion ernst gemeint ist, dann ist es Aufgabe der Politik, die finanzielle Förderung für diesen besonders benachteiligten Personenkreis auch sicherzustellen.

Die aktuellen Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe befassen sich zwar mit Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt, erschöpfen sich aber darin, Leistungen der Werkstatt durch andere, vielleicht billigere Anbieter erfüllen zu lassen. Dies greift zumindest zu kurz, es müssen bessere und neue Angebote geschaffen werden. Wir plädieren dafür, dass das Übergangsmanagement aus der Werkstatt in den Arbeitsmarkt verbessert wird. Wir sind der Meinung, dass die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Integrationsfachdiensten und Integrationsfirmen stärker gefördert und genutzt werden muss. Die bundesweite Einführung des »Budgets für Arbeit« – was insbesondere in Rheinland-Pfalz erfolgreich praktiziert wird – wäre hier ein wichtiger Baustein. Es gibt erwerbsgeminderten Menschen die Möglichkeit, auf Basis eines Arbeitsvertrages auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein, wobei die dauerhaft notwendigen Betreuungsaufwendungen von der Eingliederungshilfe finanziert werden.

Bei psychisch behinderten Menschen gibt es eine weitere eklatante Benachteiligung. Ich meine die leistungsrechtliche Ungleichbehandlung von jüngeren und alten Menschen. Während Jüngere Anspruch auf die »dynamische« Eingliederungshilfe mit vom Grundsatz her bedarfsdeckenden Leistungen haben, sind ältere Menschen bei gleicher Behinderung als »Pflegefälle« den Systemen von Altenhilfe, Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege zugeordnet.

Bezogen auf den Teilhabebedarf von Demenzzkranken sind diese Leistungen noch nicht einmal im Ansatz bedarfsdeckend, sondern vollkommen unzureichend.

Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind deshalb in besonderem Maße auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen, die hierdurch überfordert werden. Auf die besondere Belastungssituation pflegender Angehörige hat der VdK in einer bundesweiten Kampagne aufmerksam gemacht.

Aus Sicht des VdK ist es zwar positiv, dass mit dem Pflege neu ausrichtungsgesetz gerade die Versorgungssituation von Demenzzkranken verbessert werden soll. Was erreicht worden ist, ist aber nur Flickwerk.

Im Hinblick auf den tatsächlich vorhandenen Pflege- und Betreuungsbedarf sind z. B. die vorgenommenen Erhöhungen von Pflegegeld und Pflegesachleistung völlig unzureichend. In der Summe ergeben sich zwar für die Pflegeversicherung erhebliche Mehraufwendungen. Ich frage Sie aber, wie viel mehr an Betreuungsleistung ein Pflegebedürftiger etwa für einen Mehrbetrag von 70 Euro beim Pflegegeld und 150 Euro bei Sachleistung in der Pflegestufe II einkaufen kann.

Die neue Fördermöglichkeit zur Gründung betreuter Wohngruppen mit bis zu 10.000 Euro geht zwar in die richtige Richtung. Wir brauchen neue Wohnformen statt die einseitige Orientierung auf stationäre Pflege. Allerdings handelt es sich hier nur um eine Anschubfinanzierung in einem bis Ende 2015 befristeten Initiativprogramm. Es fehlt also die Nachhaltigkeit. Um bei Pflegebedürftigkeit in der

eigenen Wohnung zu bleiben, sind vielfach Maßnahmen zur Wohnungsanpassung notwendig. Bezeichnend ist, dass der Zuschuss der Pflegeversicherung zu Wohnumfeldverbesserungen zwar einkommensunabhängig ausgestaltet wird, aber es bei dem bisherigen Zahlbetrag von max. 2.557,00 Euro bleibt. Damit wird noch nicht einmal der Kaufpreisverlust seit 1995 ausgeglichen.

Die Hauptkritik des VdK richtet sich aber darauf, dass die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut aufgeschoben wurde. Nach geltendem Recht wird das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit allein nach dem Hilfebedarf bei einem Katalog von 21 abschließend im Gesetz aufgezählten Alltagsverrichtungen bemessen. Das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit wird allein nach dem zeitlichen Hilfebedarf durch Pflegepersonen bei diesen Verrichtungen beurteilt. Betreuung, Begleitung werden nur in Zusammenhang mit diesen Verrichtungen berücksichtigt, aber nicht als eigenständiger Bedarf anerkannt. Dies bedeutet, dass seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 psychisch Behinderte, vor allem Demenzkranke bei der Feststellung der Leistungsberechtigung und bei Ausgestaltung der Leistungen benachteiligt sind. Dabei liegt seit Januar 2009 der Abschlussbericht des Beirats für die Überarbeitung des Pflegebegriffs vor. Der vom Beirat entwickelte neue Begriff versteht Pflegebedürftigkeit als Beeinträchtigung der Selbstständigkeit von Menschen bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen und umfasst damit körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darf deshalb nicht weiter auf die lange Bank geschoben werden. Notwendig ist aber auch, dass mit dem neuen Begriff nicht nur der Hilfe- und Unterstützungsbedarf besser erfasst wird, sondern auch angemessene Leistungen für Demenzkranke sichergestellt werden. Die Beitragsanhebung ab 2013 in Höhe von 0,1 Prozentpunkten ist hierzu nicht ausreichend. Allein durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entstehen nach der damaligen Einschätzung des Beirats jährlich Mehrkosten von 3,6 Milliarden Euro.

Eine Pflegereform muss aber mehr als eine SGB XI-Reform sein. Bei der Schaffung einer pflegefreundlichen Infrastruktur – auch das gehört zu einem inklusiven Sozialraum – haben Pflegekassen und Kommunen eine gemeinsame Gestaltungsverantwortung. Um hier in Deutschland einheitliche Lebensverhältnisse sicherzustellen brauchen wir insbesondere

- verbindliche gesetzliche Regeln zur quartiersbezogenen Kooperation zwischen Kommunen und Pflegekassen,
- einen Rechtsanspruch auf altersgerechte Infrastruktur und integrierte Versorgung im Wohnquartier,
- die nachhaltige Förderung gegenseitiger Hilfen im Wohnquartier und vernetzter sozialer Infrastruktur und
- eine wohnungsnah, kompetente, integrierte unabhängige Pflegeberatung und -begleitung.

Fiskalpakt, Schuldenbremse, Haushaltssperre, das sind die Schlagworte, die Politiker hier entgegengalten. Es ist richtig, dass der öffentlichen Hand das Geld

fehlt. In den letzten zehn Jahren ging das Nettovermögen des deutschen Staates um über 800 Mrd. Euro zurück.¹¹ Auch die Kommunen stehen finanziell mit dem Rücken an der Wand. Dieser Verschuldung stehen aber steigende private Vermögen gegenüber.¹²

Steuerliche Umverteilung ist deshalb die Lösung.

Es ist nicht nur ungerecht, wenn die Finanzstarken steuerlich weniger belastet und sogar entlastet werden, während die Finanzschwächeren immer stärker belastet werden. Es bedarf auch mehr steuerlicher Gerechtigkeit für mehr Spielraum zur Finanzierung notwendiger Sozialleistungen. Einen armen Staat können sich nur Reiche leisten. Durch steuerliche Umverteilung können die Kommunen in die Lage versetzt werden, ihren Beitrag zum inklusiven Sozialraum zu leisten.

Der Anspruch der UN-Behindertenrechtskonvention auf Inklusion bedeutet, dass behinderte Menschen die Möglichkeit haben, mitten in der Gesellschaft zu leben. Dies erfordert einen gesellschaftlichen Wandel, der nicht einfach ist und seine Zeit braucht. Er ist aber möglich und ist ein Gewinn für alle Bürgerinnen und Bürger, nicht nur für Menschen mit Behinderungen.

11 Entwurf »Armut- und Reichtumsbericht« der Bundesregierung

12 das Nettovermögen der privaten Haushalte von knapp 4,6 auf rund zehn Billionen Euro mehr als verdoppelt. Im Berichtszeitraum zwischen 2007 und 2012 stieg das private Nettovermögen um 1,4 Billionen Euro.

Selbstbestimmung und Hilfeleistungsgebot

Raoul Borbé

Die Diskussion über das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Hilfeleistungsgebot, Autonomie und Heteronomie ist eng verbunden mit der Arzt-Patienten-Beziehung:

- Was ist der Patient für den Arzt?
- Was ist der Arzt für den Patienten?
- Welche Rollen »spielen« diese für den jeweils Anderen?
- Welche Arzt- und Patientenbilder existieren?

Eine ausführliche Behandlung dieser Fragen ist in diesem Rahmen nicht möglich, jedoch sollte klar werden, dass die Arzt-Patienten-Beziehung geprägt ist von »Rollenbildern«, die das jeweilige Handeln maßgeblich beeinflussen. Arztbilder sind meist populärer – z. B. der Eid des Hippokrates –, Patientenbilder bzw. wissenschaftliche Arbeiten zum Patientenbild gibt es dagegen kaum. Eine Annäherung an den Begriff kann hier nur exemplarisch erfolgen:

Verschiedene Patientenbilder sind uns allgegenwärtig: der Leidende, Hilfsbedürftige, in der Psychiatrie über viele Jahrhunderte auch der Irre, Unberechenbare, in Ermangelung eines Krankheitskonzeptes der vom Teufel Besessene, später der nicht Heilbare, schließlich Lebensunwerte. Nach dem 2. Weltkrieg traten andere Patientenbilder in den Vordergrund, die auch – mit einer zeitlichen Latenz – für die Psychiatrie an Bedeutung gewannen: der Patient als Fall (reduktionistisch-biologisch auf seine Pathologie beschränkt) oder gar als Kunde. Dass dies gerade im Gebiet der psychischen Störungen keine tragfähigen Patientenbilder sind, muss hier nicht näher erläutert werden. Dagegen trägt das Patientenbild des »Selbstverantwortlich-Mitwirkenden« (aus WIDMER 2005) einen Großteil moderner, nicht nur psychiatrischer Konzepte, u.a. den personenzentrierten Ansatz oder »Shared-Decision-Making«.

Einflussfaktoren auf das Patientenbild gibt es viele. Dies muss man sich als professionell Tätiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen immer wieder vor Augen führen, um kritischen Entwicklungen, wie z. B. dem bereits genannten »Kundenbild«, entgegenzuwirken. Andererseits sollte man offen für neue Entwicklungen sein, wie sie z. B. durch die UN-Behindertenrechtskonvention eingeleitet bzw. angemahnt werden und diese in das Patientenbild integrieren. Aktuell muss aber auch kritisch hinterfragt werden, inwieweit die jüngsten politischen und juristischen Entscheidungen nicht im Einzelfall aus dem »selbstverantwortlich Mitwirkenden« einen »Fremdbestimmt-sich-selbst-Überlassenen« Patienten machen und ob das von den professionell Tätigen aber auch der Gesellschaft so mitgetragen werden kann. Bei dieser Diskussion fällt immer wieder der Begriff des »Rechts auf Krankheit« als pointierter Ausdruck einer vollständigen Selbstbestimmung. Als Gegenargument wird u. a. das »Hilfeleistungsgebot« verwendet.

Begriffsdefinition

Die Hilfsbereitschaft/Wohltätigkeit ist ein Begriff, der in allen philosophischen Lehren aber auch in der christlichen Ethik eine zentrale Rolle spielt; die Geschichte vom »Barmherzigen Samariter« steht sinnbildlich für ein allgemeines Gebot der Nächstenliebe.

In der aristotelischen Tugendlehre kann die Hilfsbereitschaft – wenngleich nicht explizit von ihm als Tugend genannt – als Mitte zwischen der Selbstsucht (=Egoismus) und dem Übermaß der Selbstaufopferung verortet werden. Kant wiederum bestimmt Hilfsbereitschaft in seinem Pflichtenmodell als mildes Gebot gegenüber anderen, d. h. im Gegensatz zu den strengen Verbotspflichten. Hilfsbereitschaft, bei Kant »Wohltätigkeit«, zählt hier zu den drei Liebespflichten und ist daher nicht zu erzwingen.

Anders Schopenhauer, der ein sehr pessimistisches Menschenbild vertritt: Der Mensch ist vor allem egoistisch. Daneben sieht er Bosheit und Mitleid als die »Grund-Triebsfedern« menschlichen Handelns. Zum Mitleid sind wir fähig, weil wir uns in andere hineinversetzen können. Verfügt die Menschen nur über die Triebsfedern des Egoismus und der Bosheit, wäre keine menschliche Gemeinschaft möglich. Die Mitleidsfähigkeit ist hier der Kern einer solidarischen Gesellschaft.

Dieser – wenn auch nur kurze – Abriss der Wertigkeit der Hilfsbereitschaft in den grundlegenden Werken verschiedener Philosophen zeigt, dass eine Festlegung im Sinne einer Hierarchisierung unterschiedlicher Pflichten (d. h.: welche Rechte und Pflichten sind höher zu werten?) kaum möglich ist. Während z. B. Kant die Autonomie vor der Hilfsbereitschaft sieht, ist es bei seinem schottischen Zeitgenossen David Hume eher umgekehrt. Das war der Hauptgrund der amerikanischen Medizinethiker Beauchamp und Childress, Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts, gänzlich auf eine Hierarchisierung zu verzichten und vier ärztliche Verpflichtungen im Umgang mit dem Patienten *gleichrangig* zu benennen (BEAUCHAMP und CHILDRESS 2009):

- Hilfsbereitschaft (beneficence)
- Wahrung der Autonomie (autonomy)
- Nicht-Schaden-Prinzip (nonmaleficence)
- Gerechtigkeit (justice)

Nun geht der Begriff des Hilfeleistungsgebots über die Hilfsbereitschaft noch hinaus. Dies wird in unserer Gesellschaft u. a. durch die juristische Sanktionierung des Nicht-Helfens, also der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323 c StGB), verdeutlicht. Es gibt Situationen, analog zum barmherzigen Samariter, in denen aus der Hilfsbereitschaft aus moralischer Sicht ein Hilfeleistungsgebot, gar eine -pflicht wird, da ansonsten irreparabler Schaden entstehen könnte. Beispielhaft wäre die Entdeckung eines noch kleinen Schwelbrandes in einem Haus oder die Erstversorgung einer schweren Blutung bei einem Unfallopfer zu nennen.

Das Subsidiaritätsprinzip regelt das Hilfeleistungsgebot auf staatlicher Ebene. Durch entsprechende Unterstützung soll der Einzelne die Befähigung zu einer

autonomen, selbstbestimmten Lebensführung erhalten. Dem Anspruch auf Autonomie werden aber durch die faktische Heteronomie Grenzen gesetzt. Ohne die Anerkennung des Umstands, dass wir in unseren Entscheidungen meist heteronom bestimmt sind, und damit erst unser Handeln für den anderen kalkulierbar wird (völlige Autonomie hieße auch: Unberechenbarkeit) wäre ein Zusammenleben dauerhaft nicht möglich. Die Grenzen anderer müssen respektiert werden, gerade auch im Sinne der Freiheit anderer, die Überschreitung dieser Grenzen wird sanktioniert. Niemand darf einer anderen Person Schaden zufügen. Inwieweit man sich selbst Schaden zufügen darf, ist v. a. davon abhängig, ob man autonom entscheiden kann. Wer weiß, dass er sich mit seinem Handeln Schaden zufügt und dies sozusagen billigend in Kauf nimmt, wird nicht sanktioniert. In praxi zeigt sich aber ein differenzierteres Bild. So sanktionieren einige Staaten riskanten Suchtmittelkonsum, z. B. das Rauchen, durch hohe Steuern oder Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden. Soziale Unterstützungsleistungen werden mancherorts als Sachmittel und nicht in Geldform ausgegeben, um den Erwerb z. B. von Alkohol zu minimieren und eine alkoholische Leberzirrhose ist immer wieder Ausschlusskriterium für eine Lebertransplantation. Das sog. »Recht auf Krankheit« ist damit vielfältig eingeschränkt, die Teilhabe dieser Menschen ebenfalls.

Besonderheiten in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen

Viel deutlicher stellt sich aber die Frage nach dem Recht auf Krankheit, nach Autonomie, wenn die Selbstbestimmung krankheitsbedingt eingeschränkt bzw. aufgehoben ist, wenn der Betroffene also gar nicht zur Selbstbestimmung fähig ist.

Die akute Gefährdung wird hier nicht anders abgewendet als bei anderen auch. Es erfolgt die Sicherung, z. B. als Erstversorgung durch einen Notarzt oder als Festnahme durch die Polizei. Sollte aber ein Verbrechen vorgefallen sein, wird bei Menschen mit psychischer Störung geprüft, ob sie auf Grund dieser Störung nicht in der Lage waren, die Folgen ihres Handelns ab- und ihre Schuld einzusehen. Waren auf dem Boden der psychischen Störung die Einsichtsfähigkeit und die Steuerungsfähigkeit zumindest erheblich vermindert, so erfolgt nun eine privilegierte Behandlung des Straftäters. Statt einer Haftstrafe im Gefängnis soll eine Behandlung in einem spezialisierten psychiatrischen Krankenhaus erfolgen. Neben der Sicherung ist hier ein Hilfeleistungsgebot in unserer Gesetzgebung realisiert.

Die Besonderheit psychischer Erkrankungen liegt in der Tatsache, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung durch die Erkrankung eingeschränkt oder aufgehoben werden kann, dass die Nicht-Autonomie nicht nur Folge, sondern Teil der Erkrankung ist. Dementsprechend unterschiedlich sind daher gleichsinnige Willenserklärungen eines komatösen Unfallopfers und eines hochmanischen Patienten in ihren Folgen. Beide wollen keine Behandlung. Der komatöse Patient will nicht künstlich am Leben erhalten werden. Angesichts der schweren Kopfverletzungen entspricht die Willenserklärung dieser Situation, der Patient verstirbt kurze Zeit nach dem Abschalten der Apparate im Beisein seiner Familie. Der hochmanische

Patient will keine Behandlung in der Psychiatrie. Er überschuldet sich maßlos, verliert Ehefrau, Arbeit und die meisten seiner sozialen Bezüge. Alkoholisiert fährt er gegen einen Baum und bleibt querschnittsgelähmt. In einer luziden, also klaren Phase beklagt er, dass er nicht gegen seinen Willen behandelt worden sei.

Die zweite Geschichte kann genauso gut anders erzählt werden: Der manische Patient kommt in eine psychiatrische Klinik, die Willenserklärung ist nicht verfügbar. Er wehrt sich und wird tagelang fixiert, immer wieder mediziert. Er wird unwürdig behandelt und nach zähem Verlauf entlassen, die Manie ist abgeklungen. Er wird schwer depressiv, setzt die Medikamente nach einigen Monaten wegen extremer Gewichtszunahme ab. Aus Angst vor der Behandlung bei einer erneuten manischen Episode nimmt er sich das Leben.

Eine Abwägung von Selbstbestimmung und Hilfeleistungsgebot ist bei den beschriebenen Fällen zweifellos komplex und vielschichtig, jedoch wird durch den letzteren Fall das Hilfeleistungsgebot nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Vielmehr muss die Art der Hilfe überdacht werden.

Verantwortung von Politik und Gesellschaft

Die Einflussnahme/Neujustierung der oben genannten Begriffe im Verhältnis zwischen Arzt und Patient geschieht – aus historischer Perspektive betrachtet – meist schubweise, Erkenntnisse und Diskussion darüber scheinen immer mehr an einem Punkt angelangt zu sein, an dem reagiert werden muss. Wie auch beim Patientenbild kann es sich aber letztlich um unterschiedlichste Einflussfaktoren handeln, die primär auch nicht immer das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt stellen.

Im Grundsatz findet seit einigen Jahrzehnten in vielen Gesellschaftsbereichen eine Liberalisierung statt. Die Autonomie des Einzelnen wird gestärkt, nicht nur in der Medizin. Dass dies auch von behinderten Menschen ambivalent beurteilt wird erläutert Sigrid Graumann schlüssig in einem neueren Aufsatz zur Autonomie und Gerechtigkeit für behinderte Menschen (GRAUMANN 2010). Einerseits sei die Autonomie behinderter Menschen bis heute immer wieder missachtet worden und diese hätten gerade im Umgang mit Ärzten und Therapeuten paternalistische Bevormundung und Fremdbestimmung erfahren. Andererseits bestünde bei einem einseitig liberalen Verständnis von Autonomie als Wahl- und Willkürfreiheit die Gefahr, dass behinderte Menschen »den Kürzeren ziehen«. Dagegen sei das Verständnis von Autonomie als Selbstverwirklichung in Behindertenkreisen positiv besetzt. Graumann weist im Weiteren darauf hin, dass Autonomie als Fähigkeit immer nur graduell verwirklicht sein wird (in Abhängigkeit von inneren und äußeren Bedingungen), als normativer Begriff aber mit Ansprüchen verbunden werden kann. Die anschließende Ausführung des Konzepts der »assistierten Freiheit« soll dieser Differenz gerecht werden, soll den Schutz vorhandener aber auch die Verwirklichungsbedingungen von Autonomie beleuchten. Graumann beschließt ihren Aufsatz mit dem Hinweis, dass ihre vorgenannten Überlegungen durch die UN-BRK »bereits praktisch vorweggenommen« wurden.

Daher ist es nun Aufgabe der Politik und der Gesellschaft darauf zu achten, dass im Rahmen der aktuellen Entwicklungen, zuvorderst der Umsetzung der UN-BRK, andere gleichrangige Prinzipien im Umgang mit Patienten mit psychischen Störungen im Sinne eines einseitig liberalen Verständnisses nicht auf Kosten der Autonomie vernachlässigt werden. Dies lässt sich auch auf das Recht auf gesellschaftliche Teilhabe erweitern. Letzteres ist bei Patienten mit psychischer Störung eben nicht nur durch gesellschaftliche Barrieren eingeschränkt, sondern bei einigen Betroffenen auch durch den Verlust der Selbstbestimmung. Daher könnte es gerade in diesen Fällen, auch analog zur UN-BRK, ein Hilfeleistungsgebot sein, dem sich die Gesellschaft stellen muss: die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung, der Autonomie.

Versuch einer Synthese

Nach dem Vorhergesagten ist die aktuelle Diskussion im Hinblick auf Selbstbestimmung und Hilfeleistungsgebot aufzuteilen: Einerseits gibt es ein Konfliktfeld in Bezug auf akute psychische Störungen, die mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung einhergehen, andererseits gibt es ein Konfliktfeld im Bereich chronischer psychischer Störungen, die den Patienten langfristig an der Teilhabe in verschiedenen Bereichen hindern bzw. diese erschweren.

Das erste Konfliktfeld entsteht aus der aktuellen Rechtsprechung, die die Therapie gegen den unfreien Willen des Patienten auf Notfälle beschränkt und damit einen prolongierten Genesungsprozess ggf. eine Chronifizierung, im Extremfall eine Forensifizierung in Kauf nimmt. Im letzteren Fall sind Gesellschaft und Politik gefragt, ob psychisch Kranke weiter in einer Psychiatrie privilegiert behandelt werden sollen, oder ob für diese Menschen die gleichen Sanktionen gelten, wie für alle anderen, was bedeuten würde, dass diese in Haftanstalten untergebracht würden. Dass dies keine finstere polemische Fiktion ist, zeigen vielerlei internationale Daten, z. B. aus den Niederlanden oder den USA, in denen psychisch Kranke teils mehr als die Hälfte der Insassen einer Haftanstalt ausmachen.

Der zweite Konflikt zeigt sich in der Frage, ob durch eine Vernachlässigung des Hilfeleistungsgebotes längerfristig Menschen mit psychischer Störung stärker von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden, als sie ggf. durch eine zwangsweise Medikation eingeschränkt werden.

Die Abwägung kann dabei keinesfalls allein durch Ärzte oder Therapeuten erfolgen. Gerade auch wegen der weitreichenden Auswirkungen handelt es sich um gesellschaftliche, um politische Fragen. In der Diskussion sollte aber das Hilfeleistungsgebot mehr berücksichtigt werden, als es bisher der Fall ist. Eine einseitige Betonung von Freiheit und Autonomie ist nach dem Vorhergesagten nicht nur unethisch sondern in ihrer teils plakativen Art und Weise auch unfair gegenüber den Betroffenen. Sehr schnell wird bei der Umsetzung vieler sinnvoller Aspekte, z. B. der UN-BRK nach den Kosten gefragt. Der psychisch Kranke, der Behinderte kommt hier wieder viel schneller in die Rolle eines Bittstellers oder

Fürsorgeempfängers, als dies nach der Euphorie über die UN-BRK zu erwarten gewesen wäre.

Allerdings sind viele Veränderungen auch ohne größeren Kostenaufwand zu realisieren. Gerade im medizinischen Bereich gibt es viele Alternativmodelle, die nicht alle, aber doch einen erheblichen Teil der Zwangsmaßnahmen überflüssig machen würden. Hier sind die professionell in der Psychiatrie Tätigen gefordert: Ein Hilfeleitungsgebot, das aus Hilfsbereitschaft resultiert, sollte für den Betroffenen annehmbar und nicht abschreckend sein.

Literatur

- BEAUCHAMP, T. L./CHILDRESS, J. F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 6th edn.
- GRAUMANN, S. (2010): Assistierte Freiheit. Autonomie und Gerechtigkeit für behinderte Menschen. In: LIST, E./STELZER, H. (Hg.): Grenzen der Autonomie. Velbrück, Frankfurt a. M. 2010, S. 213–232.
- KANT, I. (1785): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (GMS), , 423
- SCHOPENHAUER, A. (2005): Über das Mitleid. München. S. 62.
- WIDMER, W. (2005): Das Selbst- und Fremdbild der Patientinnen und Patienten im Spital. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86:2706–2710
- UN-Behindertenrechtskonvention (amtliche deutsche Übersetzung). www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf

Patientenrechte stärken - das Patientenrechtegesetz

Wolfgang Zöllner

Sehr geehrte Damen und Herren,
Versicherte und Patienten bekommen im deutschen Gesundheitssystem immer mehr Eigenverantwortung. Das gilt für Fragen der Therapie ebenso wie bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

Patientinnen und Patienten können sich aber nur dann effizient im Gesundheitssystem bewegen, wenn sie Zugang zu Informationen über die Leistungen, die Qualität, die Preise und nicht zuletzt auch über die Rechte und Pflichten der Beteiligten haben.

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung deshalb verpflichtet, eine gesetzliche Regelung der Rechte von Patientinnen und Patienten zu schaffen.

Mit dem Entwurf des Patientenrechtegesetzes, der sich aktuell im parlamentarischen Verfahren befindet, werden die Rechte von Patientinnen und Patienten in Deutschland erstmalig in einem Gesetz gebündelt.

In der seit vielen Jahren laufenden Diskussion wird damit eine greifbare Lösung vorgelegt:

Wir wollen, dass ein vertrauensvolles Miteinander in den Praxen zur Regel wird. Denn nur wenn man sich als Partner versteht, können Therapien passgenau und individuell abgestimmt werden, was die Erfolgsaussichten einer Krankheitsbewältigung enorm befördern wird.

Aus diesem Grund habe ich alle beteiligten Gruppen bereits im Vorfeld zum Gespräch eingeladen. In rund 300 Gesprächen ist es uns gelungen, den größtmöglichen Kompromiss schon vor dem Gesetzgebungsprozess auszuloten.

Extremforderungen wie »Ein Patientenrechtegesetz brauchen wir nicht « oder »Wir brauchen eine totale Beweislastumkehr im Falle eines Behandlungsfehlers.« konnten so schon ausgeräumt werden.

Aber was bringt das Gesetz nun?

- Aufnahme des Behandlungsvertrags in das Bürgerliche Gesetzbuch
Patienten und Ärzte können künftig in diesem Gesetz nachlesen, welche Rechte und Pflichten sie haben:

Was muss die Aufklärung beinhalten?

Habe ich ein Recht auf Kopien der Behandlungsunterlagen?

Es ist geregelt, dass offengelegt werden muss, wenn die Kosten einer Behandlung möglicherweise nicht von der Versicherung übernommen werden.

Festgeschrieben wird außerdem, in welchen Fällen bei einem Behandlungsfehler der Arzt oder die Ärztin die Beweislast trägt.

Ich weiß aus meiner Arbeit, dass es gerade Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen oft schwer fällt, ihre Rechte im Rahmen der Behandlung einzufordern und durchzusetzen.

Im Zuge der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages wurde auch auf Besonderheiten hingewiesen, die unter anderem Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen treffen können.

Ich denke dabei nicht nur an das Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen, dem von Seiten des Behandlers erhebliche therapeutische Gründe entgegengehalten werden können.

Es stellt sich zum Beispiel auch die Frage, welche Regelungen für den Fall einer Einwilligungsunfähigkeit zu treffen sind. In einer konkreten Behandlungssituation muss geklärt werden, auf welche Sachverhalte sich eine Einwilligungsunfähigkeit bezieht. Wer muss also in eine bestimmte Maßnahme einwilligen? Wer muss aufgeklärt werden? Wer darf Einsicht in die Behandlungsunterlagen nehmen? Hier müssen wir jetzt prüfen, ob die im Entwurf vorgesehenen Formulierungen auch auf diese Fragen eine befriedigende Antwort geben. Denn wir wollen mit dem Patientenrechtgesetz Transparenz und Rechtssicherheit herstellen.

- Effektive Qualitätssicherung durch Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme
Gegenstand des Patientenrechtgesetzes ist aber nicht nur der Behandlungsvertrag. Wir wollen darüber hinaus die Behandlung sicherer machen. Hierzu werden Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme einen wichtigen Beitrag leisten.

Unser Ziel ist, Behandlungsfehler so weit wie möglich zu vermeiden. Ein wichtiger Faktor dafür ist es, aus Fehlern und vor allem auch aus Vorfällen, in denen es beinahe zu einem Fehler gekommen wäre, zu lernen. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme bieten hierfür eine Struktur und stellen sicher, dass der Austausch über Fehler und Beinahe-Fehler zu einem festen Bestandteil des Behandlungsgeschehens wird.

Die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für Krankenhäuser, die sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen, werden dabei einen finanziellen Anreiz setzen. Damit die Beschäftigten sich auch trauen Fehler zu melden, stellen wir eine Sanktionsfreiheit sicher.

- Mehr Unterstützung bei Behandlungsfehlern
Behandlungsfehler werden sich trotzdem nicht vollständig verhindern lassen. Oft wissen die Bürger in einer solchen Situation nicht, an wen sie sich wenden sollen.

Die Krankenkassen sollen deshalb zukünftig ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen. Bisher war diese Unterstützung in das Ermessen der Krankenkassen gestellt. Die einen halfen den Versicherten, die anderen nicht. In Zukunft wird jeder Versicherte Unterstützung durch die Kasse erfahren – ein großer Fortschritt.

- Schnellere Entscheidung über Leistungen durch die Krankenkasse
Die Krankenkassen werden noch in einem zweiten wichtigen Punkt in die Pflicht genommen:

Krankenkassen müssen künftig Anträge auf Leistungen zügig bearbeiten: entscheiden sie nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang, bzw. innerhalb von fünf Wochen, wenn eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eingeholt wird, können Versicherte der Krankenkasse eine Frist zur Entscheidung setzen. Nach Ablauf der Frist können sie sich dann die Leistung selbst beschaffen und erhalten die Kosten von der Krankenkasse ganz erstattet.

Ich will Ihnen aber auch nicht verschweigen, dass in der öffentlichen Anhörung darauf hingewiesen wurde, dass diese Fristen im Zusammenhang mit dem Gutachterverfahren bei psychotherapeutischen Leistungen problematisch sein können. Wir werden deshalb auch in diesem Punkt prüfen, ob der Gesetzentwurf noch geändert werden muss.

■ Stärkung der Patientenbeteiligung

Mit dem Patientenrechtegesetz werden auch die Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten ausgebaut. Das bezieht sich unter anderem auf den Bereich der Bedarfsplanung. Das stellt sicher, dass die Sicht der Patienten in diesem wichtigen Punkt berücksichtigt wird.

Ich setze mich, wie Sie vielleicht wissen, darüber hinaus dafür ein, dass die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten. Das ist bislang im Gesetzentwurf nicht enthalten, wäre aber nach meiner Meinung eine sachgerechte Ergänzung der bestehenden Beteiligungsrechte.

■ Umfassende Informationen für Patientinnen und Patienten

Der letzte Punkt, auf den ich hinweisen möchte, ist die Bereitstellung von Informationen für Patientinnen und Patienten. Wir brauchen mehr Transparenz über die Rechte der Patientinnen und Patienten. Die Kodifizierung der Rechte im Patientenrechtegesetz ist dafür ein wichtiger Schritt. Das alleine reicht aber nicht aus.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung wird daher die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung in verständlicher Form hierüber informieren – eine Aufgabe die ich gerne erfüllen werde.

Mit dem Patientenrechtegesetz schaffen wir so die Voraussetzungen für einen faireren und partnerschaftlichen Umgang.

Das dient dem Ziel aller Bemühungen im Gesundheitswesen: einer optimalen medizinischen Versorgung.

Dialog als Grundhaltung

Thomas Bock

Zusammenfassung

Dialog meint hier die gleichberechtigte Begegnung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Therapeuten im Sinne von wechselseitigem Lernen und gegenseitigem Respekt. Diese Idee hat ihren Ursprung in Deutschland in den sog. Psychoseseminaren, hat aber inzwischen auch eine Bedeutung für andere Krankheitserfahrungen und für andere Ebenen der Begegnung – für psychiatrische Praxis, Antistigmaarbeit, Beschwerdestellen, für Psychiatrieplanung und Qualitätssicherung sowie für Lehre, Tagungen, Fortbildungen und auch für Forschung. Was bedeutet der Dialog für die Alltagspraxis? Was kennzeichnet eine dialogische Grundhaltung? Können nicht nur formale, sondern auch inhaltliche Impulse abgeleitet werden? In diesem Zusammenhang werden die empirischen Ergebnisse des dialogischen SuSi-Forschungsprojekts zu Subjektiven Sinn und Bedeutung von Psychosen dargestellt – ein überraschend eindeutiges Plädoyer für Sinnorientierung und für die Unterstützung einer biographisch orientierten Wieder-Aneignung der psychotischen Erfahrung

Psychoseseminar – Keimzelle des Dialogs

Als 1989 in Hamburg das erste Psychoseseminar startete, war die Psychiatrie durch die Arbeit der Enquete-Kommission zwar organisatorisch in Bewegung geraten, doch noch relativ stark von institutionellem Denken geprägt und im Allgemeinen wenig subjektorientiert, wenig dialogisch und eher von einer Versorgungs-Haltung als von einer psychotherapeutischen oder gar dialogischen Grundhaltung geprägt.

Auf der anderen Seite war die Zeit offenbar reif für eine neue Form der Begegnung, für wechselseitiges Zuhören und Lernen – jenseits von Veränderungsdruck und Bevormundung. Nachdem die ersten Treffen in Hamburg mit bis zu 80 Teilnehmern (!) sehr konstruktiv verlaufen waren, versammelten sich an immer mehr Orten Menschen mit eigener Psychose-Erfahrung, Angehörige und Therapeuten zu mehr oder weniger gleichen Teilen im Bemühen um einen Austausch auf Augenhöhe. Die Idee des Dialogs im Sinne eines »herrschaftsfreien Diskurses« (Habermas) verbreitete sich wie ein Lauffeuer. Dies ereignete sich – sicher nicht zufällig – im engen zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der erstmaligen verbandlichen Selbstorganisation der Psychiatrie-Erfahrenen. Im Rückblick kann man die im Seminar geübte Begegnung als Experten – durch Erfahrung bzw. Beruf – als Vorbereitung sehen für psychotherapeutische Diskurse, aber auch für die Stärkung der Eigenständigkeit von Psychose-Erfahrenen durch die UN-Menschenrechtskonvention.

Kennzeichnend für die neue Kommunikationsform in den als Psychoseseminar betitelten Begegnungen waren das Interesse am gleichberechtigten Austausch sub-

jektiver Perspektiven, das Anerkennen der ungeheuren Vielfalt der Erfahrungen und entsprechend notwendigen Vielfalt der Therapien – im Gegensatz zum Primat biologischer Erklärung und zur Überbetonung standardisierbarer Verfahren.

Merkmale des trialogischen Austauschs

In der unmittelbaren Begegnung werden Besonderheiten wirksam und sind Paradoxien zu beobachten, die auch für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Grundhaltung relevant sind.

- Ohne Druck sprechen im Psychose-Seminar manche Psychose-Erfahrene, die in der klassischen Therapiesituation kaum den Mund aufmachen, viel freier über ihre persönlichen Erfahrungen – gewissermaßen eine »Therapie ohne Absicht«.
- In wohlwollender Atmosphäre über sich und die eigene Psychose zu sprechen, begünstigt eine Wieder-Aneignung des Erlebten, im Gegensatz zur Abspaltung, die vorschnell der Erkrankung zugeschrieben wird, oft aber eher das Produkt falscher Behandlung ist.
- Fremden Angehörigen ist manchmal leichter zuzuhören, ihre Wahrnehmung eher anzunehmen, als bei nahen und vertrauten Menschen. Das gilt in beide Richtungen – von der Patienten- zur Angehörigenposition und umgekehrt. Über die Erfahrung des Fremden gelingt dann auf Umwegen wiederum eine Annäherung im Mikrokosmos – gewissermaßen eine »Familientherapie ohne Familie« (BOCK, 2005)
- Als Therapeut die Vielfalt der Erfahrungen unvoreingenommen und ohne Handlungsdruck auf sich wirken zu lassen, ermöglicht genau die vollständige Wahrnehmung und fördert genau die Gelassenheit, die im direkten Behandlungskontext so bitter nötig, wie leider oft gerade schwierig ist.
- Studenten bietet das Seminar die Chance, anhand der Vielfalt der Erfahrungen und Perspektiven rechtzeitig zu erkennen, dass eine für alle gültige Standardtherapie nicht hilfreich ist.

Psychoseseminar und Psychoedukation

Vor allem in der ersten Zeit markierten die Psychoseseminare einen Kontrapunkt zur klassischen Psychoedukation: Art der Begegnung, Zielsetzung, Inhalt und Organisation unterscheiden sich deutlich (s. Tabelle 1, S. 64).

Inzwischen hat sich die Psychoedukation verändert: Subjektive Sichtweise, subjektives Denken bekommen mehr Bedeutung. Trotzdem bleiben wesentliche Unterschiede, die auch für den aktuellen Kurs der Psychotherapie bedeutsam sind. In der S3-Leitlinie für Bipolare Störungen werden diverse trialogische Aspekte in Diagnostik und Therapie sowie die Psychoseseminare im Sinne klinischer Konsenspunkte als Standard in der Behandlung empfohlen. Zugleich wird genau unterschieden zwischen reiner Psychoedukation, die wenig wirksam ist, und komplexer Psychoedukation, die nicht zuletzt über Vertrauen und Beziehung wirkt.

Tabelle 1

	<u>Psychoseseminar</u>	<u>Psychoedukation</u>
<u>Teilnehmer</u>	Triolog: Erfahrene, Angehörige, Profis/Studenten, Interessierte	Schizophrene Patienten
<u>Inhalt</u>	Geschichten, Austausch subjektiver Perspektiven	Allgemeines Verständnis, Wissensvermittlung
<u>Themenfindung</u>	gemeinsam	vorgegeben
<u>Ziele</u>	Empowerment	Compliance
<u>Rollen</u>	offen	traditionell
<u>Sprache</u>	allgemein	eher klinisch
<u>Lernen</u>	wechselseitig	einseitig
<u>Teilnahme</u>	selbstbestimmt	nach Indikation
<u>Anonymität</u>	möglich	unüblich

Weitere Ebenen des Trialogs

Der Trialog hat sich nicht nur in der beschriebenen Seminarform verbreitet – und das im deutschsprachigen Raum besonders rasant, sondern sich auch auf andere Handlungsebenen übertragen lassen: die der klinischen Praxis mit den Beispielen der Behandlungsvereinbarung und der Methode des »open dialog« (ADERHOLD 2003) bei Ersterkrankten sowie auf Lehre und Fortbildung, Aufklärung und Antistigmaarbeit, Psychiatrieplanung, Qualitätssicherung, Beschwerdezentren und (noch vor allem perspektivisch) auf die Forschung (s. Tab. 2).

Höhepunkt und wichtiger internationaler Impuls für die weitere Entwicklung des Trialogs war der Weltkongress für soziale Psychiatrie, der unter dem Titel »Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie« 1994 in Hamburg stattfand. Dieser erste psychiatrische Weltkongress auf deutschem Boden nach den Verbrechen der Nazi-Psychiatrie thematisierte den notwendigen Abschied vom Größenwahn, suchte eine Überwindung der Sprachverwirrung (insbes. zwischen den drei Gruppen) und betonte sehr konsequent den Trialog. In allen Hauptsymposien waren Betroffene, Angehörige und Profis (Wissenschaftler wie Therapeuten) als Hauptredner vertreten. Pharma-Werbung war komplett ausgeschlossen. Der Kongress war eine äußerlich wie innerlich ungeheuer bunte, lebendige und bereichernde Erfahrung und bekräftigte in seiner Quintessenz – Überwindung des Größenwahns und Bemühen um eine gemeinsame Sprache – die Notwendigkeit einer dem entsprechenden Psychosen-Psychotherapie (BOCK u.a. 1995).

Open Dialog – neuer Umgang mit Ersterkrankten

Unter der Überschrift der »*bedürfnisangepassten Behandlung*« sind in Skandinavien Modelle für Psychose-Patienten entstanden. Diese setzen auf eine möglichst rasche flexible Hilfe vor Ort, die Einbeziehung der Familien und weiterer Bezugspersonen in sogenannten Therapieversammlungen sowie auf personale Kontinuität durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte selektive Psychopharmakotherapie. Ungefähr die Hälfte der Patienten nimmt zu-

Tabelle 2

Verschiedene Ebenen des Dialogs

<i>PsychoseSeminar</i>	Beginn 1989, Ausweitung bis heute, www.dialog-psychoseseminar.de
<i>Dialog in der Praxis</i>	z. B. Behandlungsvereinbarung (DIETZ 2009), open dialog, dialogische Methode für Ersterkrankte (ADERHOLD 2003)
<i>Dialog in Lehre und Fortbildung</i>	Viele Hochschulen und Verbände, z. B. DGSP
<i>Inhalte des Dialogs</i>	anthropologisches Verständnis als Ergänzung der pathologischen Ordnung (BOCK 2011/2012)
<i>Öffentlichkeits-, Antistigmaarbeit</i>	z. B. Irremenschlich Hamburg, www.irremenschlich.de
<i>Dialogische Tagungen</i>	z. B. Weltkongress für Sozialpsychiatrie, »Abschied von Babylon«, 1994 in Hamburg
<i>Dialog der Verbände</i>	z. B. zwischen Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, BV der Angehörigen, Dt. Ges. f. Soz. Psychiatrie DGSP
<i>Dialogische Organisationen</i>	Netzwerk Stimmenhören, Dt. Ges. f. Bipolare Störungen, DGBS
<i>Ausweitung auf andere Diagnosen</i>	z. B. Borderline-Dialog, Zwangserkrankungen
<i>Psychiatriepolitik</i>	Beteiligung Betroffener und Angehöriger in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften/Ausschüssen, Beiräten
<i>Beschwerdestellen, Qualitätssicherung</i>	Regional unterschiedliche Beispiele (UEBELE 2009, BOMBOSCH 2009)
<i>Dialog/Partizipation in der Forschung</i>	z. B. Hamburger SuSi-Projekt zum Subjektiven Sinn (BOCK 2010)

sätzlich längerfristige Einzeltherapie in Anspruch. Hierfür wurde die systemische Methodik des *Offenen Dialoges* entwickelt. »Sie ist ausgerichtet auf die sozialen Netzwerke der Patienten, fördert durchaus vielstimmige Dialoge und schafft einen möglichst sicheren Rahmen für einen gemeinsamen offenen Prozess. Darin sind größtmögliche Gleichwertigkeit, gemeinsame Verantwortung und das Aushalten von Unsicherheit unter Vermeidung vorzeitiger Schlussfolgerungen und Entscheidungen leitende Prinzipien. Die flexible Anwendung der Methode des Reflektierenden Teams erwies sich als ausgesprochen hilfreich« (ADERHOLD et al. 2003). Eine große vergleichende Kohortenstudie zeigt deutlich bessere symptomatische und funktionelle Ergebnisse im Vergleich zur Standardbehandlung, insbesondere eine geringere Hospitalisierungsrate und hohe Integration in bezahlte Arbeit oder Ausbildung (ebda).

Dialogische Behandlungsvereinbarung – eine vertrauensbildende Maßnahme

Mehr als in anderen Medizinbereichen ist es in der Psychiatrie wichtig, den richtigen Zeitpunkt für eine dann möglichst weitgehende Partizipation im Sinne von Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu finden. Wichtige Instrumente dafür entstanden dann auch nicht aus der Wissenschaft, sondern aus der dialogischen Praxis heraus. Im Psychoseseminar Bielefeld wurde die *Behandlungsvereinbarung* (DIETZ u. a. 1998) entwickelt, das *psychiatrische Testament* aus der eher verbandlichen Selbsthilfe. Beide Instrumente wollen in stabilen Zeiten

für mögliche spätere Krisen vorbeugen und Modalitäten der Hilfe gemeinsam festlegen. Im ersten Beispiel mit beidseitiger Unterschrift und entsprechend vertrauensbildenden Wirkung, im zweiten Fall eher einseitig mit derzeit noch etwas unklarer juristischer Verbindlichkeit.

In der Gemeindepsychiatrie haben die Instrumente ihren Stellenwert, in der universitären Psychiatrie werden sie wenig beachtet. Ob das mit grundsätzlichen Bedenken, mit besonderem Standesdünkel oder mit Überforderung zu tun hat, ist schwer zu beurteilen. Im Zuge der Stärkung der Patientenrechte wird die Partizipation im Voraus mehr Bedeutung bekommen.

(Selbst-)Stigmatisierung und (Selbst)Isolation

Nicht nur im Umgang mit Psychosen gilt: Die Art, wie wir eine Krankheit verstehen, bestimmt auch die Behandlungsform. Das gilt auch jenseits der Frage der Kausalität und geschieht oft auch ohne bewusste Reflexion. Ähnlich gilt aus der subjektiven Perspektive: Wie ich meine Krankheit verstehe, bestimmt auch meinen Umgang mit ihr. Wie sehr ich die Vorurteile anderer fürchte (selbst die, die vielleicht gar nicht mehr da sind), bestimmt das Ausmaß meines sozialen Rückzugs. Wie sehr ich mich selbst stigmatisiere (KNUF 2010), bestimmt auch meinen unbewussten Umgang mit mir selbst und mit meinem ganzen Leben.

Wie sehr die Psychose-Erkrankung mit dem inzwischen als falsch erkannten (AMERING et al. 2011) Konzept der Chronizität gleichgesetzt wird, bestimmt, welche Chancen der Behandlung mir gegeben werden, was ich mir selbst zutraue bzw. zumute und wie sich in mir selbst die Balance von Angst und Hoffnung darstellt.

Stigmatisierung beeinflusst auch den Zugang zu Psychotherapie: Menschen mit Psychose-Erfahrung sind derzeit extrem benachteiligt und erst die Gründung des deutschsprachigen Dachverbands Psychosenpsychotherapie (DDPP – www.ddpp.eu) bündelt die Hoffnung auf Veränderung und vermittelt die Notwendigkeit von Psychotherapie. Der Trialog hat diese Entwicklung vorbereitet, er wird die Veränderung weiter begleiten. Relevant sind die Erfahrungen auch schon für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Grundhaltung diesseits der Richtlinienverfahren.

- In Psychoseseminaren findet auf besonders radikale Weise die Begegnung auf Augenhöhe statt, die für therapeutische Begegnung notwendig ist und prägend sein sollte.
- Hier können sich die Selbstverantwortung und der Blick auf biographische Zusammenhänge entwickeln, der für viele den Weg zu hilfreichen Angeboten vorbereitet.
- Vor allem aber kann hier eine sprachliche Abrüstung stattfinden, eine Annäherung der Begriffe, die Betroffene, Angehörige und v. a. wir Profis im Kontext von Psychosen entwickelt haben; beispielhaft hierfür steht die Übersetzung des ICD10 Schlüssels in Alltagssprache (im Buch »Stimmenreich« Bock et al. 2006).

Anthropologisches Verstehen – Voraussetzung einer therapeutischen Grundhaltung

Im trialogischen Zusammenhang konnte sich vorsichtig, zaghaft und keinesfalls abschließend so etwas wie ein anthropologisches Verständnis von Psychosen entwickeln, das die rein pathologische und formal ordnende Sichtweise des ICD nicht ersetzen soll/kann, aber »wohltuend chaotisch« und ganzheitlich ergänzen kann/muss, auch um dann wieder den Blick zu öffnen für familiäre Wechselwirkungen und biographische Zusammenhänge, die selbstverständlich vorhanden sind, aber nicht selten von allen Beteiligten vermieden werden. Folgende Aspekte sind kennzeichnend für eine anthropologische Sicht auf Psychosen (Bock 2010a, 2011, 2012):

- Jede Psychose ist anders: Die Symptome (z. B. Art, Ausmaß und Inhalt von Stimmen) sind nicht beliebig, sondern ermöglichen einen Zugang zu Person und Kontext.
- Psychotisch zu werden, ist jedem möglich: Das lässt sich nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch belegen, wenn man die Reaktionen auf starken Reizentzug (Camera silens, Extrem-Bergsteiger, Einhandsegler) und auf extreme Überreizung (Traumatisierung, Krieg, Extreme Unfälle) als Schritte in Richtung psychotische Halluzination oder Dissoziation begreift.
- In einer Psychose alles auf sich zu beziehen, ist durchaus mit der Wahrnehmung eines Kindes zu vergleichen, das im relativ frühen Alter (aus neurologischen und psychologischen Gründen) noch nicht von sich selbst abstrahieren kann und die unübersichtliche Welt nicht anders ordnen kann: Das mag mit 20 nicht altersgerecht sein. Doch mit dieser Parallelität wird die Frage zugänglich, welche aktuellen oder langfristigen Belastungen dazu führen, dass jemand auf dieses frühe Wahrnehmungsmuster zurückgreift. Außerdem wird schon auf dieser Ebene auch der Blick auf die Funktionalität der Symptome möglich.
- Ähnlich wie Psychosen im affektiven (z. B. bei bipolaren Störungen) bedeuten auch die im kognitiven/schizophrenen Kontext häufig eine Störung der Zeitwahrnehmung: Im ersten Fall im Sinne von absoluter zeitlicher Fixierung – die aktuelle Depression/Manie erscheint ewig – mit entsprechend erhöhter Neigung zu Verzweiflung oder Leichtsinn. Im anderen Fall im Sinne eines »Kurzschlusses« von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – mit entsprechender Gleichzeitigkeit der Wahrnehmungen und Handlungsimpulse.
- Die Erfahrungen sind nicht sinnlos, haben eine subjektive Bedeutung, die zu entschlüsseln nicht immer gelingen kann; doch schon die gemeinsame Suche nach Bedeutung und das Sortieren von Erfahrungen kann im Kontext der Therapie, aber auch der Familie beziehungsstiftend und im Umgang mit sich selbst harmonisierend wirken.
- Der Vergleich von Psychosen mit dem Traum kann die Bereitschaft stärken, Sinn und Bedeutung zu unterstellen: Die subjektiven Wahrnehmungen sind ähnlich – mit dem wichtigen Unterschied, dass wir im Traum durch den Schlaf

geschützt sind und in der Psychose nicht. In beiden Erlebniswelten regieren Ängste und Wünsche. Bei Träumen erscheint uns das selbstverständlich; es gibt Alb- und Wunschträume. Bei Psychosen haben wir verlernt, auch die Wunschanteile zu sehen: Dabei gibt es die sogar bei paranoiden Psychosen: Die Verfolgung durch drei hochkarätige Geheimdienste macht ohne Frage Angst; doch wer hat schon drei Geheimdienste hinter sich. Man spielt in einer Liga mit James Bond und Jason Bourne. Ein zutiefst menschlicher Zusammenhang: Wir nehmen die Verzerrung von Wahrnehmung in Kauf, um uns mit Bedeutung aufzuladen; denn nichts ist schlimmer, als ohne Bedeutung zu sein. Diese Sichtweise hat Konsequenzen für Psychotherapie und Sozialpsychiatrie; denn es gilt Räume für Bedeutung zu schaffen – im direkten Dialog und im sozialen Zusammenhang.

Irre menschlich Hamburg – Beispiel einer trialogische Bürgerinitiative

In trialogischen Projekten wie »Irre menschlich Hamburg e. V.« wird aus dem Bemühen um Abbau wechselseitiger Vorurteile eine gemeinsame Anstrengung, der Öffentlichkeit ein angemessen menschliches Bild dieser Erfahrung/Erkrankung zu vermitteln: Dazu gehören Begegnungsprojekte in Schulen, Betrieben sowie im kirchlichen und kulturellen Zusammenhang; außerdem trialogische Fortbildungen für Lehrer, Journalisten, Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Pastoren, Polizisten u. a. (Bock et al 2003, www.irremenschlich.de/projekte.html).

»Irre menschlich Hamburg e. V.« gehört mit dem Schwester-Projekt »Irrsinnig menschlich Leipzig« zu den Antistigmajprojekten der ersten Stunde. Im Unterschied zu Leipzig sind die Themen und Einsatzorte sehr viel breiter angelegt und die Angehörigen spielen im Sinne eines Trialogs eine größere Rolle. Das gilt insbesondere auch für die vielen verschiedenen trialogischen Fortbildungsangebote. Die Initiative begann ihre Arbeit bereits 1998 mit dem damals erschienenen und an Hamburger Schulen erfolgreichen Kinderbuch »Bettelkönigin« (über die Hamburger Künstlerin Hildegard Wohlgemuth – STRATENWERTH und BOCK 1998) und ist aus dem Hamburger Psychoseseminar hervorgegangen – mit dem Ziel, nicht nur den Abbau wechselseitiger Vorurteile zu betreiben, sondern nun gemeinsam auch gegen öffentliche Vorurteile vorzugehen. Seitdem beraten und unterstützen wir auch andere Psychoseseminare und andere trialogische Initiativen. Irre menschlich Hamburg hat einen breiten Aufgabenbereich. Wir organisieren:

- Regelmäßige Informations-, Unterrichts- und Präventionsprojekte für Hamburger Schulen für alle Altersstufen und verschiedene Unterrichtsfächer
- Regelmäßige Tage der offenen Tür u. a. speziell für SchülerInnen »Psychiatrie macht Schule«
- Aufklärungs- und Informationsprojekte in Hamburger Betrieben
- Regelmäßige Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Polizisten, Lehrer, Pastoren, Wohnungswirtschaft etc.
- Öffentliche Aktivitäten u. a. in Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeauftragten

- Verschiedene kulturelle Veranstaltungen (Ausstellungen, Filme, Theater)
- Entwicklung, Erprobung und Durchführung eines Curriculums zur Vorbereitung Psychiatrie-Erfahrener auf eigenständige Aufgaben in Antistigmaarbeit und psychosozialer Versorgung.

Es gibt ReferentInnen zu allen Störungsbildern, einen großen Bestand an authentischen Materialien, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden (Medienkoffer), ein ausführliches Lehrer-Begleitheft »Irre!«, die erfolgreiche dialogische Broschüre »Es ist normal verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen« sowie die preisgekrönte Photoausstellung (mit eigener Broschüre) »Erfahrungsschatz«, in der in Bild und Wort vor allem Erfahrene portraitiert werden, die ihre Krankheitserfahrung in Aktivitäten zum Nutzen anderer umgewandelt haben. Alle Projekte dienen dem Ziel »Mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität im Umgang mit sich selbst« – als Voraussetzung für seelische Gesundheit bei allen Beteiligten.

Dialogische Forschung – das Hamburger SuSi-Projekt

Welchen Stellenwert haben die subjektive Bedeutung, Erklärung und Sinngebung der Psychose, wie sie ansatzweise im Psychoseseminar geschieht, für die Forschung? Zum einen gibt es zwar beeindruckende Fallstudien, Kasuistiken, Berichte von psychoseerfahrenen Menschen, die auf dem Wege der Be-Sinnung ein hohes Maß an Stabilität erreicht haben. Ein besonders bekanntes Beispiel ist die Geschichte von Dorothea Buck, die ihre Psychose in der Nazizeit nur mit viel Glück überlebt hat und aus der Entschlüsselung ihrer psychotischen Erfahrungen – z. B. »Braut Christi« zu sein (ein Sprachbild ihrer Zwangssterilisation), ein Unglück vorherzusehen (den Zweiten Weltkrieg) und der Menschheit viel sagen zu können (u. a. bei der Eröffnung des Weltkongresses für Soziale Psychiatrie in Hamburg (s. o.)) – viel Kraft und anhaltende Stabilität gewann (BUCK 2005).

Doch die Wissenschaft tut sich mit der Frage nach dem Stellenwert der subjektiven Bedeutung und der Möglichkeit eines subjektiven Sinns bisher schwer. Nicht aus einem Mangel an Interesse, sondern eher weil über die qualitative Methodik hinaus geeignete Instrumente fehlten. Aus dem Kontext schwerer somatischer Erkrankungen wusste man längst um die Bedeutung der Sinnfrage. Mit Begriffen wie dem Sinn-Bedürfnis, Kohärenz, Benefit Finding und der persönlichen Reifung nach schwerwiegenden Lebensereignissen hatten FRANKL (1972), ANTONOWSKI (1993), u. a. die Debatte nachhaltig geprägt. Doch gibt es ein »Sinn-Bedürfnis« auch bei schweren psychischen Erkrankungen; ist Kohärenz auch für Menschen mit Psychoseerfahrung ein lohnendes (psycho)therapeutisches Ziel und kann das Leben nach der Psychose auch positive Entwicklungen mit sich bringen statt allein Verlust??

Eine dialogische Arbeitsgruppe, die u. a. aus dem Hamburger Psychoseseminar heraus erwuchs, machte sich 2005 auf den Weg, ein geeignetes Instrument für diesen hochkomplexen Gegenstand des subjektiven Sinns und der Sinnsuche zu entwi-

ckeln. In einem aufwendigen, trialogischen Vorgehen wurden Items gesammelt, reflektiert, zusammengestellt, berechnet, um schließlich ein valides Instrument mit sechs Faktoren auf drei Zeitebenen zu entwickeln:

- Bezug der Psychose zur Lebenserfahrung vs. kein Bezug (»meine Psychose ist besonders von anderen??« vs. »Meine Psychose ist vom Himmel gefallen und hat mit meinem Leben nichts zu tun«).
- Ich erlebe meine psychotischen Symptome auch positiv vs. nur negativ (»habe besonders intensive Wahrnehmung« vs. »bin dann zutiefst verunsichert«).
- Die Auswirkungen meiner Psychose sehe ich v.a. destruktiv vs. auch konstruktiv (»Die Psychose hat meine Zukunft zerstört« vs. »... hat mir die Chance gegeben, mein Leben neu auszurichten«).

Inzwischen wurde das Instrument weiter verbessert und in mehreren Kontexten angewandt. Nicht nur eine kleine Pilotstudie (BOCK et al. 2010), sondern auch eine große Multicenterstudie (KLAPHECK et al. 2011), zeigte, dass

- überraschend viele Psychoseerfahrene (76 %) ihre Psychose mit ihrem individuellen Leben in Verbindung bringen, weniger im Sinne enger Kausalität, sondern eher als Ausdruck eines Wunsches nach Unverwechselbarkeit auch in der Krankheitserfahrung – schon das ist ein Auftrag an Psychotherapie.
- 42 % der Befragten ihre Psychose nicht nur negativ erleben, sondern auch auf positive Sinneserfahrungen und intensive emotionale Erlebnisse Wert legen – ein möglicherweise wichtiger Zugang im Erstkontakt anstelle einer ausschließlich defizitorientierten Anamnese.
- 74 % ihrer Psychose nicht nur destruktive Auswirkungen zuschreiben, sondern auch unterstreichen, welche konstruktiven Lebens-Entscheidungen möglich oder notwendig wurden – für Psychotherapeuten eine Chance, das nicht als nur »subjektive Interpretation« abzutun, sondern ernst zu nehmen und zu unterstützen.

Bemerkenswert ist, dass diese Ergebnisse weitgehend unabhängig von der Schwere der Erkrankung und vom Behandlungsstatus sind. Noch wichtiger aber ist der Zusammenhang zwischen den Faktoren und Zeitebenen: Je mehr jemand seine Psychose-Erfahrung mit dem eigenen Leben in Verbindung bringt, desto eher gelingt ihm eine positive Sicht auf das gegenwärtige Psychoseerleben und ein konstruktiver Blick in die Zukunft.

Dieser empirisch belegte Zusammenhang ist als Auftrag an alle Fachkräfte in der Psychiatrie zu verstehen, bei der individuellen Aneignung und biographischen Zuordnung der Erfahrung zu helfen. Auch hier möchte ich betonen, dass es hier eher selten um enge Kausalitäten und mögliche Schuldzuweisung geht, sondern um ein grundlegendes Sinn-Bedürfnis, um den Wunsch nach Kohärenz und Unverwechselbarkeit sowie nach Respekt vor der eigenen besonderen Krankheitserfahrung. Noch versagt hier die Psychiatrie auf großer Linie; zu groß ist die Versuchung, der einmal erstellten Diagnose eine eigene Entität, eine eigene Wesentlichkeit beizumessen, zu abstrahieren von der individuellen Erfahrung, um dann bei leicht handhabenden

Standardregeln der Behandlung zu kommen. Doch ansatzweise entwickelt sich zunehmend ein Verständnis von therapeutischer Grundhaltung, die das Interesse für die Person, ihre individuelle Symptomgeschichte und ihre Erklärungsmodelle mit einschließt und die entsprechend eine Wiederaneignung der (abgespaltenen) Erfahrung zu unterstützen vermag.

Trialog und Empowerment – eine empirischer Evaluation des Trialogs

Eine erste empirische Untersuchung von deutschsprachigen Psychoseseminaren hinsichtlich deren Auswirkungen auf Sinnsuche, Recovery und Empowerment zeigt, dass der Trialog bei allen Teilnehmern ein anthropologisches Verständnis von Psychosen fördert und durch den Perspektivwechsel auch das Verständnis für die jeweils anderen Gruppen erleichtert. Er ermöglicht die Aneignung der Psychose bei den Psychoseerfahrenen, explizit ausgedrückt durch eine Veränderung des Sinns und Bedeutung von Psychosen, in Form von einer Entwicklung und Stärkung von Kohärenz- und Sinnerleben der eigenen Psychose. Dies bedeutet, dass die Psychose als Ausdruck einer persönlichen Krise empfunden wird, diese mit eigenen Lebensereignissen in Zusammenhang gebracht werden kann und psychotische Symptome auch konstruktiv erlebt werden. Durch den Austausch sowohl mit anderen Betroffenen, als auch mit Angehörigen und Profis, fördert der Trialog das empfundene Empowerment bei den Betroffenen. Dies scheint vor allem auch bedingt durch das Erfahren von gegenseitiger Unterstützung, Gruppenzugehörigkeit und dem Empfinden von Selbstbewusstsein und Wertschätzung. Auch verändert der Trialog die Wahrnehmung der Erkrankung an sich – Selbstheilung kann auf mehreren Ebenen erfolgen, Psychose kann als Weg zu Heilung verstanden werden, Heilung ist möglich und es kommt zu einer veränderten Psychose-Wahrnehmung als »nicht zwingend krank« – Trialog fördert Recovery.

Die Ergebnisse der Studie zeigen dabei auch, dass die Angehörigen ein größeres Verständnis für ihre betroffenen Angehörigen entwickeln können und neue Formen des Umgangs finden, auch hinsichtlich einer persönlichen Entwicklung. Das Überdenken von eigenen Lebensweisen, Werten, Normen und Attribuierungen der Umwelt macht dies deutlich. Die Krankheitswahrnehmung verändert sich – das aktuelle Erleben der Psychose wird konstruktiver, eine sorgenvolle Betrachtung weicht einer eher gelassenen Wahrnehmung, das Empfinden der Ausweglosigkeit weicht dem Gefühl der Bewältigbarkeit – begleitet durch das Gefühl von Gleichberechtigung und dem Austausch auf Augenhöhe.

Aber nicht nur Betroffene und Angehörige profitieren von einem gleichberechtigten Austausch, auch die Profis können ihre eigene Arbeit verbessern und dies nicht nur auf der Ebene des Umgangs mit Symptomen, sondern auch auf einer persönlichen Ebene, der Trialog bietet eine Art Supervision, durchgeführt nicht nur mit anderen Profis. Das Verständnis von Psychosen wird menschlicher und die Wahrnehmung eines Sinns und einer Bedeutung wird möglich, auch wenn vieles Unerklärliches bleibt. Außerdem können sie den Betroffenen ein höheres Maß an Empowerment

zusprechen, sie haben mehr Zutrauen in deren Selbstmanagementfähigkeiten, Betroffene sind nicht unfähig, eigene Entscheidungen zu treffen. Der Austausch bewirkt aber auch persönliche Erkenntnisse bei den Profis, ein stärkeres Zulassen von Nähe und die Ermutigung eigene Anschauungen in Frage zu stellen, sowie die Ausbildung einer größeren Toleranz gegenüber anderen Lebensweisen.

Psychoseseminare schaffen es durch den Dialog, ein Psychose-Verständnis zu entwickeln, das menschlich ist und über den Austausch, den Wechsel von Perspektiven, das Finden eines Umgangs mit und einem sinnhafteren Erleben von Psychosen den Seminarteilnehmern einen persönlichen Nutzen zu verschaffen.

Recovery und Peer-Arbeit – neue Koordinaten für Psychosen-Psychotherapie

Durch die Unterstützung der EU im Rahmen des Leonardo da Vinci-Förderprogramms ist es sozialpsychiatrisch Aktiven aus Bremen und Hamburg (UTSCHAKOWSKI et al. 2009) im Verbund mit Projekten aus fünf weiteren europäischen Ländern (England, Niederlande, Norwegen, Schweden, Slowenien) gelungen, ein Curriculum zur Förderung von Erfahrenen zu entwickeln und zu erproben, das diese befähigt/unterstützt, nicht nur lehrend/informierend, sondern auch beratend/versorgend tätig zu werden. Inzwischen haben mehrere »Generationen« an Erfahrenen diese sorgfältige Vorbereitung absolviert und sind zum Gewinn für alle Beteiligten praktisch tätig geworden. Ein Train-the-trainees-Programm ist angelaufen, das inzwischen viele andere Regionen beteiligt. Die Erfahrenen erschließen sich ein neues Betätigungsfeld (analog den Ex-Usern im Drogenbereich bereits vor über 30 Jahren). Patienten kommen im Ergebnis des Projekts in den Genuss von Peer-Beratung. Und die Institutionen gewinnen ein besonderes und vielfältiges Angebot hinzu. Vor allem aber verändert sich durch dieses Projekt auch das alte Bild psychisch erkrankter Menschen auf besonders radikale Weise. Erfahrungen und Ergebnisse vor allem aus englischsprachigen Ländern zeigt den enormen Gewinn für alle Beteiligten: Eigensinnige Patienten (BOCK 2007) werden eher erreicht. Die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen wird eher gesteigert als geschwächt – allerdings zielgenauer (PARSLOW et al. 2004). Die Psychosen-Psychotherapie wird im mehrfachen Sinne gestärkt – durch Ermutigung, gezielte Vermittlung, und begleitende Unterstützung.

Umgang mit Eigensinn

Psychoseerfahrene Menschen, aber auch Patienten mit anderen Diagnosen, sind in mehrfacher Hinsicht »eigensinnig«: Ihre Sinne gehen eigene Wege. Die Wahrnehmung der Realität ist verändert. Die Gedanken sind sprunghaft. Das Verhalten wird unverständlich – vielleicht ein Versuch, sich vor dem vermeintlichen Zugriff anderer auf einen letzten Hort von Eigenheit zu retten? Sie ringen um Eigenheit und Sinn – körperlicher und existenzieller als jeder andere Mensch (BOCK 2007). Im Umgang mit eigensinnigen Patienten macht es sich die moderne Psychiatrie bis-

weilen bequem, indem sie Krankheitseinsicht und Compliance, also Kooperation, mehr von den Patienten als von sich selber verlangt. Mancherorts bewachen diese beiden Begriffe/Konzepte wie »Höllenhunde« den Eingang: Patienten sollen Einsicht zeigen, d. h. unsere Sicht der Krankheit übernehmen; sie sollen Compliance mitbringen, also tun was wir für richtig halten. Wir selbst bemühen uns kaum noch um tieferes Verständnis, begnügen uns mit Diagnosen, als könnten die erklären, was sie bestenfalls beschreiben. Und wir ignorieren, dass über allem die Lebensaufgabe steht, Autonomie und Identität zu entwickeln. Bereits vor zehn Jahren fand eine Züricher Forschergruppe (RÖSSLER 1999) heraus, dass Patienten mit »idiosynkratischen Krankheitskonzepten«, also letztlich mit eigensinnigen Erklärungsmustern, eine höhere Lebensqualität haben. Dieses eher unerwartete Ergebnis einer großen Studie fordert uns zum Umdenken auf: *Wir* müssen Einsicht nehmen, weniger in eine abstrakte Krankheit, als in die konkreten Lebensumstände und die besondere Entwicklung eines bestimmten Menschen. Und wir müssen beweglich bleiben, auch Umwege gehen und unsererseits um Kooperation ringen (Bock 1997/2006).

Dialog in den Leitlinien

Die folgenden Statements und Empfehlungen aus aktuellen Behandlungsleitlinien, beispielhaft aus den diagnose-übergreifenden Leitlinien für Psychosoziale Therapien und denen für Bipolare Störungen (GIELEN et al. 2012) belegen, dass der Dialog dort angekommen ist:

- Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der dialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. Das so genannte Psychoseseminar ist dafür ein gutes Übungsfeld (Statement Psychosoz. LL).
- Im Rahmen der Behandlung der Bipolaren Störung ist die dialogische Zusammenarbeit besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen betroffenen Patienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie Behandlern (Statement BipoLL).
- Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden (Statement BipoLL).

- Psychoedukation kann auch in Trialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden (Klinischer Konsens, Psychosoz.LL).

Trialogische Grundhaltung in zehn Thesen

Mit einer radikalen Subjektorientierung, Begegnung auf Augenhöhe und dem Bemühen um einen »herrschaftsfreien Diskurs« stärken Psychose-Seminare den Weg in eine wohlverstandene Psychotherapie und formulieren zugleich Ansprüche für die Art der Begegnung dort (BOCK, PRIEBE 2005).

1. Ohne Veränderungsdruck und eigenverantwortlich im wohlwollenden Kontext die eigene Psychose-Erfahrung zu reflektieren, wirkt nachhaltig stärkend und erscheint somit als »Psychotherapie ohne Absicht«. Die Erfahrung fremder Angehöriger kann neue Perspektiven öffnen auch für den eigenen Mikrokosmos – eine Art »Familientherapie ohne Familie«. Die professionelle Erfahrung in besonderer Kommunikationsform kann vollständiges Wahrnehmen und Gelassenheit üben – wichtige Voraussetzungen für Psychosen-Psychotherapie.
2. Die Umsetzung des Trialogs auf verschiedenen Ebenen (klinische Praxis, Lehre, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Planung, Qualitätssicherung, Forschung u. a.) verändert das Bild des Psychose-Erfahrenen und damit auch die Art der Behandlung in Richtung von mehr Respekt, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Der Spielraum von Psychotherapie wird größer (Bock 2012b).
3. Empowerment ein Primat einzuräumen gegenüber Compliance, die Vielfalt der Erfahrung höher zu bewerten als die Standardbehandlung, den Zugang zur subjektiven Sicht nicht durch enge Krankheitsbegriffe zu erschweren, Angehörige selbstverständlich und flexibel einzubeziehen – diese Grundprinzipien des Psychoseseminars sind wichtige Herausforderungen an Psychotherapie, die diesen bisher manchmal nur mit Mühe nachzukommen vermag.
4. Im Umgang mit der ersten Psychoseerfahrung sind offener Dialog, offenes Verständnis, Behandlung im angstfreien Raum besonders wichtig. Die Methode des »open dialog« ist sowohl als eine Form von Familientherapie als praktische Umsetzung des Trialogs, aber v.a. auch als eine eigenständige empirisch gut belegte Intervention (ADERHOLD et al. 2003) zu verstehen.
5. Psychosen nicht nur pathologisch, sondern auch anthropologisch zu definieren, kann die Selbstverständlichkeit der Erkrankung und die Selbstverantwortlichkeit der Patienten stärken. Je weniger Angst die Diagnose verbreitet, desto mehr haben Mut auch für Psychotherapie – das gilt für Erfahrene, Angehörige und (!) Therapeuten.
6. Es gibt ein großes Bedürfnis, die Psychose-Erfahrung mit dem eigenen Leben zu verbinden, sie (wieder) anzueignen, statt sie abzuspalten. Dies gilt es ebenso zu stärken, wie offen zu sein für subjektiv positive Psychose-Erlebnisse und mögliche konstruktive Wendungen bei der Krankheitsverarbeitung.
7. Je mehr die Aneignung gelingt, desto konstruktiver wird der Blick auf die gegenwärtige Psychose-Erfahrung, desto optimistischer wird der Blick in die Zukunft.

Das Hamburger SuSi-Forschungsprojekt liefert einen empirischen Beleg für die Relevanz einer biographisch orientierten Psychosen-Psychotherapie (Bock et al 2010, KLAPHECK et al 2011).

8. Psychose und Eigensinn stehen in einem mehrfachen Zusammenhang: Die Sinne gehen eigene Wege; die für jeden Menschen wichtige Suche nach Eigenheit und Sinn wird (körperlich) existentiell; die Suche nach dem eigenen Sinn der Symptome wird zur Leitschnur von Therapie und Genesung. Und das Verständnis für Eigensinn und für die Psychose als einen Rückzug in einen letzten Hort von Eigenheit schafft eine neue Behandlungskultur: Empirische Studien zeigen, dass Anpassung und Compliance – um jeden Preis gefordert – oft von Depression und Suizidalität begleitet werden. Menschen mit eigensinnigen Krankheitskonzepten hingegen haben oft eine höhere Lebensqualität (ROESSLER 1999).
9. Die Orientierung auf Recovery statt einer Fixierung auf Symptomreduktion, Respekt für subjektive Wahrnehmung, Erklärung und Sinngebung, die flexible Einbeziehung von Angehörigen sowie die Integration von Peer-Beratung können der Psychosen- Psychotherapie neue Impulse geben.
10. Der Dialog fördert Empowerment. Psychoseseinare können eine konstruktive Krankheitsverarbeitung nachhaltig unterstützen; sie können die Bereitschaft zur Psychotherapie stärken, den Weg dorthin bahnen, den Prozess begleiten und absichern und im Anschluss an Psychotherapie nachhaltig wirken (KNUF 2010).

Literatur

- ADERHOLD, V./ALANEN, Y./HESS, G./HOHN, P. (2003): Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien, psychosozial-Verlag
- AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2011): Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit, Psychiatrieverlag
- ANTONOVSKY, A. (1993): The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science / Medicine*, 1993; 36; 725–33
- BOCK, T./NABER, D. (2003): Antistigmakampagne von unten – Erfahrungen der Initiative »Irre menschlich Hamburg« an Schulen, *Psychiatrische Praxis*, 7/2003, Bd. 30, S. 402–408
- BOCK, T./ESTERER, I./BUCK, D. (2006): Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn, ISBN 978-3-86739-013-2, BALANCE buch+medien verlag
- BOCK, T./PRIEBE, St. (2005): Psychosis-seminars, an unconventional approach for how users, carers and professionals can learn from each other, *psychiatric Services*, Vol. 56, No. 11, 1441–1443
- BOCK, T. (2007b): Eigensinn und Psychose, Paranusverlag Neumünster
- BOCK, T. (2010): Wie gesund ist krank? – Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Suizidprophylaxe, in Heft 141 *Suizidprophylaxe* 37 (2010) 50–55.
- BOCK, T./BRYNSKI, T./KLAPHECK, K./BENING, U./LENZ, A./NABER, D. (2010): Zum Subjektiven Sinn von Psychosen – das Hamburger SuSi-Projekt, *Psychiatrische Praxis*, 2010, 1
- BOCK, T. (2011): Sinnsuche in der psychischen Störung – ein narrativer Ansatz in der Psychiatrie, *Kontext – Zeitschrift für systemische Therapie und Familientherapie*, Band 42, 3/2011, Vandenhoeck & Ruprecht, S. 227–244
- BOCK, T. (2012a): Krankheitsverständnis – zwischen Stigmatisierung und Empowerment, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163 (4), S. 138–144
- BOCK, T. (2012b): Partizipation in der Psychiatrie, in: Rosenbrock R, Hartung S, *Handbuch Partizipation im Gesundheitswesen*, Vincentz-Verlag Berlin

- BOMBOSCH, J.(2009): Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie – selbstverständlich im Trialog, Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft Trialog), 3/2009, 39: S. 10 ff
- BUCK, D. (2005): Auf der SourSpur des Morgenstern – Psychose als Selbstfindung, Paranusverlag Neumünster
- DIETZ, A./PÖRKSEN, N./VOELZKE, B. (1998): Behandlungsvereinbarungen. vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, Psychiatrie-Verlag Bonn 1998
- DDPP (2011): Stellungnahme des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen –Psychotherapie (DDPP) zur Debatte um seelische Gesundheit, Psychotherapiebedarf und »Integrierte Versorgung«. http://www.ddpp.eu/organisation/Stellungnahme_DDPP.php
- FRANKL., V. (1972): Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie, Huber-Verlag Bern 1972 V.
- GIELEN R./GEISSLER D./GIESLER, H./BOCK, T. (2012); Leitlinie Bipolare Störungen und die Bedeutung des Trialogs; Der Nervenarzt 5/2012, Springer-Verlag (DOI 10.1007/s00115-011-3416-2)
- HABERMAS, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Suhrkamp
- KLAPHECK, K./NORDMEIER, S./CRONJÄGER, H./NABER, D./BOCK, T. (2011): Subjective experience and meaning of psychoses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionnaire. Psychological medicine 2011, 7, 1–11
- KNUF, A. (2010): Empowerment und Psychiatrische Arbeit, Psychiatrieverlag, Bonn
- PARSLOW, R. A./JORM, A./CHRISTENSEN, H./RODGERS, B. (2004): Use of medical services after participation in a community-based epidemiological health survey Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2004, 39: S. 311–317
- ROESSLER, W. (1999): Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Acta Psychiatr Scand 100:142–148.
- STOLZ, P. (2009): Trialogisches Forschen? Gedanken und Anregungen. Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft Trialog) 3(39):10–12f
- STRATENWERT, I./BOCK, T. (1998/2007): Die Bettelkönigin (Kinderbuch für Kinder ab 10 Jahren), Koreverlag / Balance-Verlag Köln
- UEBELE, G. (2009): Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Trialog Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft Trialog), 3/2009, 39: S. 10 ff
- UTSCHAKOWSKI, J./SIELAFF, G./BOCK, T. (2009): Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern, Psychiatrieverlag

Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten

Peter Lehmann

*»Es gibt keine größere Tyrannei als diejenige, die im Interesse des Opfers praktiziert wird.«
(C. S. LEWIS, 1898–1963)*

Abstract: Die Interessen psychiatrischer Standesorganisationen stehen den Interessen Psychiatriebetroffener unversöhnlich gegenüber. Dennoch tragen erstere immer wieder vor, im Namen und im Interesse Psychiatriebetroffener zu handeln. Deutlich wird dies bei der Diskussion um das Recht auf gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Anwendungen, die aktuell durch höchstrichterliche Urteile angefacht wurde. Psychiater blenden hierbei die um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung von Psychiatriepatientinnen und -patienten ebenso aus wie deren allgemeine Diskriminierung, mögliche Gesundheitsschäden durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks und die traumatisierende Wirkung psychiatrischer Gewalt. Scheinbar unlösbare Interessenkonflikte lassen sich rechtlich einwandfrei mit Vorausverfügungen, medizinethischen Regeln für eine Notfallbehandlung oder Gefahrenabwehr für Dritte regeln. Der Verzicht auf psychiatrische Gewalt würde den Weg zu einem humanistisch orientierten psychosozialen Hilfesystem freimachen. Sollte im psychiatrischen Bereich – trotz der Forderung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen nach rechtlicher Gleichstellung – weiterhin eine Behandlung ohne informierte Zustimmung allgemein erlaubt sein, müssten wenigstens deeskalierende Maßnahmen vorgeschrieben werden.

Ausgangslage und Interessensgegensätze

In den Urteilen vom 23. März 2011 (2 BvR 882/09) hinsichtlich der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug von Rheinland-Pfalz und vom 12. Oktober 2011 (2 BvR 633/11) in Baden-Württemberg hinsichtlich der Zwangsbehandlung laut Unterbringungsrecht stellte das Bundesverfassungsgericht die fehlende Verfassungskonformität von Gesetzesteilen fest, die die gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks an sogenannte psychisch Kranke erlauben, welchen (zu Recht oder Unrecht) selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten unterstellt wird (siehe DGPPN, 2012a). In beiden Urteilen wertete das Bundesverfassungsgericht psychiatrische Zwangsbehandlung als schwerwiegende Verletzung von Art. 2 Abs. 2 GG (»Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.«) und von Art. 19 Abs. 4 GG (»Wird jemand durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt, so steht ihm der Rechtsweg offen. Soweit eine andere Zuständigkeit nicht begründet ist, ist der ordentliche Rechtsweg gegeben.«).

Diese Entscheidungen wirken sich weitreichend auf die psychiatrische Behandlung nach den Länderunterbringungsgesetzen und dem Betreuungsrecht aus. Erwartungsgemäß erklärte auch der Bundesgerichtshof unter Verweis auf Art. 2 Abs. 2 GG am 20. Juni 2012 (XII ZB 99/12), dass es für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine zwangsweise, psychiatrisch angezeigte Behandlung an einer hinreichend bestimmten Rechtsgrundlage fehle; eine Zwangsbehandlung werde nicht dadurch weniger belastend, dass der Betreuer zustimme. Zwangsmaßnahmen dürften nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel keinen Erfolg versprechen. Zudem müsse der Zwangsbehandlung, soweit Betroffene gesprächsfähig seien, der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von unzulässigem Druck unternommene Versuch vorausgegangen sein, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen. Die Urteile betreffen außerdem diejenigen Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung und freien Willensbildung infolge organischer Krankheiten zum Beispiel nach Herzoperationen, Schlaganfällen oder Hirnverletzungen eingeschränkt ist. Infolge dieser Situation stehen gesetzliche Reformen an.

Hintergrund der Diskussion ist die 2006 von der UN-Generalversammlung verabschiedete und inzwischen von über 100 Staaten ratifizierte UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Diese Konvention wurde in Deutschland 2009 durch ihre Ratifizierung rechtlich unmittelbar wirksam. Sie schließt Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ein, erzwingt eine Anpassung der bisher gültigen Bundes- und Landesgesetze an die neu entstandene Rechtslage und verbietet eine rechtliche Schlechterstellung aufgrund einer Diagnose bzw. einer diagnostizierten Behinderung oder Krankheit. Artikel 17 der UN-Behindertenrechtskonvention (»Schutz der Unversehrtheit der Person«) betont das Recht auf körperliche Unversehrtheit: »Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.« (»Gesetz«, 2008, S. 1432)

Unter den demokratisch legitimierten und unabhängigen Verbänden von Psychiatriebetroffenen gibt es weltweit zwei gemeinsame Positionen: die Empfehlungen für ein respektvolles Miteinander im Selbsthilfe- und Reformbereich, genannt die »Deklaration von Vejle« (»Deklaration«, 2004), sowie die Ablehnung des psychiatrischen Gewohnheitsrechts auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks in der »Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung« (2007). In diesem Memorandum wird die Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie und ein Ende aller psychiatrischen Zwangsmaßnahmen gefordert:

»Die Mitglieder unsere Organisationen sind in einer einzigartigen Position, um über dieses Thema zu sprechen. Wir haben die Zwangspsychiatrie erlebt und wissen um die Schäden, die sie in unserem Leben und dem unserer KollegInnen und FreundInnen angerichtet hat. (...) Gemeinsam fordern wir ein Ende aller psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und die Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie.

Wir weisen besonders auf die kürzlich von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete UN-Konvention für Menschen mit Behinderung hin, die unter Beteiligung

von psychiatriebetroffenen Menschenrechts-AktivistInnen entwickelt wurde. Wir sind der festen Überzeugung, dass alle Menschen und ihre gewählten VertreterInnen diese Konvention ohne jede Einschränkung ratifizieren sollten und damit bekräftigen, dass alle Menschen gleich behandelt werden müssen und niemandem die Freiheit aufgrund einer Zuschreibung von Behinderung, Krankheit oder Störung verweigert werden darf. Da die Konvention das Recht auf freie und informierte Zustimmung ohne jegliche auf Behinderung basierende Diskriminierung anerkennt, haben wir das Recht, psychiatrische Maßnahmen abzulehnen. Noch wesentlicher ist, dass die Konvention Menschen mit Behinderungen – wie allen anderen auch – die Rechtsfähigkeit garantiert, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen; zudem verpflichtet sie Regierungen, zwangsfreie Unterstützungssysteme für Personen zu entwickeln, die Hilfe bei der Entscheidungsfindung benötigen.

Wir stellen fest: Die Weltgesundheitsorganisation hat erklärt, dass sie die Verabreichung von Elektroschocks (auch Elektrokrampftherapie genannt) ohne Einwilligung ablehnt. Elektroschock ohne Zustimmung nimmt international zu, speziell in armen oder Entwicklungsländern, dort auch ohne Anästhesie. Insbesondere deshalb fordern wir in allen Ländern die Abschaffung von Elektroschocks ohne Zustimmung.

Die WHO und die Europäische Kommission haben auch die Notwendigkeit der Entwicklung neuer, nicht stigmatisierender Ansätze der Hilfe und Selbsthilfe für Menschen in emotionaler Not festgestellt. Organisationen von Psychiatriebetroffenen haben eine Vorreiterrolle eingenommen bei der Entwicklung von Selbsthilfeprogrammen, die auf Gleichheit und Wahlfreiheit beruhen anstatt auf Zwang, und helfen dabei, integriert in der Gemeinschaft zu leben. Wir wissen, dass Heilung nur stattfinden kann, wenn Menschen als Menschen mit freiem Willen respektiert werden und wenn es Alternativen jenseits der Psychiatrie gibt – Alternativen, die auf ethischen Ansätzen basieren, die die ganze Person sehen und Recovery (Heilung) unterstützen, wogegen Zwang Recovery unmöglich macht.

Wir stellen fest, dass in vielen Ländern psychiatrische Zwangsmaßnahmen zunehmen, ebenso gerichtlich angeordnete Behandlungen, die in ihren eigenen Wohnungen lebende Menschen verpflichten, psychiatrische Psychopharmaka entweder gegen ihren Willen einzunehmen oder auf ihre Freiheit zu verzichten. Diese Praxis ist eine Verletzung unserer Menschenrechte, die in der UN-Konvention festgeschrieben sind.

Wir laden alle UnterstützerInnen von Menschenrechten ein, gemeinsam mit uns auf einer Welt frei von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen zu bestehen. Und wir fordern die angemessene Finanzierung und Unterstützung für Selbsthilfe-Einrichtungen und für Alternativen zur Psychiatrie, die unsere Menschenwürde respektieren.« (»Dresdener Erklärung«, 2007)

Verschiedene Verbände waren beteiligt an der Formulierung dieser zentralen Position zur gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks, die anlässlich der Konferenz »Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review« (»Psychiatrische Zwangsbehandlung – Ein Überblick«) der World Psychiatric Association vom 6.-8. Juni 2007 in Dresden entwickelt wurde: das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP; deutsches Mitglied ist der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. [BPE]), das Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen (WNUSP) und MindFreedom International (MFI), ein inter-

nationaler Verband aus über 100 Gruppen und Tausenden von Einzelmitgliedern, der sich für die Durchsetzung von Menschenrechten für psychiatrisch Diagnostizierte einsetzt. WNUSP und MFI sind bei den Vereinten Nationen akkreditierte Nichtregierungsorganisation (NGO) mit Beraterstatus und waren bei den Beratungen zur Formulierung der genannten UN-Konvention beteiligt (OAKS, 2007).

Aktuell fordert der BPE als Interessenvertreter deutscher Psychiatriebetroffener eine Reform der Psychiatriegesetze; dasselbe, wenn auch mit entgegengesetzter Ausrichtung, macht die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als Interessenvertretung von Mainstream-Psychiatern. Die Machtfrage wird geführt über die Zulässigkeit einer gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks zur Abwendung tödlicher oder schwerer irreversibler Gesundheitsgefahren bei möglicherweise »krankheitsbedingt« fehlender Einsichtsfähigkeit. Die DGPPN schreibt in ihrem Memorandum, unterzeichnet von ihrem Präsidenten Peter Falkai, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und Honorarempfänger von Firmen wie AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck und Pfizer (siehe BLECH, 2011):

»Meistens kann bei vorliegender Einwilligungsunfähigkeit und zu erwartender Selbst- oder Fremdgefährdung eine Bereitschaft zu einer Behandlung durch intensive Gespräche und einen psychotherapeutischen Zugang erreicht werden. Gelingt dies nicht und ist die krankheitsbedingte Selbst- oder Fremdgefährdung bedrohlich, kann ein sofortiges Eingreifen mit einer Behandlung zur Gefahrenabwehr geboten sein. Die Anwendung von Zwang ist als letztes Mittel nicht nur gerechtfertigt, sondern unter medizinethischen Gesichtspunkten – Gesundheit wiederherstellen, Schaden vermeiden, den am schwersten Kranken eine wirksame Behandlung nicht vorenthalten – sogar geboten. Daher dient eine Behandlung gegen den Willen des Patienten in diesen Fällen nicht nur dem Wohle desselbigen, sondern auch dazu, ihm wieder eine autonome Entscheidung zu ermöglichen.« (DGPPN, 2012a)

Als Beispiele für die Notwendigkeit von gewaltsamer Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks entwarf die DGPPN das Bild

- eines 64jährigen Bauingenieurs, der eine Cortisonpsychose entwickelt, infolgeder er mit stark überhöhter Geschwindigkeit durch ein Wohngebiet fährt (auf der vermeintlichen Flucht vor Geheimdienstagenten) und das Krankenhaus, in das er eingeliefert wird, sofort wieder verlassen möchte, um seinen Verfolgern zu entkommen. Er müsse infolge einer nicht möglichen Zwangsverabreichung von Neuroleptika unter Umständen mehrere Wochen unbehandelt in einer geschlossenen Abteilung gegen seinen Willen untergebracht werden;
- einer 28jährigen Mutter, die an einer nachgeburtlichen Depression leidet, das Essen vergiftet wähnt, daher kaum noch isst, die »ursächliche« Behandlung der Depression ablehnt und angekündigt hat, sich durch einen Sprung von der Brücke mitsamt ihrem Kind das Leben zu nehmen;
- einer 18Jährigen, die seit sieben Jahren an schwerer Magersucht leidet, bei einem lebensbedrohlichen Untergewicht von 31 kg jedoch eine Zwangsernährung ablehnt, den Tod einer erzwungenen Nahrungsaufnahme (und damit der

Gewichtszunahme) vorzieht und sich einem tödlichen Risiko aussetzt, da eine Zwangsernährung, die rechtlich erst bei verlorenem Bewusstsein möglich sei, meist zu spät komme;

- einer 52jährigen psychotischen Krankenschwester, die psychiatrisch zum dritten Mal untergebracht wird, zwar mit dem Klinikaufenthalt einverstanden ist, nicht aber mit der Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka, sich demzufolge körperlich und sozial vernachlässigt und deshalb in ein Pflegeheim verlegen werden muss (DGPPN, 2012a).

Wie häufig von Psychiatern in Problemsituationen eine Eigen- oder Fremdgefährdung bei freiwillig aufgenommenen Patientinnen und Patienten konstruiert wird, nur um im Schutz von Paragraphen eine unerwünschte Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka zu erzwingen, können in Besuchskommissionen tätige Psychiatriebetroffene sicher ohne Probleme anhand Dutzender Beispiele berichten. Zu dieser Praxis schweigt die DGPPN, sie beruft sich lieber auf medizinische Raritäten.

Die Fallbeispiele der DGPPN erinnern fatal an die frühere Praxis bei Kriegsdienstverweigerungsverfahren, in denen Offiziere Horrorszenarien aufbauten und jungen Männern, die sich nicht für die Teilnahme an kriegerischer Gewalt ausbilden lassen wollten, vor die Gewissensfrage stellten, ob sie nicht von der Schusswaffe Gebrauch machen würden, wenn »der Russe« sich gerade daran mache, die Freundin zu vergewaltigen – ohne auch nur in Erwägung zu ziehen, ob es Möglichkeiten gäbe, das Zustandekommen solch zugespitzter Situationen durch präventive Maßnahmen von vornherein zu vereiteln.

Schäden durch gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks

Die großen internationalen und nationalen Verbände Psychiatriebetroffener möchten die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie, sprich: das psychiatrische Recht auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks, abgeschafft sehen, da diese in der Regel zu Menschenrechtsverletzungen führt und einen positiven Behandlungseffekt verhindert.

Dies verdeutlichte beispielsweise 1995 eine Fragebogenaktion des BPE zum Thema Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Behandlung der Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen unterstützte. 130 Verbandsmitglieder nahmen an der Umfrage teil. Unter anderem wurde die Frage gestellt:

»Wurde in der Psychiatrie auf die Probleme eingegangen, die zu Ihrer Anstaltsaufnahme geführt haben? Wurde Ihre Menschenwürde uneingeschränkt beachtet?«

Nur 10 % der Antwortenden gaben an, in der Psychiatrie Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. 90 % klagten, dass ihre Menschenwürde verletzt wurde (PEECK et al., 1995).

Faktoren, die darauf schließen lassen, dass sich die Situation merklich geändert hat oder in nächster Zeit ändern wird, sind nicht zu erkennen. Hingegen gibt es

bei näherer Betrachtung eine Vielzahl von Gründen, die gegen ein psychiatrisches Recht auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks sprechen.

Traumatisierung. Für viele Psychiatriebetroffene stellt die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt (Beispiele siehe LEHMANN, 2012c). Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt hat oft massive Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg, so der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer:

»Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Infantilisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird als erzwungene Regression bezeichnet. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierte Ich versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen werde. In diesem Moment besteht für die Betroffenen die Gefahr, in einen Zustand der totalen Verwirrung zu fallen.

Das Trauma löst das Gefühl der existentiellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. Die Regression hat in dieser Situation für das Opfer den Sinn, sich wieder in die Obhut von beschützenden Elternfiguren zu begeben, was mit Verschmelzungswünschen und Liebesehnsucht verbunden ist. Es bildet sich der Wunsch, gerade von demjenigen, der die Gewalt ausgeübt hat, Trost über das erfahrene Leid zu erhalten. Das Opfer versucht, so zu sein, wie es vom Täter erwartet wird, sein Selbstbild gleicht sich dem Fremdbild des Täters an. (...)

Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft zurückbleibt, ist ein Gefühl der Schuld wie auch die Tendenz, Selbstmord zu begehen. (...)

Genau die Symptome, die PsychiaterInnen zu behandeln vorgeben – Verwirrung, Halluzinationen und Suizidalität sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen – können durch ihre Eingriffe potenziert, chronifiziert, ja sogar produziert werden. Was hier stattfindet, ist ein typischer psychiatrischer Circulus vitiosus (Zirkelschluss): Schließlich bestätigen die Symptome, die in der Folge der Zwangsmaßnahmen auftreten, PsychiaterInnen die Diagnose, was die Ausübung der Gewalt rückwirkend legitimiert.« (RUFER, 2007, S. 404–406)

Der traumatisierende Effekt durch gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks wird von der Mainstreampsychiatrie sowie der gängigen Psychotherapie vollkommen ignoriert. Die Betroffenen können weder Verständnis noch therapeutische Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Traumatisierung erhoffen.

Gesundheitsschädigung. Hirnschädigende Elektroschocks, die in Deutschland wieder flächendeckend eingesetzt werden sollen, so die Verlautbarung der DGPPN

(FALKAI & GRUBER, 2012; DGPPN, 2012b), wie auch psychiatrische Psychopharmaka, insbesondere die meist ohne informierte Zustimmung eingesetzten Neuroleptika, tragen wesentlich zur durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierten Lebenserwartung psychiatrischer Patientinnen und Patienten bei (ÖSBY et al., 2000; COLTON & MANDERSCHIED, 2006; ADERHOLD, 2010, S. 48–57; »Importance«, 2012). Die Sterblichkeit von Psychiatriepatientinnen und -patienten steigt seit drei Jahrzehnten in alarmierender Weise kontinuierlich an (SAHA et al., 2007, S. 1126). Abgesehen von der oft prekären ökonomischen Situation psychiatrischer Patientinnen und Patienten spielt die toxische Wirkung der verabreichten psychiatrischen Psychopharmaka eine wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Manche Psychiater sehen die Wirkung der psychiatrischen Psychopharmaka als nicht ausschlaggebend für die drastisch erhöhte Sterblichkeit psychiatrischer Patientinnen und Patienten an. Doch sollten deren oft miserabler Gesundheitszustand und die vorher niemals sicher bestimmbareren Wirkungen psychiatrischer Psychopharmaka nicht erst Recht Anlass sein, sie vor einer weiteren körperlichen Belastung durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks zu bewahren? Erfrischend offen hat Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll bereits 1983 die Unkalkulierbarkeit insbesondere neuroleptischer Wirkungen offenbart:

»Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.« (SEELER, 1983)

Mitverursachend für die erhöhte Sterblichkeit sind neuroleptikabedingte Defizit-Syndrome, Suizidalität, Delire, Muskelstörungen, Lebererkrankungen, Geschwulstbildungen, die sich bis hin zu Krebs entwickeln können, Diabetes, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall. Vor einer gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks finden in aller Regel keine sorgfältigen körperlichen Untersuchungen statt, ebenso werden im Verlauf der Behandlung kaum Kontrolluntersuchungen unternommen, um Frühwarnsymptome aufzuspüren, die auf die Entwicklung chronisch oder tödlich verlaufender neuroleptikabedingter Erkrankungen hinweisen könnten. Auch werden die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht über Frühwarnsymptome informiert. Dabei sollte die Bedeutung früher Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen insbesondere Menschen mit medizinischer Ausbildung bekannt sein:

- Apathie, Willenlosigkeit und niedergedrückte Stimmung: mögliche Vorboten einer suizidalen Entwicklung (LEHMANN, 2012a)
- Nachlassen des Antriebs, des Bedürfnisses zu sprechen und nach sozialen Kontakten: mögliche Vorboten eines Defizit-Syndroms
- innere Unruhe, Erregtheit, Sich-Getrieben-Fühlen und Ängstlichkeit: mögliche Vorboten eines Delirs
- Eintreten psychotischer Symptome beim Reduzieren: mögliche Vorboten von (organisch bedingten) Supersensitivitätspsychosen und chronischen Psychosen
- Muskelstörungen: mögliche Vorboten irreversibler Bewegungsstörungen
- erhöhte Leberwerte und Fettleber: mögliche Vorboten chronischer Leberschäden

- Prolaktinerhöhung: möglicher Vorbote von Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen, die sich zum Brustkrebs entwickeln können
- Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz (als Faktoren eines metabolischen Syndroms): mögliche Vorbote von chronischem Diabetes, schweren Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall (LEHMANN, 2012b).

Es wird nicht geprüft, ob vorliegende psychische Probleme möglicherweise vorübergehende Entzugsprobleme beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka sind, ob traumatische Erfahrungen (zum Beispiel sexueller oder emotionaler Missbrauch, Gewalterfahrung) vorgelegen haben, ob Patientinnen schwanger sind und der Fötus durch toxische Substanzen geschädigt werden könnte, es werden keine Augenhintergrunduntersuchungen zur Ausschließung von Verletzungen des Sehnervs gemacht, wie von Augenärzten empfohlen, etc. Und obwohl 5 % bis 10 % der Bevölkerung »Langsam-Metabolisierer« sind, das heißt Menschen mit genetisch bedingter verlangsamerer Verstoffwechslung, was bei der üblichen Verabreichungsgeschwindigkeit zu massiver Wirkungssteigerung führt und vermehrt unerwünschte Wirkungen, beispielsweise gefährliche Herz-Kreislauf-Störungen nach sich ziehen kann, werden Behandlungskandidatinnen und -kandidaten nicht auf diesen Risikofaktor geprüft.

Dabei hatten Psychiater in der Vergangenheit immer wieder auf mögliche Schäden durch Neuroleptika, deren prinzipielle Dosisunabhängigkeit und die absehbare Unvorhersehbarkeit von Todesfällen abgehoben. Vor fast 50 Jahren warnte beispielsweise Heinrich Kranz, 1961–62 Präsident der DGPPN:

»Wenn es so wäre, dass an diesen Komplikationen, insbesondere auch an den letalen Ausgängen, nur falsche Dosierungen oder unzweckmäßige Kombinationen schuld gewesen wären, so wäre das Schuldkonto, das mit dieser Feststellung auf uns geladen wäre, schwer. So ist es aber nicht; wir haben erfahren, dass es auch bei therapeutisch sicher einwandfreien, ja sogar bei geringen Dosierungen aufgrund uns noch weithin unbekannter individueller Dispositionen oder irgendwelcher komplizierender Faktoren, die wir kaum überschauen können, zu solchen belastenden Begleitwirkungen, ja vielleicht sogar zu letalen Ausgängen kommen kann.« (KRANZ, 1964, S. 201)

Auch die modernen, sogenannten atypischen Neuroleptika stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko für die Behandelten dar, wie aus der Aussage von Gerhard Ebner, Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Mitglied des Advisory Board bei Janssen Cilag zur Einführung des Risperdal Consta, hervorgeht:

»Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.« (EBNER, 2003, S. 30)

Tardive Dyskinesien (oft bleibende, nicht behandelbare und mit der Verkürzung der Lebenserwartung einhergehende Muskelstörungen) können bei dieser eher aus

Vermarktungsaspekten als »atypisch« bezeichneten Gruppe neuerer Neuroleptika (LEHMANN, 2010b) ebenso auftreten, die gefürchteten, zu Erstickungsanfällen führenden und mitunter unmittelbar tödlich endenden Zungen-Schlund-Syndrome gar in erhöhtem Ausmaß (MADDALENA et al., 2004; VOGEL, 2012).

Aktuell weisen Autoren im *British Journal of Psychiatry* massiv auf die Gefahren von Neuroleptika hin (MORRISON et al., 2012); der Herausgeber der Zeitschrift des Royal College of Psychiatrists, Peter Tyrer, fordert:

»Um das Kosten-Nutzen-Risiko positiv zu gestalten, müssten die Kombination aus extrapyramidalen Symptomen, Gefahren der tardiven Dyskinesie und des neuroleptischen malignen Syndroms (*lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen*), Gewichtszunahme und metabolischem Syndrom (Komplex aus Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz mit hohem Risiko für schwere Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall – P. L.), Sedierung, orthostatischer Hypotonie (*bei aufrechter Körperhaltung auftretende Blutdruckschwäche*) und Beeinträchtigung sexueller Funktionen (...) aufgewogen werden durch eine massive Verbesserung der Symptomatik und der sozialen Funktionsfähigkeit.

Alle Revolutionen müssen enden, und die psychopharmakologische muss nun in ruhigere Gefilde kommen – in eine Welt, wo sich die medikamentöse Therapie, die in den letzten Jahren wie ein Rammbock wirkte und unserer Unterstützung bedurfte, mit anderen Herangehensweisen verbindet, beispielsweise mit Partnern auf gleicher Augenhöhe, und wo man besser zusammenarbeitet als im Streit gegeneinander.« (TYRER, 2012)

Bereits 2005 hat der Vorstand von ENUSP aus Sorge um das Leben von Psychiatriebetroffenen insbesondere bei ambulanter Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka beim Senat und der Bürgerschaft des Landes Bremen gegen die seinerzeit geplante Einführung des Rechts von Psychiatern auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka protestiert und geschrieben:

»Ambulante Zwangsbehandlung mit psychiatrischen Psychopharmaka liefert die Behandelten zudem schutzlos massiven Immunreaktionen wie z. B. anaphylaktischen Reaktionen aus. Notfallmaßnahmen sind im ambulanten Bereich nur mit u. U. sich tödlich auswirkender zeitlicher Verzögerung möglich. Selbst das *Deutsche Ärzteblatt* (2005; 102:A 509–515) stellt unmissverständlich fest, dass beispielsweise in den USA und England, aber auch Norwegen, Dänemark und Australien, mehr Menschen durch unerwünschte Arzneiwirkungen sterben als im Straßenverkehr. Auch wenn in Deutschland valide Zahlen fehlen: Ein Grund ist nicht ersichtlich, dass sich die Situation hierzulande anders darstellt. Wollen Sie solche erheblichen Risiken für die Betroffenen in Kauf nehmen? (...)

Wir verweisen in dem Zusammenhang auf Äußerungen auch von Psychiatern (...). Wolfgang Seeler von der Psychiatrische Klinik Hamburg-Ochsenzoll warnte mit selbem Tenor: »Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.«

Nachdem auch schon moderne sogenannte atypische Neuroleptika wegen tödlicher Blutbildstörungen und tödlicher Herz-Kreislauf-Zwischenfälle wieder vom Markt genommen werden mussten, hat sich an diesem Grundproblem, dessen Folgen einzig zu Lasten von Psychiatriebetroffenen gehen, nichts geändert.

Insofern kann der Schutz vor insbesondere ambulanter Zwangsbehandlung nicht hoch genug angesiedelt werden. Ansonsten sehen wir die Situation, dass in Deutschland schutzlose Menschen erneut ins Exil getrieben werden.« (LEHMANN, 2005a)

Allgemeine Diskriminierung

Psychiatriebetroffene werden in ihrer Rechtsstellung in vielfältiger Weise massiv diskriminiert (siehe auch LEHMANN, 2012c) und zudem vom Gesetzgeber an den derzeit anstehenden Rechtsreformen nicht beteiligt:

Verweigertes Recht auf Aufklärung und informierte Zustimmung. Wie Studien aller Art gezeigt haben, findet fast regelhaft keine Aufklärung über die Risiken und »Neben-« Wirkungen von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks statt.

»Ein Aufklärungskonzept gehört offensichtlich nicht zum psychiatrischen Alltag« (zitiert nach »Mythos«, 1992), äußerte die Psychologin Lilo Süllwold. Nicht nur bei Forschungen mit neuen Substanzen erscheint es Psychiatern »unethisch, die Angst von Patienten durch detaillierte Information über mögliche Unannehmlichkeiten oder Komplikationen zu vermehren« (HELMCHEN, 1982, S. 380). Hanfried Helmchen, ehemaliger DGPPN-Präsident, publizierte 1981 in dem Buch »Psychiatrie und Rechtsstaat« beispielsweise Vorschläge, »über das Risiko einer Späthyperkinese spätestens zum Zeitpunkt ihrer beginnenden Manifestation« zu informieren, oder aber drei Monate oder ein Jahr nach Beginn der Behandlung, denn:

»Vermutlich wäre die Ablehnungsrate sehr hoch, wenn alle akut schizophrenen Patienten über dieses Nebenwirkungsrisiko vor Beginn einer notwendigen neuroleptischen Behandlung informiert würden.« (HELMCHEN, 1981, S. 83)

Weder zu Beginn der Behandlung noch im weiteren Verlauf werden die Betroffenen im erforderlichen Ausmaß aufgeklärt. Dies trifft besonders auf Neuroleptika zu. Michael Linden von der Berliner Psychiatrischen Universitätsklinik berichtete in seinem Artikel »Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika« über Befragungen, die am Tag der jeweiligen Anstaltsentlassung durchgeführt wurden. Danach kennen die Behandelten die Risiken und Gefahren, die die Verabreichung der psychiatrischen Psychopharmaka mit sich bringen, nur unzureichend. Beispielsweise wussten nur 6 % der Befragten etwas von unerwünschten Wirkungen auf das autonome Nervensystem (LINDEN, 1980).

Auf die Frage, ob sie über Risiken und »Nebenwirkungen« von Behandlungsmaßnahmen vollständig informiert waren, wurde in der oben genannten Umfrage für die *Sozialpsychiatrischen Informationen* von den Befragten nicht ein einziges Mal mit Ja geantwortet (PEECK et al., 1995).

Andere Studien jüngerer Datums wie die europäische Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001–2006« (durchgeführt und finanziert von der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In dieser multinationalen Studie untersuchten Verbände von Psychiatriebetroffenen, psychiatrisch Tätigen

und Angehörigen aus England, Wales, Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit Mental Health Europe, ENUSP und einem belgischen Forschungsinstitut die normale Situation Psychiatriebetroffener. Ergebnis:

»Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken. Beschwerden werden als Zeichen einer psychischen Erkrankung abgetan. Das Recht auf Einsicht in die eigenen Behandlungsunterlagen wird verwehrt. Lehnen Patientinnen und Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung.« (»Erkenntnisse«, 2005).

Verweigerte Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen. Die Forderung von Verbänden Psychiatriebetroffener, es möge ähnlich der Aufarbeitung von sexuellem Missbrauch in der katholischen Kirche oder Menschenrechtsverletzungen in der Heimerziehung auch zu einem Runden Tisch kommen, bei dem über psychiatrische Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie gesprochen wird, wird von Psychiaterorganisationen abgetan, man möge sich intern an Beschwerde- und Schlichtungsstellen von Ärztekammern wenden.

Psychiater, die jungen Frauen ohne informierte Zustimmung Insulin- und Elektroschocks sowie alle Arten von psychiatrischen Psychopharmaka verabreichten mit der Folge jahrelanger Odysseen und massiver Suizidalität, sind trotz der publik gemachten brutalen Behandlung nach wie vor persönliche Ehrenmitglieder der World Psychiatric Association oder Mitglieder des Ethikbeirats der DGPPN (KEMPKER, 2000; DGPPN, 2010; LEHMANN, 2010a).

Faktoren, die darauf schließen lassen, dass sich die Situation in jüngster Zeit merklich geändert hat oder in nächster Zeit ändern wird, sind nicht zu erkennen.

Verweigerte Hilfestellung beim Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka. Patientinnen und Patienten bekommen psychiatrische Psychopharmaka in der Regel ohne ausreichende Aufklärung über Abhängigkeitsrisiken oder gar unter Anwendung von Nötigung oder unmittelbarer Gewalt verabreicht. Später jedoch, wenn sich eine körperliche Abhängigkeit entwickelt hat, erhalten sie keine Hilfestellung beim Absetzen (mit Ausnahme von Benzodiazepinen, nachdem deren abhängig machende Wirkung von Gerichten bestätigt wurde). Das Wissen über das Risiko der Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika wird den Betroffenen ebenso vorenthalten wie die dazugehörigen Diagnosen und Abrechnungsziffern, die Voraussetzung wären, um einem hilfebereiten Mediziner die Abrechnung seiner Tätigkeit über die Krankenkasse zu erlauben. Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health von 2001–03, stellte hierzu fest:

»Diagnosen und Indikationen führen oft zur Behandlung mit psychiatrischen Psychopharmaka, die langwierig sein kann. Wer kann vorhersagen, ob die psychiatrischen Psychopharmaka – wenn die Zeit kommt – problemlos abgesetzt werden können? Von Tranquilizern, besonders von Benzodiazepinen, kennen wir die abhängig machende Wirkung bereits. Absetzen ohne therapeutische Hilfe und ohne Kenntnisse über die Risiken kann einen dramatischen Verlauf nehmen. (...) Hörten wir nicht schon von psychopharmakabedingten Absetzproblemen, von Rezeptorenveränderungen, Supersensitivitäts- und Absetzpsychosen?

(...) Lassen wir unsere Patienten nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre psychiatrischen Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?« (LAHTI, 2008, S. 10f.)

Verweigerte psychiatriepolitische Einflussnahme. Vertreter von Organisationen Psychiatriebetroffener sind nicht beteiligt an Zulassungsverfahren psychiatrischer Psychopharmaka und deren Monitoring. Sie können hierzulande Arzneimittelkommissionen noch nicht einmal Hinweise auf Schäden melden (LEHMANN, 2005b).

Verweigertes faires Gerichtsverfahren. Bekommen psychiatrische Patientinnen und Patienten ohne vorherige gerichtliche Prüfung gewaltsam psychiatrische Psychopharmaka und/oder Elektroschocks verabreicht, ist ein faires Gerichtsverfahren, in dem sie sich gegen deren gewaltsame Verabreichung wehren können, in aller Regel nicht mehr möglich. Wie sollen sie unter Einfluss persönlichkeitsverändernder Substanzen oder in einem einer Gehirnerschütterung gleichkommenden Zustand nach Vollzug von Elektroschocks vor Gericht ihre bürgerlichen Rechte durchsetzen?

Verweigerte Strafverfolgung. Gleichzeitig finden Verurteilungen von Psychiatern wegen Körperverletzung oder Tötung mit bedingtem Vorsatz nicht statt: nicht einmal, wenn Menschen trotz offensichtlicher Risikosituationen psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks erhielten und infolge der Behandlung starben. Bekannt durch Zeitungsberichte ist beispielsweise der Todesfall in der Psychiatrischen Abteilung der Klinik in Zwickau vom 4. Mai 2008, als eine stark übergewichtige Frau »angebunden und von den Medikamenten völlig breitgemacht« an einer Lungenembolie infolge eines nicht erkannten Blutgerinnsels starb; aufgrund der Psychopharmakawirkung hätte sie zuvor nicht mal sagen können, wenn sie Schmerzen im Bein gespürt hätte, so ihr Ehemann. Sie war mit drei Riemen dauergefesselt gewesen. In diesem Fall kam es seitens der Staatsanwaltschaft nicht einmal zu einer Anklage wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung, denn:

»Thrombose und Embolie ließen sich »nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit« auf die Fesseln zurückführen. Angesichts weiterer Risikofaktoren wie des starken Übergewichts der 59jährigen Patientin zog ein Gutachten eine »Kausalkette« zwischen Fesseln und Tod nur »im Sinne einer Begünstigung« in Betracht.« (EUMANN, 2010)

Dass auch nicht wegen eventualvorsätzlicher Tötung angeklagt wurde (trotz bekannter erheblicher Risiken waren offenbar nichts unternommen worden, diese zu vermindern), ist kein gutes Zeichen für die Wertschätzung des Rechts auf Leben einer normalen Psychiatriepatientin. Dabei sollte bekannt sein, dass Neuroleptika eine erhöhte Thrombose- und Emboliegefahr bewirken (LEHMANN, 1996, S. 141–147), die Betroffenen besonders bei längerer Ruhigstellung, zum Beispiel bei anhaltender Fixierung, durch Venenthrombosen gefährdet sind (Bayer AG, 1972) und Übergewicht ein weiterer Thromboserisikofaktor ist.

Verweigerter Schadenersatz, verweigertes Schmerzensgeld. Trotz der Vielzahl von Behandlungsschäden und des dramatischen Machtgefälles zwischen behandelten Einzelpatientinnen und -patienten und milliardenschweren Pharmafirmen bzw.

Psychiatern, die durch kollegiale Gutachten geschützt werden, bleibt Psychiatriebetroffenen – wie auch anderen Medizingeschädigten – in Deutschland die überfällige Beweislastumkehr vorenthalten. Bei Behandlungsschäden haben psychiatrisch Geschädigte nahezu null Chance, Schmerzensgeldklagen durchzusetzen. Entschädigungen für rechtswidrige gewaltsame Verabreichungen von psychiatrischen Psychopharmaka, Elektroschocks und Zwangsunterbringungen sind ebenso wenig vorgesehen wie für sogenannte Falschdiagnosen, die zu Unterbringungsverfahren und gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks führen. Nur extrem wenige geschädigte Patientinnen und Patienten können den Klageweg gehen und durchstehen. Wie die Erfahrungen von Vera Stein zeigen, die mit ihren Klagen auf Schmerzensgeld und Schadensersatz gegen fünf Kliniken durch alle Instanzen ging bis zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, nachdem sie infolge einer Fehldiagnose jahrelang psychiatrisch eingesperrt war, neigt man dazu, mit Hilfe von Medizinerkollegen, die als Sachverständige auftreten, im Einvernehmen mit Gerichten Fehler zu vertuschen, um die Verantwortlichen davor zu bewahren, dass sie zur Rechenschaft gezogen werden (STEIN, 2006; STEIN, 2012, S. 189–192).

Was tun angesichts unlösbarer Interessenkonflikte?

Beliebig viele Beispiele für die Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Rechten sowie die Schädigung von Gesundheit und sozialem Besitzstand durch die gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks ließen sich hier auflisten. Ebenso fänden sich Beispiele für Risiken durch das Ausbleiben von gewaltsamer Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks. Kann es aber sein, dass eine mögliche Gefährdung des einen Personenkreises (Menschen, die durch eine gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks möglicherweise einen Nutzen haben, wie von der DGPPN ausgeführt) aufgerechnet wird gegen die Gefährdung eines anderen Personenkreises (Menschen, die durch gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks geschädigt werden, wie von Psychiatriebetroffenen weltweit bezeugt)? Wer wollte sich anmaßen, das Recht auf Leben und Gesundheit unterschiedlicher Menschen gegeneinander abzuwägen?

Gewaltanwendung in der Psychiatrie ist immer verbunden mit einer Verletzung von Rechten, die gegebenenfalls als geringer bewertet werden (zum Beispiel Unverletzlichkeit des Körpers, Schutz der Menschenwürde, Selbstbestimmungsrecht) als diejenigen Rechte, die zur Ausübung von Gewalt legitimieren sollen (zum Beispiel Recht auf Behandlung, Schutz der Menschenwürde, Selbstbestimmungsrecht). Ob man sich der einen Seite (Abwehr gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks) oder der anderen Seite (Durchsetzung gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks) zuwendet, ist – neben der üblichen Ausrichtung an Interessen wie Geld, Macht, Karriere, Schuldgefühlen oder mangelhafter Kenntnisse des

Umfangs und der Grenzen der Garantenpflicht – eine Frage des Vertrauens in die psychiatrische »Kunst« und Ethik.

Allerdings gibt es eine Reihe objektiver Tatbestände, die das Vertrauen in psychiatrische »Kunst« und Ethik relativieren müssen: die massive rechtliche Minderstellung von Betroffenen, ihre massive gesundheitliche Gefährdung durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks, die letztlich zu geringe Wertschätzung ihres Lebens insbesondere angesichts der Verflechtung der Psychiatrie mit der pharmazeutischen Industrie (LEHMANN, 2012d). Die Aufrechterhaltung eines psychiatrischen Sonderrechts auf gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks sollte unter diesen Umständen abgelehnt werden.

Mediziner müssen sich generell mit dem Umfang der Garantenpflicht und deren Grenzen auseinandersetzen und Verantwortung übernehmen, wenn sie in Not-situationen ohne informierte Zustimmung behandeln. Wieso sollen sich Psychiater nicht derselben Verantwortung stellen wie andere Mediziner auch? Sollen am Ende Eingriffe als Geschäftsführung ohne Auftrag in der inneren Medizin, der Gynäkologie, der Onkologie, der Chirurgie etc. in unterschiedlichen Gesetzen abgehandelt werden – für jeden Medizinbereich ein Sondergesetz?

Konfliktlösungsmöglichkeiten. Grundsätzlich sollte nur mit Einwilligung von Untergebrachten und nach informierter Zustimmung behandelt werden. Vor Beginn der Behandlung ist umfassend über die Gründe und Folgen sowie über mögliche Alternativen aufzuklären. Die Pflicht zur Aufklärung umfasst insbesondere die Risiken der Behandlung und Nebenfolgen sowie Spätschäden, die nach dem Stand medizinischer Erkenntnis nicht außerhalb jeglicher Wahrscheinlichkeit liegen. Ist der oder die Untergebrachte zu einer rechtswirksamen Erklärung außer Stande, ist auf den natürlichen Willen abzustellen. Kann er oder sie diesen nicht äußern, ist auf eine vorher abgegebene Erklärung abzustellen. Ist eine solche nicht erkennbar, dann ist von einer Versagung der Einwilligung auszugehen. Sicherergestellt sein muss auch, dass psychiatrische Patientinnen und Patienten, ob zwangsuntergebracht oder nicht, ihre Zustimmung zur Behandlung jederzeit ganz oder zum Teil widerrufen können (SCHULZ et al., 1984; JELPKE et al., 1988).

Notfallbehandlung. Wie im vitalen Interesse der betroffenen Person diese ohne oder gegen ihren Willen zu behandeln ist, steht in den Vorschriften des BGB (zum Beispiel in Notfällen der Eingriff als Geschäftsführung ohne Auftrag) und des StGB (Gebot der Hilfeleistung). Dass es sich dabei nur um das Leben der Betroffenen oder um die Abwendung schwerer irreversibler Gesundheitsgefahren in jeweils situationsbedingten, von individuellen Ressourcsmöglichkeiten bestimmten und somit nicht verallgemeinerbaren Situationen handeln kann, sollte bei Akzeptanz des BGB und des StGB selbstverständlich sein. Das Recht auf Selbstbestimmung psychiatrischer Patienten sei hoch einzuschätzen, so Christoph Jonas Tolzin, Leiter des Kompetenzzentrums Psychiatrie/Psychotherapie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen; wer als Arzt den Konflikt mit dem Patienten nicht aushalte, solle sich einen anderen Beruf suchen (siehe VOM LEHN, 2012).

Gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks via Behandlungsvereinbarung. Möglich ist die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks bei Personen, die diese per Behandlungsvereinbarung oder einer anderen Vorausverfügung in rechtlich angemessener Weise vorher ausdrücklich und in freiem Willen erlaubt und für sich eingefordert haben. Aber auch hier müssen alle Rechtsprinzipien, auch das der Verhältnismäßigkeit, gewahrt sein. Politiker und Psychiater, die Zwangsmaßnahmen für unverzichtbar halten, sollten demzufolge denselben Weg gehen, wie er beschritten wurde, um das Problem fehlender Spenderorgane zu lösen: Genauso wie man aktuell Gesunde dazu aufruft, schon heute ihre Bereitschaft zu erklären, sich im Falle des Hirntodes Organe entnehmen zu lassen und diese zu spenden, kann man öffentliche Aufrufe starten, in denen sich Bürgerinnen und Bürger frühzeitig erklären, ob sie im Falle des Falles der Psychiatrisierung gewaltsam psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks verabreicht bekommen wollen. Eine solche Aktivität von Staat und Krankenkassen entspräche zudem Erwartungen sozialpsychiatrisch Tätiger an »psychisch Kranke«, wie sie der Sozialpädagoge Herbert Knappe wiedergibt: »Jeder Mensch muss an seiner Lebensgestaltung nach seinen Möglichkeiten und Kräften konstruktiv mitwirken.« (zitiert nach KNAPPE, 2012, S. 28). Dies gilt auch für Organisationen, die spezielle Patientengruppen vertreten wollen, wie beispielsweise die Gesellschaft für bipolare Störungen. Diese vom Psychiater Georg Juckel von der Psychiatrischen Universitätsklinik Bochum geleitete und von diversen Pharmafirmen gesponserte Organisation plädiert mit dem Argument, dass Menschen mit Manien in ihren Hochphasen ihre soziale und finanzielle Existenz ruinieren könnten, lautstark für die Zulässigkeit psychiatrischer Zwangsmaßnahmen (siehe ALBRECHT & GREFE, 2012). Das scheinbar unauflösliche ethische und rechtliche Dilemma – psychiatrische Gewalt zulassen oder nicht – würde durch die dargestellte juristische Regelung nahezu bedeutungslos.

Zwang zur Abwehr von Gefahren für Dritte. Zwang ist letztlich unabwendbar für eine Gesellschaft, die sich schützen will vor Straftaten, egal ob die Täterinnen und Täter eine psychiatrische Diagnose haben oder nicht. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg bekräftigte dies am 15. September 2012 in seiner Mitgliederversammlung:

»Im Falle akuter Fremdgefährdung, falls Leib und Leben Anderer bedroht sind, sollen Zwang und Gewalt als letztes Mittel möglich sein. Dies bedeutet jedoch selbst hier, dass zunächst sämtliche deeskalierende Versuche unternommen werden müssen, um den schweren Gefahrensituationen gewaltfrei zu begegnen. Falls Zwangs- oder Gewaltanwendungen unumgänglich sind, müssen diese nicht nur human und der Verhältnismäßigkeit entsprechend gewählt werden, sondern auch auf eine möglichst geringe Dauer beschränkt werden.« (LPEBW, 2012)

Dass in solchen Fällen Zwang in Form von gewaltsamer Verabreichung riskanter psychiatrischer Psychopharmaka nicht verfassungskonform ist, hat das Bundesverfassungsgericht geklärt, wie eingangs erwähnt.

Gewaltverzicht als Voraussetzung eines humanistisch orientierten psychosozialen Hilfesystems

Psychiatrische Gewaltanwendung sollte grundsätzlich ethisch höchst bedenklich und letztlich verzichtbar sein. Ein Gewaltverzicht hätte dramatische Folgen: Er könnte ein System der Hilfeleistung hervorbringen, das seinem Namen gerecht wird. In einer gewaltfreien psychosozialen Kultur würden jetzt noch als psychisch krank diagnostizierte Menschen ihre Würde wiederfinden. Wo vorher Isolation war, wären jetzt Orte, an denen psychisches Leid gemeinsam überwunden und die phantastischen Visionen gefährlicher Geister reflektiert werden können, egal ob es sich dabei um Stimmen handelt, um Bilder oder ungewöhnliche Überzeugungen.

Reichen ambulante Hilfen, Selbsthilfemaßnahmen oder humanistisch orientierte psychotherapeutische Hilfen nicht aus, mit psychosozialen Problemen zurechtzukommen und die Kommunikation der einzelnen Betroffenen mit ihrer Umgebung aufrechtzuerhalten oder wieder zu ermöglichen, würden krisenorientierte Dienste ohne doppelbödige und ausgrenzende Kommunikation und vor allem ohne Zwangsmaßnahmen auf den Plan treten. Anstelle eines Koffers mit diagnostischen Handbüchern, Spritzen und psychiatrischen Psychopharmaka beruhte ihr Angebot auf Empathie, Interesse, Offenheit, Verstehen und Respekt, sicheren Orten, dialogischen Langzeitbeziehungen auch psychotherapeutischer Art und einem ganzheitlichen Umgang mit Körper und Geist. Gemeinsam mit den Betroffenen versuchten sie, eine Lösung für aus dem Ruder laufende Problemsituationen zu finden, vor Ort oder in niedrigschwelligen Krisenzentren oder Recovery-orientierten Einrichtungen à la Weglaufhaus, Soteria oder Windhorse. Die Kenntnisse krisenerfahrener Menschen würden als wertvolle Anregung integriert (LEHMANN & STASTNY, 2007a, S. 425–429).

Welche Vorteile ein gewaltfreies und humanes Zugehen auf Menschen in psychischen Extremsituationen haben kann, wird auch an den Erfahrungen des Diabasis-Projekts deutlich. Diabasis war ein Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis in San Francisco. Der von C. G. Jung beeinflusste Psychiater John Perry hatte in den 70er Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen gegründet. Das Wort »Diabasis« aus dem Griechischen bedeutet »Übergang« und bezieht sich auf die Chance der Persönlichkeitsentwicklung, die Verrücktheitszustände und andere Krisen in sich bergen. Über sein Projekt berichtete Perry, der psychische Extremzustände nicht als Folge von Hirnstoffwechselstörungen abtat und auf die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka verzichtete, 1977 in Rom beim 7. Kongress der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie:

»Wir hatten quasiprofessionelle Berater ohne Psychopathologie-Ausbildung. Ihr übereinstimmender Standpunkt war, dass sich die psychiatrische Etikettierung zerstörerisch auf die Klienten auswirkt. Weil dadurch deren Erfahrungen und Wesensarten abgewertet werden. Aus diesem Grund vertraten die Mitarbeiter die strikte Grundregel: Nicht etikettieren. Ihre

allgemeine Haltung zeichnete sich aus durch Anteilnahme, Ermutigung, Unterstützung und Zuneigung. Die Atmosphäre im Haus war warm, stützend, offen und frei für den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. (...) Wir vergaben keine psychiatrischen Psychopharmaka. Wir hatten hohe Erwartungen, aber trotzdem waren wir über die Ergebnisse erstaunt. Die bemerkenswerteste Erfahrung war die Schnelligkeit, mit der diese Menschen von ihren psychotischen Zuständen herunterkamen: Die meisten kehrten zu einem zusammenhängenden, rationalen Bewusstseinszustand innerhalb von 1-5 Tagen zurück. Die längste »Rückkehr« dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptombefreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.« (PERRY, 1980, S. 194 f.) Wichtig für eine wirksame psychosoziale Hilfe ist ein Klima von Vertrauen, Gemeinsamkeit und Zuversicht, das jeder Lösung, Besserung oder Heilung zugrunde liegen muss. Beispiele finden sich auch in Berichten über den Offenen Dialog (need-adapted treatment), die Krisenherberge, den Soteria-Ansatz, das Weglaufhaus und die organisierte Selbsthilfe. Solche humanistisch orientierten Herangehensweisen führen erwiesenermaßen zur Reduzierung von Zwangseinweisungen, zur besseren persönlichen Entwicklung der Betroffenen (einschließlich der Beibehaltung ihres Arbeitsplatzes), zu weniger »Rückfällen« und erneuten psychiatrischen Unterbringungen, zu weniger Konsum psychiatrischer Psychopharmaka und insgesamt besserer Lebensqualität (LEHMANN & STASTNY, 2007b). Allerdings bedrohen solche funktionierenden Alternativen, die zudem kostensparend wären und Krankenkassen und Versicherte finanziell entlasten würden (LEHMANN, 2011), die Gewinne von Pharmafirmen. Insofern ist es nicht überraschend, dass in psychiatrischer Fachliteratur, die meist finanziell abhängig ist von Geldern der Pharmafirmen, solche Informationen fehlen. Auch Psychiater, die sich ausgesprochen häufig in »Interessenkonflikten« durch die Annahme von Geldern der Pharmaindustrie befinden, reagieren in aller Regel mit Ignoranz und Abwehr auf Berichte erfolgreicher psychosozialer Behandlung ohne Zwang, psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks.

Sinnvoller und notwendig wäre jedoch, nicht noch weitere Massen von psychiatrischen Patientinnen und Patienten dem Risiko des frühen Todes auszusetzen, sondern deren Menschenrechte und insbesondere ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit zu schützen, Verstöße gegen Aufklärungspflichten wirksam zu bekämpfen, die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks zu unterbinden und das Recht von Patientinnen und Patienten auf Freiheit in der Weise durchzusetzen, dass sie diese ohne Behandlungsschäden wiedergewinnen.

Wie kontraproduktiv ein Gesetz wäre, das psychiatrische Gewalt fördert, geht aus einem offenen Brief hervor, den der Psychiater Martin Zinkler am 12. November 2012 an Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, die Bundesministerin der Justiz, schrieb. Er erläuterte ihr den Schutz vor Gewalt als Grundlage eines vertrauensbildenden therapeutischen Klimas und entkräftete das von der DGPPN entworfene Szenario, wonach die Nichtverabreichung psychiatrischer Psychopharmaka dazu führe, dass psychiatrische Patientinnen und Patienten gesundheitlichen Schaden erleiden und vermehrt andere Zwangsmaßnahmen wie etwa Fixierungen (Fest-

binden am Bett) erdulden müssten. Auch treffe es nicht zu, dass Mitarbeiter und Mitpatienten vermehrt Opfer von aggressiven Übergriffen würden:

»Ich schreibe Ihnen, um Ihnen mitzuteilen, dass ich als Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Heidenheim diese Erfahrungen – auch für mich überraschend – nicht gemacht habe. Vielmehr haben sich durch die aktuelle Situation, nach der es in Baden-Württemberg keine rechtliche Grundlage für die Zwangsbehandlung mehr gibt, in der Behandlung neue Möglichkeiten zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlungsteam ergeben. Denn wir sagen unseren Patienten jetzt, dass eine medikamentöse Zwangsbehandlung nicht stattfinden wird, gerade auch solchen Patienten, die in der Vergangenheit zwangsbehandelt wurden. Das schafft Vertrauen und hat bisher – über inzwischen mehr als 12 Monate seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zum UBG in BW (2 BvR 633/11) mit über 1200 stationären Aufnahmen – in unserer Klinik nicht zu einer Zunahme von Zwangsmaßnahmen oder Übergriffen auf Personal und Mitpatienten geführt.« (ZINKLER, 2012)

Im Falle einer staatlichen Lizenz zur gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks

Deutschland ist ein Land, in dem vor wenigen Jahrzehnten Psychiater »im Namen eines angeblichen Fortschritts« (SCHNEIDER, 2010) ihre Patientinnen und Patienten zwangssterilisieren und töten ließen und auch selbst töteten. Eine Strafverfolgung blieb bis auf wenige Ausnahmefälle aus und der nationale Psychiaterverband stand nicht einmal in der Zeit nach 1945 an der Seite der Opfer, sondern hatte Anteil an ihrer erneuten Diskriminierung und Benachteiligung, (so Frank Schneider, der ehemalige Präsident der DGPPN). Insofern wäre es erstaunlich, wenn die DGPPN und die politischen Parteien, die über Jahrzehnte keine Probleme hatten mit der nun – zumindest in Teilen – für verfassungswidrig erklärten psychiatrischen Zwangsbehandlung, plötzlich die höchstrichterlichen Entscheidungen sowie die Forderungen der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung akzeptieren und sich für die verfassungsmäßigen und bürgerlichen Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen engagieren.

Die DGPPN jedenfalls zeigt sich unbeeindruckt von den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts und fordert in ihrer Stellungnahme vom 16. Januar 2012 selbst bei unbestrittener Einsichtsfähigkeit ungebrochen:

»... eine eindeutige gesetzliche Grundlage für eine erforderliche Zwangsbehandlung auch bei einwilligungsfähigen Patienten, die infolge einer psychischen Störung gefährlich geworden sind und der Verantwortung von Ärzten übergeben werden...« (DGPPN, 2012c)

Das am 29. November 2012 vom Bundestag abgesegnete sogenannte Patientenrechtegesetz erweckt nicht den Eindruck, als hätten seine Verfasser die Forderungen der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung ernst genommen. Eher geht es darum, die unterlassene Aufklärung bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu legalisieren, gilt Psychiatern deren Behandlung doch meist als *unaufschiebbar*. Damit wird es noch schwerer als es jetzt schon ist, bei

psychiatrischen Behandlungsschäden in Verbindung mit dem Verstoß gegen die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsrisiken Schadenersatzansprüche gerichtlich durchzusetzen. So heißt es im § 630 e (Aufklärungspflichten):

»(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.« (»Entwurf«, 2012)

Während man im somatischen Bereich der Medizin mit besonderen Umständen unaufschiebbare lebenserhaltende Maßnahmen meint, beispielsweise Notfallmedizinische Maßnahmen bei einem bewusstlosen Patienten nach einem Unfall, gelten im psychiatrischen Bereich Maßnahmen als unaufschiebbar, wenn »deren Aufschieben schwere Folgen für den Kranken hätte« (DGPPN, 2009, S. 54). Aus ihrem Krankheitsmodell leitet die DGPPN nicht nur ein Recht auf Zwangsbehandlung ab, sondern geradezu deren Pflicht. Die mit dieser »Pflichtausübung« einhergehende Unterlassung der Aufklärung wird durch das »Patientenrechtegesetz« rechtlich abgesegnet, ohne dass der Gesetzgeber dies klar ausspricht. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit hatte die »besonderen Umstände«, das heißt die ins Auge gefasste Patientengruppe, die kein Recht auf Aufklärung haben soll, wenigstens noch beim Namen genannt:

»§ 630e Aufklärungspflichten. Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit (...) erhebliche therapeutische Gründe der Aufklärung des Patienten entgegenstehen. Hätte etwa die Aufklärung eines psychisch kranken Patienten eine erhebliche Gefährdung für dessen Person zur Folge, so kann bzw. muss der Behandelnde aus therapeutischen Gründen ausnahmsweise von der Aufklärung Abstand nehmen.« (»Referentenentwurf«, 2012)

In der Begründung des Gesetzesentwurfs wird die Notwendigkeit der juristischen Waffengleichheit zwischen Behandlern und Behandelten betont, sollten Letztere in die Lage gesetzt werden, realistische Chancen zu haben, bei Behandlungsschäden Schadenersatzansprüche infolge eines Verstoßes gegen die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsrisiken durchzusetzen. Deshalb müsse der Behandler nachweisen können, vorschriftsmäßig aufgeklärt zu haben:

»Nach den allgemeinen vertraglichen Haftungsgrundsätzen wäre ansonsten, anders als nach bisher geltendem Recht, der Patient sowohl für seine Behauptung, die Aufklärung sei fehlerhaft oder sei unterblieben als auch für seine Behauptung, der Behandelnde habe die Einwilligung in den Eingriff nicht eingeholt, beweisbelastet. Von diesem Grundsatz macht Absatz 2 Satz 1 daher eine Ausnahme und weist dem Behandelnden die Beweislast für die erfolgte Aufklärung und für die Einholung einer wirksamen Einwilligung zu. Demnach muss der Behandelnde beweisen, dass er den Patienten oder den zur Einwilligung gemäß § 630d Absatz 1 Satz 2 Berechtigten ordnungsgemäß nach Maßgabe des § 630e über sämtliche maßgeblichen Umstände einer Maßnahme aufgeklärt und eine wirksame Einwilligung eingeholt hat. Diese Abweichung von der allgemeinen Beweislastverteilung bei der vertraglichen Haftung, die Waffengleichheit zwischen dem Behandelnden und dem Patienten im Prozess sicherstellt, führt zudem auch zu einem Gleichlauf der Beweislastregelungen im Vertrags- und Deliktsrecht. Sie erklärt sich vor dem Hintergrund, dass

dem Patienten der Beweis einer negativen Tatsache, nämlich der Beweis für eine nicht ordnungsgemäße Aufklärung oder für eine nicht erfolgte Einwilligung, in der Regel nicht gelingen wird. (»Entwurf«, 2012, S. 28 f.)

Fehlende Aufklärungspflicht im psychiatrischen Bereich bedeutet schlicht, potenziell Geschädigten aufgrund ihrer psychiatrischen Diagnose von vornherein jegliche Chance zur Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen und Schmerzensgeld zu nehmen.

Ein weiteres Beispiel für die geringe Wertschätzung der Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist die baden-württembergische SPD-Sozialministerin Karin Altpeter, die nach der eingangs erwähnten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ein neues Landespsychiatriegesetz auf den Weg gebracht hat – wieder mit dem psychiatrischen Recht auf zwangsweise Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks. Auf Kritik an ihrem Eintreten für psychiatrischen Zwang bemühte sie ausgerechnet die Selbstbestimmung potenziell Zwangsbehandelter:

»Das Gesetz sehe Zwangsmedikationen »nur« vor, falls bei Betroffenen Gefahr für das eigene Leben, Gefahr für Dritte oder die Unmöglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, bestehe.« (zitiert nach TRÜÖL, 2012)

In derselben Weise gehen die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP mit dem höchstrichterlichen Urteil um, das die Einwilligung eines rechtlichen Betreuers in eine zwangsweise, psychiatrisch angezeigte Behandlung als nicht verfassungsgemäß bezeichnet hatte, da psychiatrische Zwangsbehandlung nicht dadurch weniger belastend werde, dass der Betreuer zustimme. Im Gesetzesentwurf des Bundesministeriums der Justiz vom November 2012 – prinzipiell unterstützt von der Bundestagsfraktion der Grünen: »Der Gesetzesentwurf stellt eine tragfähige Diskussionsgrundlage dar.« (Bündnis 90/Die Grünen, 2012) – soll die vom Bundesgerichtshof inkriminierte Belastung offenbar durch einen zusätzlichen Satz in § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs aus der Welt geschafft werden:

»(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts.« (KAUDER et al., 2012, S. 3)

Wie wenig die bürgerlichen Parteien von elementarsten Rechten von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen halten, zeigt sich auch an ihrer Einstellung zum Recht auf informelle Selbstbestimmung – einem Bereich, der so gar nichts mit den immer wieder bemühten »erheblichen Gefahren für Leib und Leben« zu tun hat. In seiner Entscheidung vom 9. Januar 2006 zum Akteneinsichtsrecht im Maßregelvollzug (2 BvR 443/02) hatte das Bundesverfassungsgericht zwar den hohen Wert des Rechts auf Einsicht in die eigenen psychiatrischen Akten betont (was selbstverständlich auch für Bereiche jenseits der Forensik gilt) und im Urteil ausgeführt:

»Ärztliche Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen betreffen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre. Deswegen und wegen der möglichen erheblichen Bedeutung der in solchen Unterlagen enthaltenen Informationen für selbstbestimmte Entscheidungen des Behandelten hat dieser generell ein geschütztes Interesse daran, zu erfahren, wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde,

welche Daten sich dabei ergeben haben und wie man die weitere Entwicklung einschätzt.

Dies gilt in gesteigertem Maße für Informationen über die psychische Verfassung.«

Doch ein vom Bundesverfassungsgericht festgestelltes Recht auf Akteneinsicht, wie es schon seit Jahrzehnten von Psychiatriebetroffenen eingefordert wird (GASEROW, 1980; LEHMANN, 1981), das die Betroffenen – beispielsweise bei einer vorgeschlagenen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks – in die Lage brächte, den Behandlungsverlauf mit Personen ihres Vertrauens zu besprechen, soll ihnen weiterhin vorenthalten werden. So schreibt das »Patientenrechtgesetz« deren Diskriminierung fest:

»§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte. (1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.«

(»Entwurf«, 2012)

Man sollte realistischerweise davon ausgehen, dass entgegen allen höchstrichterlichen Entscheidungen sowie der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Psychiatriebetroffene weiterhin rechtlich massiv schlechter gestellt bleiben sollen. Für den Fall, dass also die Gewährung von Menschenrechten auf körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Menschenwürde bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen weiterhin dem Gutdünken von Psychiatern überlassen bleibt, sollten wenigstens folgende Minimalbedingungen erfüllt werden: Beibehaltung der Rechtswirksamkeit von Vorausverfügungen

- Keine gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks vor Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens
- Recht des Betroffenen, eine vorgeschlagene Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks in Ruhe und vertraulich mit einem Arzt seines Vertrauens und/oder mit einem Rechtsanwalt zu besprechen
- Vorherige Untersuchungen von Blutbild, Lipidprofil, Leberwerte, EKG, Augenhintergrund, EEG, neurologische Untersuchungen (zum Beispiel Zungenruhhaltetest), Abklären einer möglichen Entzugssymptomatik, Prüfung, ob es sich bei den Behandlungskandidatinnen und -kandidaten um Personen mit langsamer Verstoffwechslung handelt, etc.
- Vorherige Abklärung möglicher Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch oder andere Gewalt
- Dokumentierte Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Behandlungsrisiken und Alternativen
- Zustimmung des niedergelassenen Arztes, der die zur Klinikaufnahme führende Indikation stellte
 - Zustimmung des pflegerischen Stationsleiters und des Klinikdirektors
 - Zustimmung eines vom Gericht bestellten außerordentlichen Behandlungskomitees, bestehend aus
 - a) dem unabhängigen Arzt, der den Behandlungskandidaten zuvor auf seine körperliche Robustheit und mögliche Schäden durch Umweltgifte untersucht hat

- b) Anwalt bzw. Anwältin der Klinik
- c) Anwalt bzw. Anwältin des Betroffenen
- d) Entscheid des Gerichts mit Möglichkeit der Berufung vor Vollzug der gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und/oder Elektroschocks

- Einführung von Zwangsmaßnahmen-Registern
Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens und des Gewinndrucks, der auf öffentlichen und privaten Kliniken liegt, wird noch öfter als bisher zu Zwang gegriffen zwecks Gewinnmaximierung (weniger Zeiteinsatz zur Diagnose- und Beziehungsklärung, bessere Argumente gegenüber der Krankenkasse, um Verweildauer zu rechtfertigen). Wenn der Staat schon Teile seines Gewaltmonopols an privatwirtschaftlich agierende Institutionen delegiert, dann muss er unabhängige Kontrollinstanzen installieren (bundeseinheitliches Gesetz zur Zwangsunterbringung und zu gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks – entsprechend Artikel 16 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Sicherstellungspflicht des Staates), um Menschen mit und ohne Behinderung/Diagnose vor grundgesetzwidrigen und strafbewehrten Übergriffen zu schützen. Die Dokumentation, statistische Aufarbeitung der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und quartalsweise Veröffentlichung der Zahlen im Rahmen des Qualitätsmanagements ist durch Aushang im Eingangsbereich der Kliniken und durch Internetpublikation transparent zu machen.
- Sogenannte trialogische Ethikkommissionen an jeder psychiatrischen Klinik inklusive Juristinnen und Juristen
- National, regional und lokal organisierte, gesetzlich abgesicherte, leicht erreichbare und finanziell abgesicherte Beschwerdestellen, die auf Wunsch Anonymität wahren, unabhängig von medizinischen und psychiatrischen Institutionen arbeiten, bei Bedarf professionellen Rat einholen und an deren Arbeit Psychiatriebetroffene wirksam beteiligt sind (Empfehlungen, 2005).
- Verpflichtung zur Deeskalation, um sogenannte Notfallsituationen, die Zwangsmaßnahmen rechtfertigen, außer Kraft zu setzen. Hierzu gehört auch die Verpflichtung zur (öffentlich zugänglichen) Dokumentation, wie lange deeskaliert wurde, welche räumlichen, personellen und professionellen Voraussetzungen zur Deeskalation bestehen und wie Begleitungen durch Helferinnen und Helfer eingesetzt wurden.
- Verpflichtung zur Überwachung von Fixierten. Jede Stunde sollte durch einen Stationsarzt überprüft und dokumentiert werden, ob die Fixierung noch gerechtfertigt und verantwortbar ist – insbesondere angesichts der Gefahr ausbrechender Feuer in psychiatrischen Einrichtungen, die für die Fixierten oft einen qualvollen Tod bedeuten. Verpflichtende Klärung durch ein späteres Gespräch, wie es zur Fixierung kam und diese empfunden wurde. Außerdem präzise Darstellung und Dokumentation des »Notfalls«.

Vorschläge grundsätzlicher Natur finden sich in dem Praxisleitfaden zum Umgang mit aggressiven Personen von Tim Bärsch und Marian Rohde, beispielsweise aktives Zuhören, den Gegenüber ausreden lassen, Gesprächspausen ertragen, nachfragen, Blickkontakt halten (BÄRSCH & ROHDE, 2011, S. 38–47). Solche Ratschläge gelten im Prinzip natürlich auch für psychiatrische Patientinnen und Patienten, ebenso der Sicherheitshinweis, wie man sich während einer gewaltträchtigen Situation verhalten sollte (vorausgesetzt man glaubt, die Polizei sei für den Schutz aller Menschen zuständig und man habe überall das Recht auf Freiheit zum Empfang und zur Mitteilung von Nachrichten gemäß Artikel 10 der Europäischen Menschenrechtskonvention):

»Bleiben Sie ruhig und versuchen Sie, so »deeskalativ« wie möglich zu sein. Sie haben in Notsituationen *immer* das Recht, die Polizei zu verständigen.« (ebd., S. 105 – Hervorhebung im Original)

Wirksame deeskalierende Maßnahmen wären bei einer sich – allen Verfassungsbedenken zum Trotz – abzeichnenden staatlichen Lizenz zur weiteren gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks eine Mindestvoraussetzung, dem gerichtlich formulierten Anspruch auf Vertrauensbildung zumindest den Anstrich auf Glaubwürdigkeit zu verleihen.

Es ist weiterhin dringend angeraten, dass das Bundesjustizministerium, die Strafbehörden und engagierte psychosozial Tätige im Rahmen ihrer Fürsorgepflichten und Zuständigkeiten gegen die Verletzung ärztlicher Aufklärungspflicht vorgehen und geeignete Maßnahmen gegen diese strukturelle Körperverletzung in der Psychiatrie ergreifen.

Neben den genannten Vorschlägen, eine ethische und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entsprechende Rechtssituation von Psychiatriebetroffenen herzustellen, sollen am Rande noch einige psychiatriepolitische Maßnahmen angesprochen sein. Entsprechend den Beschlüssen der Konferenz »Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care« (»Förderung der psychischen Gesundheit und psychiatrische Betreuung im Gleichgewicht«), einer gemeinsamen Veranstaltung der WHO und der Europäischen Kommission 1999 in Brüssel, sollte endlich – zur Stärkung der Menschenrechte – begonnen werden, die Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zu gewähren, Psychiatriebetroffene aktiv in die Psychiatriepolitik einzubeziehen und Selbsthilfeansätze und nicht-stigmatisierende, nicht-psychiatrische Ansätze zu fördern (WHO & EC, 1999, S. 9). Zu diesem Thema gehören auch die – bis heute unbeantworteten – Vorschläge des BPE an die Bundesdirektorenkonferenz, um den psychiatrischen Stationsalltag humaner zu machen: Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station / Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Klinik / Sichtbare Aushänge auf jeder Station, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden / Aufhängen von Informationsschriften von Selbsthilfegruppen / Anbieten eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer / Einrichten einer Teeküche auf jeder Station, dass man sich rund um die Uhr zu essen und zu trinken machen kann (BPE, 1995).

Mittlerweise ist dieser Forderungskatalog zu ergänzen durch den Anspruch auf freien Internetzugang (LEHMANN, 2001).

Fazit

Es ist wichtig, dass die politischen Entscheidungsträger sich des gewaltigen Fehlens von Rechten Psychatriebetroffener bewusst werden. Die Nichtgewährung von Rechten hat zur Folge, dass Behandlung und Fürsorge schlecht bleiben, was eine Genesung (Heilung, Erholung, Stärkung der Persönlichkeit) verhindert und Patientinnen und Patienten zu chronisch Kranken macht. Dies führt zu sozialer Ausgrenzung, zu Arbeitslosigkeit, verhindert ihre Chancengleichheit und setzt sie einem gesteigerten Risiko aus, an den Rand der Gesellschaft gedrängt zu werden, es steigert ihre psychosoziale Beeinträchtigung oder führt zu physischer Krankheit. Weiterhin kommt es zu hohen Raten der Frühpensionierung und einer Steigerung der langfristigen Ausgaben der öffentlichen Haushalte (Empfehlungen, 2005). Es ist deshalb von grundlegender Bedeutung, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen rechtlich Menschen mit somatischen, das heißt nichtpsychiatrischen Diagnosen gleichzustellen. Als psychisch krank diagnostizierte Menschen können nur dann den ihnen zustehenden Status als Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten wahrnehmen, wenn ihre Menschenrechte und ihre bürgerlichen Rechte umfassend geschützt sind. Sollten sie weiterhin diskriminierenden Gesetzen und Praktiken ausgesetzt sein und die Gerichte die Diskriminierung nicht wirksam unterbinden, bleibt wohl vorerst nur die Hoffnung, dass die Institutionen zur Überwachung und Umsetzungsbegleitung (zum Beispiel der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung) entscheidende Impulse von außen an Deutschland heranträgt.

Wer weiterhin bestimmten Personengruppen Menschenrechte vorenthält, wird auf dem Weg bleiben, sie zu zerstören. Menschenrechte sind unteilbar. Solange die Verweigerung des Rechts auf Aufklärung und informierte Zustimmung nicht auf der Tagesordnung von Verhandlungen stehen, ebenso wenig die Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt, die Suizidalität infolge der Eigenwirkung von Neuroleptika, die verringerte Lebenserwartung durch synthetische psychiatrische Psychopharmaka und durch Elektroschocks, die allgemeine Diskriminierung von Psychatriebetroffenen, die Verweigerung von Hilfestellung beim Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka, die Verweigerung der Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen, die Verweigerung psychiatriepolitischer Mitwirkung, die Verweigerung fairer Gerichtsverfahren, die Verweigerung von Strafverfolgung, die Verweigerung von Schadenersatz und Schmerzensgeld bei Behandlungsschäden und die Verweigerung des Rechts auf informelle Selbstbestimmung (Akteneinsicht), so lange sollte der Glaube an eine ethisch begründbare gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks einzig der DGPPN vorbehalten bleiben.

Literatur

- ADERHOLD, V. (2010): »Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update«, unveröffentlichtes Manuskript vom September 2010; www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold_Neuroleptika_update.pdf
- ALBRECHT, H./GREFE, C. (2012): »Behandeln oder fixieren?«, in: *Die Zeit*, 68. Jg., Nr. 49, S. 39; www.zeit.de/2012/49/Psychische-Erkrankung-Zwangsbehandlung/seite-2
- BÄRSCH, T./ROHDE, M. (2011): »Kommunikative Deeskalation. Praxisleitfaden zum Umgang mit aggressiven Personen im privaten und beruflichen Bereich«, Norderstedt: Books on Demand, 2. Auflage
- Bayer AG (1972): Werbeanzeige, in: *Der Nervenarzt*, 43. Jg., Nr. 8, S. A17
- BLECH, J. (2011): »Seelsorge für die Industrie«, in: *Der Spiegel*, 65. Jg., Nr. 20 vom 16. Mai 2011; www.spiegel.de/spiegel/print/d-78522323.html
- BPE – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (1995): »Sechs Forderungen zur stationären Psychiatrie«, vorgelegt bei der Bundesdirektorenkonferenz am 7. Juni 1995 in Bielefeld; www.bpe-online.de/infopool/recht/bpe/sechs.htm
- Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2012): »Gesetz zur Zwangsbehandlung muss sorgfältig abgewogen werden«, Pressemitteilung vom 8. November 2012; www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2012/november/gesetz-zur-zwangsbehandlung-muss-sorgfaeltig-abgewogen-werden_ID_4386229.html
- COLTON, C.W. U./MANDERSCHIED, R.W. (2006): »Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states«, in: *Preventing Chronic Disease*, Vol. 3 (2006), Nr. 2, S. 1–14; www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/
- »Deklaration von Vejle – Empfehlungen für ein Miteinander«, am 20. Juli 2004 von den Vollversammlungen des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen und des Weltverbands von Psychiatriebetroffenen angenommene Resolution, in: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 391; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/vejle-dekla-2005.pdf
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2009): »Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker«, Gutachten von Dirk Olzen unter Mitarbeit von Eylem Kaya, Angela Metzmacher und Noëly Zink vom 2. Dezember 2009; www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2010/stn-2010-04-15-anh-gutachten-prof-olzen-pat-vg.pdf
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2010): »Beirat nimmt seine Arbeit auf – Erfahrung und Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft erhalten«, Mitteilung vom 26. Mai 2010; www.dgppn.de/ehrun-gen-preise/aktuelles-ehrun-gen-und-preise/detailansicht/article/beirat-nimmt.html
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2012a): »Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen«, Stellungnahme vom 18. Oktober 2012; www.dgppn.de/aktuelles/detailansicht/article/100/memorandum-d.html
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2012b): »Elektrokonvulsionstherapie – Rechtzeitiger und adäquater Einsatz empfohlen«, Mitteilung vom 11. Juni 2012; www.dgppn.de/aktuelles/startseite-detailansicht/article/100/elektrokonvu.html; Abstract www.deprilibrari.fx7.de/doku.php?id=elektrokonvulsionstherapie:rechtzeitig_er_und_adaequater_einsatz_empfohlen

- DGPPN – Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2012c): Stellungnahme Nr. 1 vom 16. Januar 2012 zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug; www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zum-urteil-d-1.html
- »Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung« (2007), in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 2, S. 20–21; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2007.2.ddgc.pdf
- EBNER, G. (2003): »Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress«, in: Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe, Nr. 1, S. 29–32; www.medpoint.ch/frame.asp?ru=document&ArtikelID=10116
- Empfehlungen der Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« (2005) im Rahmen vom »Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Brüssel; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf
- »Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten«, Gesetzentwurf der Bundesregierung (2012), in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10488 vom 15. August 2012; www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Patientenrechte/Entwurf_eines_Gesetzes_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten_Drucksache_1710488.pdf
- »Die wesentlichen Erkenntnisse über Diskriminierung und Schikane im Gesundheitsbereich« (2005), Rückseite des Antidiskriminierungsposters der Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen vom »Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Brüssel; www.antipsychiatrieverlag.de/images/dokument/schikaneposter-erkenntnisse.jpg
- EUMANN, J. (2010): »Wenn schützende Fesseln zur tödlichen Falle werden«, in: Freie Presse (Chemnitz) vom 6. April 2010, S. 3; www.freipresse.de/NACHRICHTEN/TOP-THEMA/Wenn-schuetzende-Fesseln-zur-toedlichen-Falle-werden-artikel1714446.php
- FALKAI, P./GRUBER, O. (2012): »Elektrokonvulsionstherapie – Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz«, in: Der Nervenarzt, 83. Jg., S. 919–925
- GASEROW, V. (1980): »Das Seelenheil des Patienten gebietet Schweigen«, in: taz – Die Tageszeitung vom 19. Juni 1980
- »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, in: Bundesgesetzblatt, 2008, Teil II, Nr. 35 vom 31. Dezember 2008, S. 1419–1457; www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf
- HELMCHEN, H. (1981): »Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken«, in: BERGENER, M. (Hg.): »Psychiatrie und Rechtsstaat«, Neuwied/Darmstadt: Luchterhand-Verlag, S. 79–96
- Helmchen, H. (1982): »Probleme der Therapieforchung in der Psychiatrie«, in: Der Nervenarzt, 53. Jg., S. 377-384
- »The importance of total wellness« (2012), in: Choices in Recovery – Support and Information for Schizophrenia, Schizoaffective, and Bipolar Disorder (Newsletter der Firma Janssen Pharmaceuticals, New York), Vol. 9, Nr. 2, S. 12; www.choicesinrecovery.com/sites/default/files/CIR_Newsletter_2012_Volume9_Issue2.pdf
- JELPKE, U. und die übrigen Mitglieder der Fraktion der Grünen/GAL Hamburg (1988): »Antrag betr. Gesetz über die Unterbringung von Personen, die an einem nicht nur vorübergehenden Verlust der Selbstkontrolle leiden«, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 13. Wahlperiode, Drucksache 13/1667 vom 19. Mai 1988

- KAUDER, V./HASSELFELDT, G. und Fraktion/BRÜDERLE, R. und Fraktion (2012): »Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme«, in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/11513; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/115/1711513.pdf>
- KEMPKER, K. (2000): »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«, Berlin: Antipsychiatrieverlag
- KNAPPE, H. (2012): »An die Herren Bieger, Finzen und Elgeti«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 42. Jg., Nr. 4, S. 28–29
- KRANZ, H. (1964): Schlusswort, in: KRANZ, H./HEINRICH, K. (Hg.): »Begleitwirkungen und Misserfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie«, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 201–202
- LAHTI, P. (2008): Vorwort, in: LEHMANN, P. (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 10–12
- LEHMANN, P. (1981): »Das Seelenheil des Patienten gebietet Schweigen«, in: KERSTAN, B./WILDE, H. (Hg.): »Selbstbestimmung in der Offensive – Frauenbewegung Selbsthilfe Patientenrechte« Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH, S. 237–247; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/schweigen.pdf
- LEHMANN, P. (1996): »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN, P. (2001): »Nutzerkontrolle via Internet«, in: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 19. Jg., Nr. 1, S. 21–22; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/internet.htm
- LEHMANN, P. (2005a): Stellungnahme zur geplanten Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung in Bremen, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BRD), Nr. 1, S. 12–13 – www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/enusp-protest-bremen.pdf
- LEHMANN, P. (2005b): »All about PSY DREAM. Psychiatric drug registration, evaluation and all-inclusive monitoring«, in: Epidemiologia e psichiatria sociale, Vol. 14, Nr. 1, S. 15–21; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/epidemiologia_2005.htm
- LEHMANN, P. (2010a): »Medicalization and irresponsibility«, in: Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy, Vol. 10, S. 209–217; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/medicalization-jccpc.pdf, ungekürztes Manuskript www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/medicalization.htm
- LEHMANN, P. (2010b): »Atypische Neuroleptika: Immer teurer, immer besser?«, in: pflegen: psychosozial – Zeitschrift für professionelle psychiatrische Arbeit, 1. Jg., Nr. 3, S. 32–37; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/pflegen-atypische.pdf
- LEHMANN, P. (2011): »Alternativen zur Psychiatrie – funktionierend und kostensparend«, in: Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zürich), Nr. 3, S. 29–34; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/athen2011-allegro.pdf
- LEHMANN, P. (2012a): »About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics. Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness«, in: International Journal of Psychotherapy, Vol. 16, Nr. 1, S. 30–49; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf
- LEHMANN, P. (2012b): »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptika-bedingte Erkrankungen«, in: Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zürich), Nr. 1, S. 34–38; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/warnzeichen-allegro.pdf
- LEHMANN, P. (2012c): Stellungnahme zur Gewaltbereitschaft der Psychiatrie für die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Arbeitskreis »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung«, Berlin, 4. Mai 2012, in: Leuchtfeuer – Journal des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, Sonderausgabe, S. 9–24; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang2012.pdf
- LEHMANN, P. (2012d): »Die Einnahme antipsychotischer Medikamente führt oft zum Suizid. Warum interessiert niemanden, dass so viele Psychiatriebetroffene an der Behandlung sterben?«, in:

- POHL, I. (Hg.): »Schluss mit Lobbyismus! 50 einfache Fragen, auf die es nur eine Antwort gibt«, Frankfurt am Main: Westend Verlag, S. 164–167
- LEHMANN, P./STASTNY, P. (2007a): »Reformen oder Alternativen? Eine bessere Psychiatrie oder besser Alternativen?«, in: dies. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 421–430
- LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.) (2007b): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- LINDEN, M. (1980): »Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika«, in: Arzneimittel-Forschung, 30. Jg., S. 1195
- LPEBW – Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. (2012): »2. Standortbestimmung zur Vermeidung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie«, Beschluss der Mitgliederversammlung am 15. September 2012; www.psychiatrie-erfahrene-bw.de/docs/2_Standortbestimmung_ZuG_des_LVPEBW_mit_Logo2.pdf
- MADDALENA, A. S./FOX, M./HOFMANN, M./HOCK, C. (2004): »Esophageal dysfunction on psychotropic medication. A case report and literature review«, in: Pharmacopsychiatry, Vol. 37, Nr. 3), S. 134
- MORRISON, A. P./HUTTON, P./SHIERS, D./TURKINGTON, D. (2012): »Antipsychotics: Is it time to introduce patient choice?«, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 201, S. 83–84; <http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83.full.pdf>
- »Mythos der Krankheit – die beiderseitige Scheu bleibt« (1992), in: Der Eppendorfer, 7. Jg., Nr. 2, S. 35
- OAKS, D. W. (2007a): »MindFreedom International – Engagement für Menschenrechte als Grundlage einer gewaltfreien Revolution im psychosozialen System«, in: LEHMANN, P. / STASTNY, P. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 344–352
- ÖSBY, U./CORREIA, N./BRANDT, L./EKBOM, A./SPARÉN, P. (2000): »Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden«, in: Schizophrenia Research, Vol. 45, Nr. 1–2, S. 21–28; Abstract www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10978869
- PEECK, G./VON SECKENDORFF, C./HEINECKE, P. (1995): »Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg., Nr. 4, S. 30–34; www.bpe-online.de/infopool/recht/pb/umfrage.htm
- PERRY, J. W. (1980): »Psychosis as visionary state«, in: BAKER, I. F. (Hg.): »Methods of treatment in analytical psychology«, Fellbach: Bonz Verlag, S. 193–198
- »Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). Endfassung 120116« (2012); www.scribd.com/doc/82045271/Referentenentwurf-Patientenrechte-BMJ-BMG-Endfassung-120116
- RUFER, M. (2007): »Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht«, in: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 400–418
- SAHA, S./CHANT, D./McGRATH, J. (2007): »A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 64, S. 1123–1131; <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210034>
- SCHNEIDER, F. (2010): »Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung. Rede anlässlich der Gedenkveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)«, 26. November 2010; www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/presseservice-kongresse/2010/kongress2010-gedenkveranstaltung-rede-schneider.pdf
- SCHULZ, K./FRIEDENTHAL, K. und die übrigen Mitglieder der Fraktion der Alternativen Liste Berlin (1984): »Antrag der Fraktion der AL über Gesetz über die Unterbringung in psychiatrische

- Einrichtungen«, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/2065 vom 7. September 1984
- SEELER, W. (1983): Diskussionsbemerkung, in: HIPPIUS, H./KLEIN, H. E. (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag, S. 140
- STEIN, V. (2006): »Diagnose »unzurechnungsfähig«. Sie entkam dem Räderwerk der Psychiatrie und kämpfte um ihr Recht bis zum Europäischen Gerichtshof – mit Erfolg!«, Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften
- STEIN, V. (2012): »Mit dem Rücken zur Wand. Ein Ratgeber – So setze ich mein Recht im Arzthafungsprozess durch!«, Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften
- TRUÖL, H.-J. (2012): »Aktivisten nutzen Ministerbesuch für Protest gegen Zwangsmedikation«, in: Badische Zeitung vom 24. Juli 2012, Online-Ausgabe; www.badische-zeitung.de/emmendingen/aktivisten-nutzen-ministerbesuch-fuer-protest-gegen-zwangsmedikation--61959736.html
- TYRER, P. (2012): »The end of the psychopharmacological revolution«, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 201, S. 168; <http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/168.full>
- VOGEL, H.-P. (2012): »Schluckstörungen unter Neuroleptika«, in: Arzneiverordnung in der Praxis, März 2012, Band 39, Ausgabe 2, S. 46–47; in Internet unter www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Archiv/20122.pdf
- VOM LEHN, B. (2012): »Wegsperrern und fixieren«, in: Berliner Zeitung vom 8. November 2012, S. 14; www.berliner-zeitung.de/wissen/therapie-wegsperrern-und-fixieren,10808894,20816580.html
- WHO/EC (World Health Organization/European Commission) 1999): »Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization/European Commission meeting«, Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel: World Health Organization 1999, S. 9–10; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm
- ZINKLER, M. (2012): »Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht«, offener Brief an Sabine Leutheusser-Schnarrenberger vom 12. November 2012; http://psychiatrienogo.files.wordpress.com/2012/11/martin_zinkler_zwangsbehandlung2.pdf

Anmerkung

Bei diesem Beitrag handelt es sich um den Vortrag, den Peter Lehmann bei der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. in Berlin am 6. November 2012 (verkürzt) unter dem Titel »Selbstbestimmung psychiatrischer Patienten in der Behandlung« hielt. Von ihm stammen auch die Übersetzungen aus englischsprachigen Quellen sowie die in den Zitaten in Klammern kursiv gesetzten Erklärungen. Der Autor dankt Margret Osterfeld für die Unterstützung bei der Abfassung des Manuskripts.

Konsequenzen aus der UN-Konvention – auch in der Psychiatrie

Valentin Aichele

Meine Damen und Herren,
ich möchte Sie herzlich begrüßen und mich für die Möglichkeit bedanken, hier zu Ihnen zu sprechen und zu dieser Tagung beizutragen.

Gratulation an die AKTION PSYCHISCH KRANKE, die Anliegen der UN-Behindertenrechtskonvention in dieser Tagung wieder so in den Mittelpunkt zu rücken. Das ist vorbildlich und ich denke es ist auch angezeigt, in Zukunft immer wieder Gelegenheiten zu suchen, sich über die UN-Behindertenrechtskonvention gemeinsam zu verständigen und Konsens darüber herzustellen, was die notwendigen Handlungsanforderungen sind, die sich aus ihr erschließen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention bleibt uns erhalten. Sie ist in Deutschland geltendes Recht. Sie ist der verbindliche Maßstab. An ihr wird heute wie morgen gemessen, ob die Umsetzung, aber nicht nur die Umsetzung im allgemeinen politischen Sinne, sondern, ob die Gewährleistung von Rechten von Menschen mit Behinderungen einschließlich Menschen in psychosozialen Krisen im Einzelfall geachtet wird.

Ich vertrete heute hier die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, eingerichtet im unabhängigen Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin. Die Stelle hat gemäß der UN Behindertenrechtskonvention den Auftrag, die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Sinne der Konvention zu fördern und zu schützen, sowie die Umsetzung der Konvention in Deutschland zu überwachen.

Wir sind ein Akteur mit dem besonderen Auftrag, die UN-Behindertenrechtskonvention in die politischen Prozesse einzuführen, hoch zu halten und auch zu erinnern, welche Anforderung an die volle Gewährleistung von Rechten mit Behinderungen gestellt werden.

Wir beobachten im Bereich der psychiatrischen Versorgung, dass in Deutschland die stärkere Verschränkung der Menschenrechte – des menschenrechtlichen Denkens – mit dem Fachdiskurs und der Praxis absolut notwendig ist. Hier sehe ich in Deutschland große Herausforderungen. Man denkt an die Versorgung, man denkt dabei nicht hinreichend an die Gewährleistung von Menschenrechten. Menschenrechte müssen weitaus stärker zum Ausgangspunkt und zur Leitlinie für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung gemacht werden.

Was ist der Menschenrechtsansatz? Der Menschenrechtsansatz hat zwei Elemente: Er hat Skandalisierungsfunktion dort, wo Rechte verletzt werden. Niemand will sich eine Menschenrechtsverletzung vorwerfen lassen. Dies ist eine ganz wichtige Funktion, weil es auf Zustände hinweist, die wir unter keinen Umständen achten oder hinnehmen dürfen. Ein Staat ist verpflichtet, hier sofort Abhilfe zu verschaffen. Das zweite Element ist, Menschenrechte außerdem als positive Grundsätze der Orientierung zu verstehen. Diese leiten an, wie ein System entwickelt werden soll, beispielsweise verweist der Grundsatz der Partizipation auf die Mitwirkungsrechte

von Menschen mit Behinderungen in politischen Prozessen. Das ist ein Verfahrensgrundsatz, der nicht nur beachtlich ist und dessen Erfüllung wünschenswert ist, sondern mit der UN-Behindertenrechtskonvention ist der Staat in der Pflicht, Menschen mit Behinderung einzubeziehen und ihnen eine Stimme zu geben, ihre Mitwirkung zu fördern. Eine andere derzeit viel diskutierte menschenrechtliche Leitnorm ist Inklusion. Inklusion ist zum Beispiel relevant auf der Ebene, wo besser Rechnung getragen werden muss, dass Menschen mit Behinderungen von Anfang an gleichberechtigt dabei sind und als normaler Teil menschlicher Vielfalt verstanden werden. Die Inklusionsdebatte problematisiert, dass viele Menschen mit psychosozialer Behinderung nach wie vor von Stigmatisierung betroffen sind und deshalb gesellschaftlich Missachtung und Ausgrenzung erfahren. Ein weiterer Punkt, den ich aus dem weiten Spektrum aufgreife, ist das Recht auf Zugang zum Recht. Der effektive Rechtsschutz von Menschen mit Behinderungen auch von Menschen in psychosozialen Krisen ist ein Recht, das ein System unter allen Umständen gewährleisten muss. Das sind nur drei schlaglichtartige Hinweise auf die zweite Funktion der Menschenrechte im Sinne verbindlicher Vorgaben mit der Folge, dass die existierenden Strukturen und Praktiken eines Systems ständig zu prüfen und fortzuentwickeln sind.

Vor dem Hintergrund dieser Einführung möchte ich die folgenden Thesen der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention für den Bereich Menschenrechte und Psychiatrie vorstellen:¹

1. Deutschland hat die internationalen Menschenrechte in ihrer hervorgehobenen Stellung im Grundgesetz anerkannt (Artikel 1 Absatz 2 GG). Deutschland ist damit verpflichtet, die in menschenrechtlichen Übereinkommen der Vereinten Nationen verbrieften Rechte in ihrer normativen Ausdifferenziertheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Die durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention; UN-BRK) aufgeworfenen Fragen und die aktuellen Wissensbestände über die Praxis des Systems der psychiatrischen Versorgung (im Folgenden »Psychiatrie« oder »psychiatrische Versorgung«) machen eine neue gesellschaftliche Verständigung darüber erforderlich, dass die Menschenrechte zu den Grundlagen der Psychiatrie in Deutschland gehören. Die psychiatrische Versorgung muss auf der Basis der Menschenrechtsträgerschaft der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt werden, wobei die Grundsätze der Freiwilligkeit und der assistierten Autonomie handlungsleitend sein müssen. Anlass zu dieser Forderung gibt auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 2 BvR 882/09 vom 23. März 2011).

¹ Der hier im Folgenden abgedruckte Text ist zuerst am 10. Dezember 2012 als »Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am Montag, den 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses« veröffentlicht worden. Die Stellungnahme ist zum Download erhältlich unter: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/MSt_2012_Stellungnahme_Psychiatrie_und_Menschenrechte.pdf

2. Zu den Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention gehören Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, mit psychischen Störungen oder auch einer psychosozialen Behinderung. Sie haben bis heute mit einer enormen gesellschaftlichen Stigmatisierung zu kämpfen. Im Vergleich zu den anderen sehr gut organisierten, hoch angesehenen, finanzstarken, professionell vernetzten gesellschaftlichen Kräften (wie den berufsbezogenen Fachgesellschaften, Wirtschaftsunternehmen, Dienstleistungsträgern, Versicherungen etc.), die teilweise einen privilegierten Zugang zu politischen Entscheidungsträgern in Anspruch nehmen, stehen die schwach aufgestellten Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen (einschließlich der Angehörigen) einer relativen Übermacht gegenüber. Ein Teil der betroffenen Personengruppe verliert nach dem Bundeswahlgesetz sein Wahlrecht (siehe § 13 Nr. 2 und Nr. 3 BWahlG; entsprechende Ausschlüsse existieren in den Ländergesetzen) und ist damit sogar als Wählergruppe von einem zentralen Vorgang der politischen Mitbestimmung ausgeschlossen. In psychischen Krisensituationen befinden sich betroffene Einzelpersonen in menschenrechtlich äußerst vulnerablen Situationen. Schon allein diese Gesichtspunkte machen eine eingehende (und immer wieder neu zu führende) politische Auseinandersetzung über die Gewährleistung von den Menschenrechten in der Psychiatrie notwendig.
3. Im Zusammenhang der psychiatrischen Versorgung ist eine Reihe von Menschenrechten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention angesprochen, etwa das »Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht« (Artikel 12 UN-BRK); »Zugang zu Recht« (Artikel 13 UN-BRK); »Freiheit und Sicherheit« (Artikel 14 UN-BRK); »Freiheit vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe« (Artikel 15 UN-BRK); »Unversehrtheit der Person« (Artikel 17 UN-BRK); »Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft« (Artikel 19 UN-BRK); »Zugang zu Informationen« (Artikel 21 UN-BRK) und das »Recht auf Gesundheit« (Artikel 25 UN-BRK). Hinzu treten das Diskriminierungsverbot auf Grund von Behinderung (Artikel 5 UN-BRK), einschließlich »angemessener Vorkehrungen« (Artikel 2 UN-BRK) sowie die menschenrechtlichen Prinzipien der assistierten Selbstbestimmung, der Partizipation und Inklusion (Artikel 3 UN-BRK). Die in der UN-BRK propagierte Selbstbestimmung und Unterstützung (Assistenz) zu einer rechtlichen Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen ist ein individuelles Recht; es muss in der Praxis aufgegriffen und verwirklicht werden. Die völkerrechtlich verbindliche Eingrenzung von Macht durch diese menschenrechtlichen Verpflichtungen gilt primär für den Staat und die Politik; die staatliche Verpflichtung zur Kontrolle gesellschaftlicher, nichtstaatlicher Akteure leitet sich aus der menschenrechtlichen Schutzpflicht ab. Die Menschenrechte begründen für die anderen gesellschaftlichen, nichtstaatlichen Akteure eine menschenrechtliche Verantwortung.
4. Der international zur Auslegung der UN-BRK berufene Ausschuss, der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK-

Ausschuss), lässt in seiner Auslegungspraxis der zum Thema psychiatrische Versorgung einschlägigen menschenrechtlichen Bestimmungen die klare Tendenz erkennen, dass das Kriterium der Freiwilligkeit ohne Einschränkung zu beachten ist (siehe dazu die einschlägigen Passagen der Schlussbemerkungen in Bezug auf die Berichte Tunesiens, Spaniens, Perus, Argentinien, Ungarn und Chinas). Mit den abschließenden Bemerkungen (»Concluding Observations«) schließt der Fachausschuss Prüfungsverfahren der Staatenberichte ab. In der Zusammenschau dieser Darlegungen wird bislang nicht erkennbar, dass der UN-BRK-Ausschuss eine Ausnahme von der Freiwilligkeit der Behandlung erlaubt oder eine einschränkende Differenzierung, etwa in der Gestalt der »krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit«, zulässt. Das menschenrechtliche Kriterium Freiwilligkeit ist sowohl im Einzelfall als auch als Systementwicklungsziel zu beachten. Darüber hinaus stellt seine Auslegung die betreuungsrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Zwangsbehandlung zusätzlich in Frage, weil eine Entscheidung Dritter, beziehungsweise die Mitwirkung an einer Entscheidung – die ersetzende Entscheidungsfindung (»substituted decision-making«) – jedenfalls in hoch sensiblen menschenrechtlichen Bereichen, menschenrechtlich bedenklich ist. Angemerkt sei, dass in Bezug auf das deutsche Betreuungsrecht (im Blick auf die Abkehr vom Vormundschaftsrecht eine große Errungenschaft) die Diskussion geführt werden muss, ob das Betreuungsverhältnis nicht schon auf Grund seiner Zielrichtung allein frei von Zwangsbefugnissen gehalten werden sollte, um zu erreichen, dass die Betreuenden auch in den Situationen der psychosozialen Krisen ihrer Betreuten die Schlüsselrolle als Rechtsgewährsperson erfüllen können und nicht gezwungen werden, auf die Seite derer zu wechseln, die in die Rechte eingreifen.

5. Für Deutschland gibt es derzeit keine belastbaren Zahlen darüber, wie viele Menschen in Deutschland ohne freie und informierte Zustimmung behandelt wurden (vgl. Antwort der Bundesregierung; Drucksache 17/10712 vom 17.09.2012). Die Anzahl insbesondere der ärztlichen Zwangsbehandlungen (pharmakologische Behandlung, Fixierung und Isolierung) pro Jahr ist unbekannt; es gibt lediglich Schätzungen. Ein Überblick über die bundesweite Anzahl der gerichtlichen Entscheidungen, mit denen sich Betroffene zur Wehr setzen, fehlt. In Bezug auf zwangsweise Unterbringung auf der Grundlage von Bundes- und Landesrecht überraschen nicht nur die hohen Zahlen von zirka 135.000 Unterbringungen in 2011, sondern auch die extrem starken Abweichungen zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Antwort der Bundesregierung; Drucksache 17/10712 vom 17.09.2012). Diese Informationen und der Umstand, dass weder eine Dokumentation über die Anzahl der Grundrechtseingriffe durch ärztliche Zwangsbehandlung existiert, noch dass seit Inkrafttreten der UN-BRK für Deutschland im Jahr 2009 hinreichende wissenschaftliche Untersuchungen dazu in Auftrag gegeben worden sind oder wirksame Schritte zur Vermeidung und Reduktion unternommen worden sind, indiziert, dass strukturelle menschenrechtliche Defizite – allein im Blick auf die Datenlage und der allgemeinen Kontrolle jenseits

des gerichtlichen Rechtsschutzes – im Bereich der psychiatrischen Versorgung existieren. Die UN-BRK verpflichtet die Staaten in Artikel 31 ausdrücklich dazu, die relevanten Daten und Informationen zu sammeln.

6. Die UN-Behindertenrechtskonvention geht davon aus, dass alle Menschen mit Behinderungen »Rechts- und Handlungsfähigkeit« genießen (Artikel 12 Absatz 2 UN-BRK). In Verbindung mit dem Recht auf Gesundheit (Artikel 25 UN-BRK) bedeutet dies das Recht, in Fragen individueller gesundheitlicher Angelegenheiten in allen Fällen eine »freie und informierte Entscheidung« über die eigenen gesundheitlichen Belange treffen zu dürfen, insbesondere darüber, ob und wenn ja, welche Therapie angewendet wird. Die im deutschen Verfassungsrecht anerkannte Figur der »Freiheit zur Krankheit« ist genau in diesen Kontext zu verorten; die menschenrechtlichen Regelungen gehen wohl darüber hinaus. Weder der Wortlaut des Artikels 12 UN-BRK über die gleiche rechtliche Handlungsfähigkeit noch die Auslegungspraxis des UN-BRK-Ausschusses lassen derzeit den Schluss zu, dass die rechtliche Handlungsfähigkeit auf Grund einer Behinderung eingeschränkt werden darf. Im Rahmen der internationalen Verhandlungen zur Schaffung der UN-BRK hat man sich bewusst dagegen entschieden, ein entsprechendes Kriterium zur Einschränkung beziehungsweise zur Bestimmung der Einschränkbarkeit aufzunehmen. Das Konzept der »krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit« findet also im Wortlaut der UN-Behindertenrechtskonventionen selbst keinen Halt. Darüber hinaus ist sie fachlich hochgradig instabil, weil handhabbare Kriterien bislang nicht zu finden sind, zwischen Einsichtsfähigkeit und Nichteinsichtsfähigkeit zu unterscheiden und gleichzeitig die Unsicherheiten und Grauzonen auszuschließen und eine einheitliche Praxis zu gewährleisten. Vielmehr besteht nach Artikel 12 UN-BRK die Verpflichtung, die Unterstützung (»support«) für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, sie in die Situation zu bringen, selbst frei und informiert zu entscheiden – die unterstützende Entscheidungsfindung (»supported decision-making«). Diese anspruchsvolle Form der Unterstützung im Sinne von Assistenz darf weder über die gesetzliche Vertretung, geschweige denn über die zwangsweise durchgesetzte Entscheidung, die Dritte für eine betroffene Person getroffen haben, ersetzt werden.
7. In Anbetracht des oben beschriebenen Interpretationsansatzes durch den UN-BRK-Ausschuss wird die Anwendung von Zwang im Zusammenhang mit der Behandlung von Menschen mit Behinderungen immer ein Legitimationsproblem haben. Denn die zwangsweise Unterbringung und zwangsweise Behandlung von Menschen mit Behinderungen stellt eine Reihe von menschenrechtlich verbrieften Rechtsgewährleistungen in Frage (siehe oben). Insbesondere wenn diesen Menschen auf Grund ihrer Behinderung oder in der Kombination mit einem behinderungsrelevanten Merkmal eine stärkere Einschränkung ihrer Rechte zugemutet wird als Nichtbehinderten, lässt dies eine Ungleichbehandlung erkennen, die nach Maßgabe des Diskriminierungsverbots (Artikel 5 UN-BRK) schwerlich gerechtfertigt werden kann. Leitend in diesem Zusammenhang sind

das Diskriminierungsverbot in Verbindung mit den Bestimmungen zum »Recht auf Unversehrtheit der Person« (Artikel 17 UN-BRK) und zum Recht auf »Freiheit und Sicherheit der Person« (Artikel 14 UN-BRK), wonach »das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt«.

8. Selbst wenn der Deutsche Bundestag sich dazu entscheiden sollte, die gesetzlichen Grundlagen für die Ausübung von Zwang im Zusammenhang der psychiatrischen Versorgung im verengten Zuschnitt durch das Bundesverfassungsgericht neu zu fassen (und in ihrem Zuständigkeitsbereich auch die Länder), muss damit gerechnet werden, dass die Auslegung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den UN-BRK-Ausschuss in der in seiner Tendenz eindeutigen Richtung bestehen bleibt, Zwang im Bereich der gesundheitlichen und psychiatrischen Versorgung grundlegend abzulehnen. Auf diese zum Regelungsvorschlag der Bundesregierung gegenläufigen Entwicklungen und erstarkende internationale Rechtsauffassung wird ausdrücklich hingewiesen. Für die effektive Rechtsgewährleistung wäre es fatal, auf eine menschenrechtlich angreifbare Regelung zu setzen statt eine erforderliche Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu organisieren.
9. Denkt man die Vorgaben des BVerfG zur zentralen Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu Ende, kann eine Lösung nicht in der Verabschiedung einer neuen gesetzlichen Regelung zum jetzigen Zeitpunkt liegen. Denn Fragen der Verhältnismäßigkeit stellen sich nicht erst bei der Anwendung von Zwang in einem konkreten Einzelfall zum Zeitpunkt einer Eskalationssituation im derzeitigen System der psychiatrischen Versorgung, sondern bereits bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen in diesem System. Es sind daher zunächst Weichenstellungen für die Fortentwicklung des Systems Psychiatrie erforderlich. Versäumt es der Staat, heute alles in seiner Macht Stehende zu tun, um in den nächsten Jahren die Mittel und Praktiken der Psychiatrie dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln beziehungsweise mit den mildesten Mitteln beantwortet werden, kann er sich nicht mehr auf Zwang als »ultima ratio« berufen. Ein Beispiel für ein milderes Mittel im Vergleich zu den zum Teil eingriffsintensiven Praktiken in Deutschland stellt die Praxis des Festhaltens durch Klinikpersonal (anstelle von Fixierungen) dar, mit dem in England positive Erfahrungen gemacht wurden. Ganz allgemein stellt sich die Frage, wie sich die zum Teil eklatanten zahlenmäßigen Unterschiede zwischen den Bundesländern im Bereich der Zwangsunterbringung und -behandlung erklären lassen. Die Potentiale für die Umsetzung der Verhältnismäßigkeit sind zum Teil noch nicht erkannt und müssen beforscht werden, zum Teil sind sie aber auch nur nicht systematisch entwickelt, wie die Stärkung der ambulanten Strukturen, gemeindepsychiatrischen Dienste, der Integrierten Versorgung etc. Es gilt, den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auf allen Ebenen (Konzepten, Ausbildung, Praxis, Struktur, Kostenrecht, in der von Wirtschaftsinteressen unabhängigen Forschung etc.) zu stärken und eine entsprechende Praxis zu etablieren.

10. Seitdem in Folge der oben genannten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auf die Anwendung von Zwangsbehandlungen in der Praxis verzichtet wird, können in Deutschland Erfahrungen mit einer Praxis frei von Zwang gesammelt werden. Es haben sich vereinzelte Stimmen aus dem Bereich der klinischen Praxis zu Wort gemeldet, die davon berichten, dass der Verzicht auf Zwangsmaßnahmen zu positiven Veränderungen in der Behandlungspraxis und der gesamten Atmosphäre von Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung führt. Solche Erfahrungen sind gebündelt zu untersuchen und wissenschaftlich auszuwerten. Diese historische Chance, Psychiatrie auf der Basis der Freiwilligkeit weiterzuentwickeln, sollte unbedingt ergriffen werden. Insbesondere die einschlägigen Fachwissenschaften sind in diesem Zusammenhang aufgerufen, endlich andere Konzepte zu entwickeln und flächendeckend in die Praxis zu bringen, wie mit Menschen in psychosozialen Krisen, insbesondere in Zuständen starker Erregung anders als mit einer zwangsweisen pharmakologischen Behandlung umgegangen werden kann. Hier liegen Versäumnisse und Potentiale eng zusammen.
11. Vor diesem Hintergrund wird erkennbar, dass eine Psychiatriereform unabdingbar ist. Die politische und gesellschaftliche Aufgabe besteht nunmehr darin, die Psychiatrie in ihren Bestandteilen am Maßstab der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu prüfen und die Ausrichtung auf Freiwilligkeit und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in Bezug auf alle Ebenen zu etablieren. Dabei sind die Rechte von Menschen mit Behinderungen konsequent zum Ausgangspunkt systemischer Überlegungen zu machen. Die Politik sollte in der angemessenen Form ihren Beitrag dazu leisten, die dafür notwendige politische Aufmerksamkeit und Unterstützung zu erreichen; denkbar etwa ist eine vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission mit einer entsprechenden Ausrichtung auf die Reform der psychiatrischen Versorgung oder andere entsprechend förderliche Initiativen.
12. Diese erforderlichen Systemveränderungen können ohne die Mitwirkung der Menschen mit Behinderungen, insbesondere der (ehemaligen) Nutzerinnen und Nutzer der Psychiatrie, nicht überzeugend geleistet werden. Es ist eine menschenrechtliche Verpflichtung, den Betroffenen und den sie vertretenden Verbänden Partizipationsrechte zu verschaffen, ihre Kapazitäten zu verstärken und ihre Mitwirkungsmöglichkeiten zu fördern. Ihre Bedeutung für alle Handlungsebenen (Gesetzgebung, Praxis, Forschung etc.) ist stärker zu würdigen und ihrer Stimme ist weitaus mehr Gewicht als bisher beizumessen.

Menschen mit Demenz inmitten der Gesellschaft

Heike von Lützu-Hohlbein

Heutige Situation

Eine Demenzerkrankung führt in ihrem Verlauf dazu, dass die Erkrankten in immer stärker werdenden Maß hilfe- und pflegebedürftig werden. Als Ergebnis des »Runden Tisches Pflege« wurde im Herbst 2005 die »Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen« herausgegeben. In acht Kapiteln ist niedergeschrieben, auf welche Bereiche besonderes Augenmerk gerichtet werden muss. Die explizite Auflistung macht deutlich, auf welchen Gebieten es zum damaligen Zeitpunkt – wie leider heute immer noch – Defizite gibt. Es geht um Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe, die körperliche und seelische Unversehrtheit, das Recht auf Freiheit und Sicherheit, den Bereich der Privatheit, das Recht auf Pflege, Betreuung und Behandlung. Um Information, Beratung und Aufklärung, das Gebiet der Kommunikation wird angesprochen, die Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft erwähnt, das Recht auf Berücksichtigung der Religion, Kultur und Weltanschauung, und am Lebensende wird eine palliative Begleitung, wie ein würdevolles Sterben und Tod eingefordert. Wenn diese Charta Allgemeingut wäre und in allen Lebensbereichen der Menschen mit Demenz so weit wie möglich umgesetzt wäre, hätten wir eine Gesellschaft, in der Demenzkranke würdevoll, trotz und mit ihrer sich entwickelnden Defizite, leben könnten. Aber leider sieht die Wirklichkeit anders aus. In den folgenden Ausführungen wird versucht, darzustellen, wie sich die Gesellschaft entwickeln muss und welche Projekte und Ideen es gibt, damit sich die Situation der Menschen mit Demenz in – wenn auch kleinen Schritten – verbessern kann.

Mitten in der Gesellschaft

»Menschen mit Demenz in Mitten der Gesellschaft« heißt der Titel. Wer ist die Gesellschaft? Je nach Lebensumfeld und Stadium der Krankheit kann man verschiedene Gruppen identifizieren. Als erstes ist die Familie zu nennen. Man darf dabei nicht vergessen, dass Demenz eine Krankheit des Alters ist, weniger als 3 % der Erkrankten sind unter 65. Familie im engsten Sinn ist der Partner, der dann auch schon betagt sein kann. Die Kinder sind häufig schon im Rentenalter, zum Beispiel wenn die Eltern Mitte 80 sind, dann sind die Kinder um die 60. Auf Grund der Mobilität in unserer Gesellschaft sind sie vielfach nicht am Ort geblieben und stehen damit für eine tägliche Unterstützung nicht zur Verfügung. Die Anzahl der Einzelpersonen-Haushalte nimmt zu, in den großen Städten besonders, auch bei der alt werdenden Bevölkerung. Familie ist dann gar nicht vorhanden oder nur sporadisch einsetzbar.

Der Freundeskreis ist meistens ähnlich alt wie man selbst. Er muss sich mit den Symptomen der Demenz der Freunde auseinander setzen. Die Erfahrungen

zeigen, dass viele Freundschaften darüber zerbrechen. Es fehlt die Kraft, gemeinsam das Schicksal dieser psychischen nicht heilbaren Krankheit zu tragen. Es wird einsam um den Erkrankten und seinen Partner.

Auch die Nachbarschaft wird auf die Veränderungen, die eine Demenz mit sich bringt, aufmerksam. Sie kann nur damit umgehen, wenn entweder das Verständnis vorhanden ist oder durch gezielte Information geweckt und eingefordert wird. Nachbarschaftliche Gespräche über die täglichen Schwierigkeiten können Solidarität wecken und Hilfsbereitschaft hervorrufen.

In der frühen Phase der Krankheit spielt das tägliche Umfeld eine große Rolle und ihm kommt ein großes Unterstützungspotential zu. Dazu gehört neben der Nachbarschaft die tägliche Versorgung, der Einkauf des täglichen Bedarfs, der Arzt mit seiner Praxis, die Apotheke mit ihren Angestellten, die kommunale Verwaltung mit ihren Dienstleistungen, die Banken und Sparkassen.

Ein alter Demenzkranker plagt sich auch mit den anderen Krankheiten des Alters. Da ist ein Krankenhausaufenthalt nicht selten. Aber in einem Akutkrankenhaus, z. B. nach einem Oberschenkelhalsbruch oder wegen einer inneren Erkrankung, trifft er auf Ärzte und Krankenschwestern, die nicht im Umgang mit Demenz geschult sind. Ihnen fehlt häufig das Wissen über den Umgang und die spezielle Kommunikation, die Altenpflegern zumindest in der Ausbildung vermittelt wird.

Wird nach einem Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitationsmaßnahme notwendig, steht nicht immer eine gerontopsychiatrische Einrichtung zur Verfügung. Das dort erhoffte Wissen wäre aber so wichtig, um die angedachte Maßnahme zum Erfolg zu führen. Mobile Reha-Dienstleistungen würden das Problem lindern.

»Mitten in der Gesellschaft« kann aber auch eine ambulant betreute Wohngruppe bedeuten. Hier erhofft man sich das ideale Umfeld, in dem man sich als Mensch mit Demenz in fortschreitendem Stadium gut aufgehoben fühlt.

Auch eine teilstationäre Einrichtung kann, zumindest zeitweise, die Gesellschaft sein, in deren Mitte man sich befindet. Eine stationäre Einrichtung wird für viele Demenzkranke die sie umgebende Gesellschaft, wenn eine Betreuung und Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr gestaltbar ist. In manchen Fällen ist die letzte Gesellschaft im Leben die Palliativstation oder das Hospiz.

Demenzfreundliche Kommune

Die meisten Menschen, ohne und mit Demenz, wünschen sich, solange wie möglich, selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung leben zu können. Die Gesellschaft, oder besser ausgedrückt, das tägliche Umfeld, muss sich ändern, auf die Belange der Menschen mit Demenz muss viel ausdrücklicher Rücksicht genommen werden als heute. Um dieses Umfeld besser mit dem Krankheitsbild der Demenz bekanntzumachen, wurde das Konzept der demenzfreundlichen Kommune entwickelt. »Demenzfreundlich« heißt in jedem Fall erstmal »altenfreundlich«. Das heißt, bei allem, was in der kommunalen Verantwortung entschieden wird, ist an die möglichen Defizite der älteren Bewohner denken, bis hin zu lesbarer Schrift auf öffentlichen

Ankündigungen und nicht nur im Internet, dessen Nutzung nicht allen älteren Mitbürgern vertraut ist.

Es sollte eine koordinierende Stelle in der Kommune geben für die Belange der Menschen mit Demenz, dabei sollte festgelegt werden, welche Aufgabe durch welche Stelle ausgeführt wird und wer welche Verantwortung trägt. Die einzelnen Akteure müssen gut miteinander vernetzt sein, die Projekte miteinander koordiniert werden und deren Transfer und nachhaltige Finanzierung gewährleistet sein.

In jedem Fall gehören dazu unter anderem Schulungen für die Mitarbeiter, die Wissen über die Krankheit wie über angepassten Umgang vermitteln. Mögliche Projekte sind Patenschaften und Einbindung von Schulen und Kindergärten. Über die Öffentlichkeitsarbeit in der Kommune hinaus gibt es schon viele durchgeführte Projekte, die als Vorbild dienen können.

Zum Beispiel in Ostfildern, eine mittelgroße Stadt, die aus mehreren Ortsteilen besteht, am Südrand von Stuttgart, durchgeführt in den Jahren 2009/2010. Dort stellte man sich die Fragen: Wie können wir »Demenz« zu einem öffentlichen Thema in der Stadt machen? Mit welchen Bildern und Botschaften können wir »öffentliche Aufmerksamkeit« erreichen? Wie können wir der Tabuisierung des Themas entgegensteuern – ohne das Krankheitsbild von Demenzerkrankungen zu dramatisieren oder zu bagatellisieren? Wie können wir auch »(noch) Nicht-Betroffene« für das Thema interessieren? Mit einem ansprechenden Plakat mit dem Text »Früher haben Sie im Urlaub meine Blumen gegossen ... Jetzt bin ich an der Reihe!..Wir sind Nachbarn. Demenzkampagne Ostfildern« wurde auf die Kampagne, in deren Rahmen zahlreiche Veranstaltungen stattfanden, aufmerksam gemacht.

Gemeinsam den Defiziten begegnen

Menschen mit Demenz zu begleiten ist keine leichte Aufgabe. Man muss lernen, genau hinschauen und sich trauen zu fragen. Zum Beispiel sich zu fragen, ob die sich entwickelnden kleinen »Macken« des Alters natürlich sind oder ob man genauer hinschauen sollte und auch einmal den Gedanken an sich entwickelnde Hirnleistungsstörungen verfolgen. Man muss lernen, gemeinsam die Folgen einer Diagnose zu ertragen. Der Tag ist mit einander zu planen und soll gemeinsam verbracht werden. Wie kann man sich in den alltäglichen Dingen zu unterstützen? Geht es, trotz Demenz, für einander da sein, Spaß mit einander zu haben, gemeinsam etwas erleben? Man muss sich die Ängste des Anderen vor Augen führen, ernst nehmen und lernen, sie einzuordnen. Kann man bewusst gemeinsam lachen und sich am Augenblick freuen? Dem anderen geduldig zuhören? Man muss sich darauf einlassen, die Welt nicht immer nur so zu sehen, wie man selber sie sieht, sondern versuchen, die Welt aus den Augen des Demenzkranken zu sehen, auch wenn sie einem wunderbar vorkommt. Der Mensch mit Demenz merkt am ehesten, dass sich die Dinge verändern, er kann dadurch Aggressionen entwickeln, die man lernen muss, auszuhalten und ihnen zu begegnen. Es gilt, sich um einander sorgen, in guten wie in schlechten Tagen oder wie im wundervollen Buch der Fotografin Claudia

Thoehlen mit Fotos von Demenzkranken bezeichnet, in blauen und grauen Tagen. Wie versteht man sich, wie lernt man zu kommunizieren, auch wenn die Sprache weniger wird oder ganz verschwindet? Körperliche Berührung wird wichtig, sich die Hand zu halten und zu streicheln, bekommt einen nicht geahnten Stellenwert. Zeit zu haben, wird ungeheuer bedeutsam, und sie sich auch dann zu nehmen, wenn der Demenzkranke einen vielleicht nicht mehr als die eigene Tochter erkennt, und dann nicht zu meinen, der Kranke spürt es nicht.

Wer und was hilft den Betroffenen?

Ohne Information und Hilfe geht es nicht. Die zahlreichen Informationsangebote, wie Beratungsstellen und Internet-Portale, sind unerlässlich. Das bundesweite Alzheimer-Telefon (01803-171017), das von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft seit über zehn Jahren betrieben wird, bietet Auskunft und Beratung durch geschulte Sozialpädagogen. Eine Frage nach einer Adresse oder einem Ansprechpartner wird genauso mit Interesse und Geduld beantwortet wie auch eine telefonische Beratung erfolgen kann.

Die Selbsthilfegruppen für Angehörige können Wissen über die Krankheit und Verhaltensweisen vermitteln. In Selbsthilfegruppen für Demenzkranke erfahren die Kranken Solidarität und erleben gemeinsam Neues, ohne gleich mit ihren Defiziten konfrontiert zu sein. Gemeinsames Lachen über Missgeschicke fällt leichter in einer Gruppe mit Gleichbetroffenen.

Entlastung für pflegende Angehörige können ehrenamtlich organisierte Betreuungsnachmittage bieten, sie unterstützen die Kranken durch ritualisierte Abläufe und durch die angestrebte 1:1-Betreuung. Ebenso tragen geschulte HelferInnen zu einer möglichen Entlastung bei, die in der häuslichen Umgebung die Angehörigen stundenweise in der Betreuung durch Beschäftigung, wie Spielen, Fotos anschauen oder Spazierengehen ablösen. Begegnungsstätten, z. B. in Mehrgenerationenhäusern, sind ein weiteres Angebot. Aber auch gemeinsamer betreuter Urlaub für Demenzkranke und ihre Angehörigen bringt Abwechslung in den Alltag und neue Erlebnisse, trotz und mit Demenz. In Alzheimer-Cafés kann man sich zwanglos, aber mit Verständnis, begegnen und sich informieren. Alzheimer-Tanzcafés können die Freude an Bewegung und Musik neu wecken und bieten eine gute Möglichkeit, gemeinsam die Zeit zu verbringen.

Schulprojekte, in denen Schülern ein altersgerechtes Wissen über die Krankheit vermittelt wird und kreativ damit umgegangen wird, können generationenübergreifend zu einem besseren Verständnis und zum Abbau der Tabuisierung beitragen. Dazu können auch Kooperationen zwischen Kindergärten und Alten- und Pflegeheimen dienen, die Kleinen gehen vorurteilslos mit den Menschen mit Demenz um und die Kranken freuen sich an den Kleinen. Ebenso kann die Begegnung mit Tieren, wie Katzen und geschulten Hunden, zum Wohlbefinden beitragen.

Projekte der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Verschiedene Projekte wurden in den vergangenen Jahren von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft modellhaft durchgeführt. Sie zeigen, in welcher Form und mit welchen Mitteln die Menschen mit Demenz besser in der »Mitte der Gesellschaft« leben können.

Dazu gehört das Projekt »Alzheimer&YOU«, es wendete sich an Schüler verschiedener Altersstufen. Das Ergebnis wurde in einem Praxishandbuch für den Unterricht zusammengestellt. Es bietet Informationen und Hinweise für Lehrer und Schüler. Am Schluss des Projekts gab es einen Schülerwettbewerb, der beeindruckend zeigte, mit welchem Einfallsreichtum junge Menschen sich mit einem so schweren Thema auseinandersetzen können.

Ein anderes Projekt war »Allein leben mit Demenz – Schulung in einer Kommune«. Ausgehend von der Tatsache, dass immer mehr Menschen allein alt werden, wurde untersucht, welche Bausteine gebraucht werden, um diesen Menschen die notwendige Unterstützung zu kommen zu lassen. Handlungsempfehlungen sind in einem Handbuch nachzulesen.

Als weiteres Beispiel sei ein drittes Projekt genannt, dass die Mehrgenerationenhäuser als Begegnungsstätten in den Fokus rückte und untersuchte, welche Rolle sie in der Betreuung von Demenzkranken spielen können, und damit zur Entlastung der häuslichen Situation beitragen. Der Projektname »Miteinander – Füreinander« zeigt deutlich die Idee der besseren Integration. Um über die zehn Mehrgenerationenhäuser hinaus, die am Projekt teilnahmen, das Wissen auf weitere übertragen zu können, wurden als Projektergebnis Handlungsempfehlungen mit konkreten Durchführungshinweisen zusammengestellt.

Zusammenleben mit Demenzkranken

Im Zusammenleben mit Demenzkranken werden von den Begleitern Eigenschaften gefordert, die in unserer heutigen Gesellschaft in vielen Fällen zu kurz kommen. Dazu gehören zum Beispiel die Langsamkeit, im Umgang miteinander, in den Bewegungen, aber auch die Geduld, eine Tugend, die zum Teil wieder richtig geübt werden muss. Ungeduld macht den Demenzkranken unsicher, Schnelligkeit kann ihn noch mehr verwirren.

Das Leben im Augenblick wird bedeutsam, was gestern war und morgen sein wird, ist für den Menschen mit Demenz häufig nicht gegenwärtig. Im Normalfall drehen sich die Gespräche aber um die Ereignisse aus der Vergangenheit und die Planungen für die Zukunft. Im Zusammensein muss man sich nun aber auf den Augenblick konzentrieren, die Beobachtung darauf richten, was gerade passiert, um gemeinsam die Zeit mit einander zu verbringen.

Gefühle, die in der Beziehung vielleicht bisher keine große Rolle gespielt haben, weil sie vom Intellekt her geprägt war, werden wichtiger. Es fällt vielen Menschen schwer, sie zu zulassen und auch darüber zu sprechen.

Zuhören rückt in den Vordergrund, die eigenen Erlebnisse sind nicht mehr so wichtig. Es geht um die Erzählungen des Demenzkranken, die sich möglicherweise auf die Worte des Zuhörers beziehen.

Viele Dinge, die früher bemerkenswert waren, spielen eine untergeordnete Rolle, die Gewichte verschieben sich. Zum Beispiel kann die Konzentration für längeres Zeitungslesen nicht mehr ausreichen oder die früher geliebten Fernsehsendungen werden nicht mehr verstanden, weil die Szenen immer kürzer werden und in einander verwoben sind. Der pflegende Angehörige ist dann gefordert, Beschäftigungen zu finden, die den Tag ausfüllen und gemeinsame Freude bringen.

Wenn man mit Menschen mit Demenz zusammen ist, sollte man Zeit mitbringen. Ein kurzer Besuch verwirrt, denn der Mensch hat keine Zeit, sich auf den Besuch einzustellen. Längeres Zusammensein bleibt besser in Erinnerung und sollte mit Zugewandtheit und Aufmerksamkeit verbunden sein.

Leichter ist der Tag zu verbringen, wenn die Stunden mit guter Stimmung, Humor und Lachen angefüllt sind. Das lässt sich leicht sagen, aber meistens schwer umsetzen. Der Angehörige kann überfordert, genervt und belastet sein. Deshalb ist es so entscheidend, den Pflegenden zu entlasten und ihm Hilfe anzubieten, damit mehr Gelassenheit geübt werden kann.

Auch wenn viele Familien die Begleitung eines Demenzkranken ohne weitere Hilfe schaffen, gibt es andere, die dringend der Hilfe bedürfen. Für viele ist es aber schwer, Hilfe anzunehmen. Unsere Gesellschaft neigt dazu, den Einzelnen so zu erziehen, dass er meint, alles allein bewerkstelligen und schaffen zu können. Statistiken zeigen, dass pflegende Angehörige ein höheres Risiko für psychische wie physische Krankheiten haben. Um die häusliche Betreuungssituation solange wie möglich aufrechterhalten zu können, muss der Angehörige besser gestärkt werden.

Stärkung des Umfelds

Zur Stärkung des häuslichen Umfelds, die auch die Situation des Angehörigen verbessert, gehört es, dass sich die Professionellen, die ihn umgeben, besser austauschen. Der ambulante Dienst sollte mit dem Arzt in Kontakt sein und umgekehrt, die Tagespflege und andere Therapeuten müssen von ihren Dienstleistungen wissen und sie aufeinander abstimmen. Die Angehörigen müssen in die gesamte Versorgungsstruktur eingebunden sein, als Experten, die sie in ihrer eigenen Sache sind. Sie sind die eigentlichen »Lotsen« im System, und wenn sie es nicht leisten wollen oder können, sollte es die Möglichkeit eines professionellen Case- und/oder Care-Management geben. Diese Leistung sollte individuell auf den Menschen mit Demenz abgestimmt sein und immer wieder der Phase der Krankheit und der Lebenssituation angepasst werden. Dabei sind ethische Fragen zu berücksichtigen, bei denen das Wohl des Demenzkranken im Mittelpunkt stehen sollte.

Ist ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich, ist eine stationär ausgeprägte Einrichtung die nächste Wahl. Dabei kommen ambulant betreute Wohngruppen oder eine Pflegeeinrichtung in Betracht. Auf Grund des immer fort-

geschritteneren Lebensalters beim Einzug der Bewohner oder der fortgeschrittenen Demenz, die mit schwierigeren Pflegesituationen einhergeht, entwickeln sich die Einrichtungen immer mehr zum Hospiz oder zu geschützten Stationen. Das stellt die Einrichtungen vor schwierigere Aufgaben, die besser ausgebildetes und mehr Personal erfordern.

Das Thema »Demenzkranken im Akutkrankenhaus« beschäftigt heute viele Experten. Die Patienten sind nicht auf Grund ihrer Demenz im Krankenhaus sondern wegen akuter anderer Krankheiten, z. B. Frakturen, Krebs oder Herzleiden. In einigen Krankenhäusern hat man sich dem Thema gestellt und Verbesserungen erreicht durch z. B. Konziliardienste, Rooming-In für Angehörige oder durch Altenpflegerinnen als ständige Begleiter während des Aufenthalts. Es werden noch viele weitere Schritte nötig sein.

Gelingendes »Zusammen leben«

Das Zusammenleben kann nur gelingen, wenn die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit Demenz wahrgenommen werden. Dabei sollte gewährleistet sein, dass ein Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen des Demenzkranken und seines Angehörigen oder auch professionell Pflegenden herrscht. Besonders in der häuslichen Situation ist darauf zu achten, dass der pflegende Angehörige unterstützt wird.

Zuletzt ist ein Aspekt zu erwähnen, der häufig zu wenig beachtet wird. Die Worte, die man wählt, wenn man über ein bestimmtes Thema spricht, sind ein Ausdruck der eigenen Haltung. Wenn einer sagt »Ich glaube, ich habe Alzheimer.«, weil er etwas verlegt hat und nicht gleich wieder findet, hat er vielleicht Kenntnis über die Symptome der Krankheit, aber die Krankheit wird bagatellisiert. Sagt jemand über einen anderen »Der Mensch ist dement.« klingt das wie eine Abstempelung. Warum sagt man nicht »Er leidet an Demenz«? Damit würde man empathisch ausdrücken, dass jemand krank ist und man mit ihm fühlt.

Das Wort »Weglauftendenz« hört man häufig im Zusammenhang mit Demenz, es soll den Bewegungsdrang vieler Demenzkranker beschreiben, ist aber kriminalisierend. Denn der Kranke läuft nicht weg, sein Problem ist, dass er den Weg zurück nicht findet. Wäre nicht die wörtliche Übersetzung der englischen Bezeichnung »Wandering« »Umherwandern« ein besserer und zu gewandterer Ausdruck?

Immer noch wird von »Heimeinweisung« gesprochen. Ebenfalls zielt der Ausspruch »Wir haben sie ins Heim geben müssen« auf das schlechte Gewissen ab oder das Eingeständnis, dass man es nicht geschafft hat, zu Hause zu pflegen. In den meisten Fällen ist es ein – leider endgültiger – Umzug in ein Pflegeheim.

Zusammen leben in Mitten der Gesellschaft kann nur gelingen, wenn die Gesellschaft, d. h. jeder Einzelne, Menschen mit Demenz akzeptiert in ihren Eigenarten mit ihren Fähigkeiten trotz ihrer Defizite, ihnen hilft, wenn sie Unterstützung wünschen und brauchen. Menschen mit Demenz brauchen Partner und Vertreter.

Auf Grund des langsamen Abbaus des Tabus, das nach wie vor die Demenz umgibt, trauen sich immer mehr Menschen mit Demenz in die Öffentlichkeit und artikulieren ihre Bedürfnisse. Die Gesellschaft ist gefordert, sie nicht als zu Versorgende wahrzunehmen, sondern als Bürger mit Behinderung, die der Unterstützung bedürfen.

Teilhabe und Partizipation im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Manfred Lucha

Ich stehe heute vor Ihnen, weil ich in gewisser Weise seit 25 Jahren in der Gemeindepsychiatrie im südlichen Baden-Württemberg ein Doppel- oder Dreifachleben führe, nämlich als Kollege, als Mitarbeiter und als APK-Mitglied. Ich war immer schon gleichzeitig kommunalpolitisch tätig und jetzt auch noch den Landtag von Baden-Württemberg zu rocken, das ist uns ja gelungen. Wir stellen die Regierung und Sie haben ja vielleicht an der einen oder anderen Stelle schon verfolgt, dass wir auch in dem doch bis dahin sehr verschlafenen Baden-Württemberg, was die Landespolitik betraf, durchaus sehr ambitioniert über den Koalitionsvertrag bis hin zu einigen Aufschlägen eines neuen Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes aktiv wurden. So konnten wir die Kürzungen bei den sozialpsychiatrischen Diensten, die die Vorgängerregierung getätigt hatte, gleich im ersten Haushaltsjahr mit Gestaltungsmitteln verändern und jetzt wieder eine leidlich gute Finanzierung anbieten.

Warum wir heute das Thema Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) und Teilhabe und Partizipation besprechen: Wir haben eigentlich im Moment eine sehr paradoxe Situation. Auf der einen Seite machen wir gerade wieder einen gesellschaftlichen Emanzipierungsschub mit der UN-Konvention, mit Bürgerrechten und mit Freiheitsrechten gegenüber Menschen, die ein Handicap haben und gestehen uns allen ein höheres Maß an individueller Selbstbestimmung und Selbstgestaltung zu. Auf der anderen Seite haben wir eine rückschrittliche Entwicklung bei den professionellen Leistungssystemen. Das neue Psychiatrieentgeltgesetz ist eine blanke Funktionalisierung. Alles, was wir kulturell erarbeitet haben, findet zumindest auf den ersten Blick kaum statt.

Im ASMK-Prozess zur Neugestaltung der Eingliederungshilfe wird zwar von personenzentrierten Hilfen gesprochen, aber wenn Sie genau nachlesen, ist es ein sehr ökonomisches Modell, ein Geldddumping-Modell. Auf der anderen Seite findet eine sehr starke Inanspruchnahme (Lenkung und Steuerung) einer einzigen kommunalen Institution statt, sofern sie zuständig ist für die Eingliederungshilfe. Wenn wir genau diesen »Gap« etwas näher betrachten, dann muss ich mich fragen, mit welchen Instrumenten und mit welchen Institutionen wir das eigentlich umsetzen und anbieten können? Das, was wir das Recht auf Hilfe, das Recht auf Support und das Recht auf Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung nennen, wie können wir es zusammen bringen, weil es zusammen gehört? Einen der besten Sätze hat Frau Arnade gestern gesagt: »Selbstständigkeit nicht mit Selbstbestimmung zu verwechseln«. Ich drehe mal den Spieß um. Liebe Betroffene, liebe Psychiatrieerfahrene, indem wir uns als Gesellschaft Gedanken machen, wie wir Euch die bestmöglichen Hilfeangebote geben, entmündigen wir euch nicht und stigmatisieren Euch nicht.

Wir nehmen die Gespräche mit Psychiatrieerfahrenen ernst. Darum haben wir doch auch die gemeindepsychiatrischen Verbünde gegründet. Um, jetzt sage ich

das mal sehr zugespitzt, die einzige halbwegs demokratisch legitimierte und zu steuernde Funktionseinheit vor Ort zu haben, bei der alle Beteiligten, Betroffenen, Profis, Kosten- und Leistungserbringer sowie Träger an einem Tisch sitzen.

Ich sehe aus der Praxis in diesen Konstruktionen eigentlich das einzige Instrument, bei dem wir selber die Kriterien, die Spielregeln und die Transparenzgebote festlegen und ich glaube, das ist etwas ganz Entscheidendes. Ich spreche hier aus eigener Erfahrung nach acht Jahren GPV-Bodenseekreis. Der GPV-Ravensburg Kreis, den ich politisch vertrete, hat dieselbe Analogentwicklung. Ich muss ein ganz großes Dankeschön an die APK, an Ulrich Krüger und an unseren jetzigen Kollegen Georg Schulte-Kemna richten. Wenn wir damals nicht in diesen vier Landkreisen Baden-Württembergs das Implementationsprojekt zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen durchgeführt hätten, hätten wir nicht die Chance gehabt uns auch selbst zu vergegenwärtigen, wie wir die Spielregeln organisieren wollen: transparent und offen unter den einzelnen Trägern, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten, den Menschen, die das Hilfesystem in Anspruch nehmen. Alleine die Tatsache, dass Sie heute mit dem IBRP ein Manual haben, das wir gemeinsam mit denjenigen erarbeitet haben, die unsere professionelle oder auch strukturelle Hilfe in Anspruch nehmen oder zumindest wissen, dass sie ihnen unter Umständen zur Verfügung steht.

In unserem GPV kommen doch immerhin 15 % derjenigen, für die Hilfen organisiert werden, gemeinsam mit ihrer Bezugsperson persönlich in die Hilfeplankonferenz und stellen ihr Anliegen und ihre Wünsche dar. Das ist etwas ganz Wichtiges am Bodenseekreis und in Ravensburg. Ich empfehle auch allen anderen Gemeindepsychiatrischen Verbänden die Nachahmung. Kein einzelner Träger bietet eine Eingliederungshilfe oder Pflegekassenleistung an, ohne dass es einen Hilfeplanbeschluss gibt, das ist eine vertragliche Selbstverpflichtung. Es ist ein entscheidendes Instrument der Selbststeuerung und der Selbstkritik, wenn Sie Hilfepläne vorstellen oder eine Maßnahme empfehlen und das nach den fünf wichtigen Kriterien analog der Logik des IBRP: Selbstbestimmung, Autonomie, Arbeit, Wohnen, Freizeit.

Das sind die Lebensbereiche, die für uns alle in der Bedürfniswelt in gleicher Weise wichtig sind. Ich war die ganzen Jahre, bis ich in den Landtag gekommen bin, bei jeder Hilfeplankonferenz dabei. Es war immer der Zug zum freiheitlicheren, zum selbstbestimmenderen Angebot gegenüber einer reinen Versorgung, in der jemand nur vermeintlich einen Platz irgendwo bekommt. Entscheidend ist: Wie lebt der Mensch? Was braucht der Mensch? Der Mensch braucht was er braucht und er braucht die Würde und den Respekt. Und genau das ist die Chance, auch in der kommunizierenden Röhre – den Gremien der Hilfeplankonferenz, das Gremium der Trägergemeinschaft und der Arbeitsgemeinschaft, die sie sich permanent weiter entwickeln. Wir haben seit vielen Jahren einen verbindlichen Bericht. Alle teilnehmenden Träger dokumentieren nach denselben Basisdokumentationswerten. Durch diese Dokumentation stellen wir auch fest, wo welche Hilfeformen fehlen, wo es Doppelstrukturen gibt und wo es auch, Gott sei Dank, endlich mal keine

Zuwachsraten gibt. Wir können auch sehen welchen Personenkreis wir erreichen, welchen wir nicht erreichen und warum wir ihn nicht erreichen.

Oder wir stellen z. B. selbstkritisch im Jahresbericht 2011 fest, dass wir bei den nicht-psychiatrischen Hilfen – das Leben in der Gemeinde, das Andocken an Sportvereine, an die Gesellschaft, also an die, die nicht in erster Linie aus dem professionellen Milieu kommen – Defizite haben. Das schreiben wir in einem Bericht und das liest jeder Kommunalpolitiker und jeder Landrat. Selbstverständlich ist die Kommune Mitglied in einem guten GPV. Bei uns ist der Landrat Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft, vertreten durch den Sozialdezernent. Es geht einmal im Jahr durch den Kreistag als politisches Gremium.

Ab dem nächsten Jahr gehen die GPV, denen wir in unserem Psychisch –Kranken- Hilfesgesetz in Baden-Württemberg eine zentrale Rolle zuschreiben, auch durch den Landtag. Wir erklären den Psychiatrieplan als verbindlich und machen somit einmal im Jahr im Landtag eine Berichterstattung darüber, wo wir in der Weiterentwicklung personenzentrierter Hilfen stehen. Wenn wir diese kommunizierende Röhre ernst nehmen: Was brauchen die Menschen? Welche Unterstützung, welche Hilfen brauchen sie? Auch Hilfen, um keine Hilfen zu brauchen. Es gilt immer noch das gute alte Sozialarbeiterwort »die Hilfe zur Selbsthilfe«, ob mit oder ohne Diagnose. Wenn ich morgens mit meiner Frau am Küchentisch ein wichtiges Problem bespreche und sie mir einen Rat gibt, dann ist das Hilfe zur Selbsthilfe. Das ist eine Systematik, die wir uns immer wieder auch selber vergegenwärtigen müssen: Welche Ebenen hat das Gespräch? Auf welche verbindlichen Verpflichtungen gehen wir ein um unserer Aufgabe gerecht zu werden?

Wir waren professionell gute Leute, engagiert, nie etwas Böses im Sinn. Aber wir kamen doch von den Helfenden vor 25 Jahren, von der fürsorgenden Seite. Wir haben jetzt gelernt, dass dies wichtig ist, aber Augenhöhe ist etwas anderes. Augenhöhe ist etwas komplett anderes. Trotzdem entbindet es mich nicht davon, auch meine professionellen Fähigkeiten weiter zu schulen, Qualitätskriterien anzubieten, auch an den Menschen dran zu sein, die meine Hilfe benötigen. Es ist gestern richtigerweise gesagt worden: »aus dem fehlverstandenen Emanzipierungs- und Freiheitsgedanken Verelendung zuzulassen, weil keiner mehr hinguckt, weil sich keiner mehr darum kümmert« nach dem Motto:« Ich kann ja eh nichts machen, er macht ja nicht mit«. Wir brauchen ja genau die Kraft, jemanden zu werben, für sich auch wieder etwas zu tun in einer schwierigen Situation. Genau dafür müssen wir uns weiterentwickeln. Wir in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden – wenn ich jetzt unseren als Beispiel nehme, sehe ich auch meine Kollegen aus Ravensburg – haben in dieser Zeit mit den Betroffenen unabhängige Beschwerdestellen entwickelt. Wir haben mit den Betroffenen zwei Ex-In-Ausbildungen mit auf den Weg gebracht. In der Berichterstattung gibt es eine 4-6seitige Dokumentation der Betroffenen, in der Kritik, Würdigungen und Anregungen an das System festgehalten werden, das wir jetzt haben. So kann sich tatsächlich eine Regionalgruppe Psychiatrie-Erfahrener verbindlich gründen. Das alles findet unter dem Dach und damit in der Verantwortung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes statt. Vor-

neweg die Politik, die Profis und die Betroffenen. Also ist es nicht nur Dialog sondern Quadrolog oder sonst etwas. Wirklich alle, die in einem Gemeinwesen Verantwortung übernehmen, sind verbindlich beteiligt.

Wir haben im Rahmen einer Tagung der APK daraus regulierend einen Jugendpsychiatrischen Verbund (JPV) eingerichtet. Ursprünglich sollte die Schnittstelle zwischen dem System der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und den Erwachsenenangeboten besser gemeistert werden, weil es tatsächlich keine Naht-, sondern eine Schnittstelle ist. Viele verschwinden, wenn sie 18 Jahre alt sind und keiner kümmert sich mehr um sie, im Guten wie im Schlechten. Drei Jahre später kommen sie und meistens geht es ihnen nicht besser, sondern eher schlechter. Wir haben aber durch diesen Ansatz gelernt, dass wir viel näher hinschauen müssen. Diese Hilfen müssen nach der gleichen Verantwortungssystematik mit Schulen, dem Jugendamt und Ausbildungshilfen genauso als Verantwortungsgemeinschaft verzahnt werden, nur noch breiter angelegt. Gestern gab es auf dieser Tagung ein gutes Symposium mit Frau Böge und Herrn Fegert über Kinder- und Jugendrechte. Ich glaube, mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden gründen wir eine Verantwortungsgemeinschaft. Wir sind keine Funktionsgemeinschaft und wir sind auch nichts von »oben Aufgesetztes«.

Wenn mir jemand sagt, das System lehne ich ab, aber ich brauche die Hilfe, dann erhält er diese Hilfe selbstverständlich. Das waren in acht Jahren zwei Personen von mittlerweile wahrscheinlich über 1000, wenn man die ganzen Jahre Revue passieren lässt. Sie sehen also, dass es ein Konstrukt der gemeinsamen-, der Gemeindeverantwortung ist. Jetzt werde ich noch ein bisschen politisch.

Ich bin mit der These eingestiegen, dass wir eine paradoxe Entwicklung haben: Wir haben noch nie so viele Freiheitsrechte zugestanden, auch dank der UN-Konvention. Die Finanzpolitik und Leistungsträgerpolitik ist selektiver denn je, IV-Verträge, Kassen gegen Kassen. Im Bayern habe ich mitbekommen, dass ein GPV die Hilfeplankonferenz abschafft und der Bezirk mit privaten Versorgern Verträge abschließt. Das ist kontraproduktiv! Hier existiert absolut keine positive Monitoring-Transparenz mehr: Welche Hilfe wird überhaupt für wen organisiert? Wann endet eine Hilfe? Wann kann man sie beenden? Wann geht sie in eine nächste Stufe?

Wir müssen zu dieser Verpflichtung zurück finden, deswegen haben wir in Baden-Württemberg sehr frühzeitig begonnen, den Prozess des Eckpunktepapiers für unser neues Psychisch-Kranken-Hilfegesetz voranzutreiben. Wir hatten ja vorher nur ein reines Unterbringungsrecht. Wir schreiben die Organisation und Konstruktion der Hilfen den Gemeindepsychiatrischen Verbänden als der entscheidenden Steuerungsinstanz zu, da diese strukturell, qualitativ, nah am Menschen direkt alle Aspekte abdecken können.

Dies ist der entscheidende Baustein, der im Beteiligungsverfahren mit den kommunalen Spitzenverbänden als solcher abegesenet wurde. Die Verbände machen mit, die nehmen durchaus auch dafür Geld in die Hand. Es sind die Psychiatrie-Referenten und Psychiatrie-Koordinatoren der Kreise unserer Regionen, die das auch verbindlich moderieren. Unsere Hilfeplankonferenz wird seit zehn Jahren vom

Psychiatrie-Koordinator des Bodenseekreises moderiert. Da ist seine Teilnahme Ehrensache. Er merkt auch als erster Seismograph, wenn eine Fehlentwicklung stattfindet. Diese liegt ihm auf seinem Schreibtisch vor und daraus kann z. B. die Entwicklung der Beschwerdestelle und anderer selbst-evaluierender und auch selbst-betrachtender Institutionen abgeleitet werden. Ich denke wir brauchen wieder eine Reanimierung des GPV.

Wenn ich den Megatrend beobachte, dass große Kliniken – mit denen ich aufgrund ihrer hohen Fachlichkeit durchaus gut zusammenarbeite – nach dem Motto leben: »Wir machen alles, wir sind quasi schon der große Komplexanbieter und wir gehen überhaupt nicht mehr in die Debatte mit einer vielfältigen Versorgungslandschaft.«, dann läuft etwas schief. Wenn die Kliniken IV-Verträge machen und am Ende Strukturen entstehen, die keiner mehr im Sinne der gemeinsamen Verantwortung aller nachvollziehen kann, dann ist das eine Entwicklung, die uns nachdenklich stimmen sollte. Deswegen bin ich froh, dass der IV-Anbieter in unserem GPV mit uns immer wieder die Debatte führt und so auch eine entscheidende Rolle spielt. Ich gebe zu, ich hätte gerne aus GPV im Gesamten IV-Verträge gemacht. Das lehnt der Anbieter ab, aber vielleicht schaffen wir es noch. Vor diesen Zielen stehen wir.

Ich ermuntere Sie und bitte Sie noch einmal inständig, nutzen Sie Ihre GPV Strukturen. Ich weiß, dass diese in vielen Orten gerade etwas einschlafen. Wir haben im Augenblick nichts Besseres in dem Spannungsfeld aus gesellschaftlicher Verantwortung, individuellem Anspruch auf Freiheitsrechte und Recht auf Behandlung, Recht auf Hilfe, Professionalität, Qualitätskontrolle und struktureller Weiterentwicklung. Hätten wir die guten GPV nicht, gäbe es keine gemeindepsychiatrischen Zentren und auch keine Wochenendcafés, weil wir nicht die Erfahrungen und Strukturentwicklung und auch nicht die gemeinsamen Kräfte gebündelt hätten, um dieses anbieten zu können. Wir unterhalten uns ja auch immer über Ressourcen. In guten GPV arbeiten Träger z. B. für das persönliche Budget, das wir ja auch modellhaft entwickelt haben. Nach der Implementierung war das ein logischer Schritt bei uns in der Region. Wir haben vier Träger, die ihre Leistungen einem Budgetnehmer anbieten und einer koordiniert sie für alle. Kooperation statt Konkurrenz, Menschenwürde und Respekt statt Ökonomisierung. Das sind die Grundideen des GPV, dieser zutiefst am Gemeinwohl orientierten Leistungserbringungsvereinigung. Ein großes Schiff – und ich lade Sie ein, rudern Sie mit uns. Herzlichen Dank.

Patientenorientierung und Selbsthilfe im Gesundheitswesen

Wilfried Jacobs

Nach meinem Ausscheiden als Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg habe ich zum 01.07.2012 ein eigenes gemeinnütziges Institut für patientenorientierte Versorgungsablaufforschung (IPOV) GmbH gegründet. Bedingt durch die Krebserkrankung meiner Frau, war es mir ein besonderes Anliegen, die Versorgungsabläufe von Krebspatienten zu verbessern. Auch liegt mir die Verbesserung der Situation von an Demenz erkrankten Patienten am Herzen. Meine Erfahrungen sowohl als AOK-Vorstandsvorsitzender als auch im persönlichen Umfeld haben gezeigt, dass gerade diese beiden Erkrankungen bei den Patienten mit großen Ängsten besetzt sind.

Im Gesundheitswesen überwiegen oft die Ideologien, die Theorien und die Gesundheitsökonomie. Die Frage der praktischen Umsetzung wird nicht selten vergessen.

Wir brauchen in Deutschland eine andere Zusammenbeitskultur. Wir haben das beste Gesundheitswesen und es gibt auch keinen Grund für eine generelle Kritik am deutschen Gesundheitssystem. Trotzdem sind die Menschen nicht zufrieden. Woran liegt das? Das liegt zum einen daran, dass es nicht gelingt, den Medizinbetrieb so zu organisieren, dass die Patienten nicht unter den Ablaufstrukturen des Medizinbetriebs leiden. Hinderlich dabei ist – so meine Erfahrung –, dass sich bei praktischen Verbesserungsvorschlägen im Gesundheitswesen immer einer zu Wort meldet und sagt: »Das geht nicht!«. Und im Medizinbetrieb gilt auch, wenn etwas logisch erscheint, ist die Umsetzungschance am geringsten.

Auch kommt die Patientenorientierung zu kurz. Wenn zehn Institutionen (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen) sich für den Patienten einsetzen und tun aus ihrer Sicht das Richtige, bedeutet dies noch lange nicht, dass es aus der Sicht des Patienten das Richtige ist. Es fehlt vor allem die Kunst und die Muße des Zuhörens. Wir bezahlen in der Medizin das Zuhören nicht oder zu schlecht. Der Arzt schaut länger auf den Bildschirm als auf den Bauch des Patienten. Entscheidender wäre das Zuhören. Es liegt einfach daran, weil wir glauben, dass der Medizinbetrieb nur dann funktioniert, wenn die Räder mechanisch und automatisch greifen. Der Medizinbetrieb funktioniert aber nur dann, wenn der Patient erkannt hat, dass die Räder gegriffen haben, und er es auch gespürt hat, dass das Greifen der Räder für ihn erfolgreich ist.

Neben der stärkeren Patientenorientierung ist auch die Stärkung der Selbsthilfe immens wichtig. Die Historie der Selbsthilfe ist spannend. Als die Selbsthilfe aufkam, waren zum Teil Gegner der Selbsthilfe diejenigen, die am intensivsten am Patienten dran waren. Und gerade diese Mediziner hätten es am besten wissen müssen, dass die Selbsthilfe ein Segen war. Aber sie haben sich schwer getan: »Da sind doch welche, die setzen sich an einen Tisch und reden gemeinsam über ihr Krankheitsbild. Ja wo kommen wir denn da hin«.

Aber die Medizin hat dann schnell erkannt, dass die Selbsthilfe eine stützende Einrichtung aktiver Medizin ist und gefördert werden muss. Im SGB V ist ein Rechtsanspruch auf Mittelzuwendung verankert, der auch umgesetzt wird. Die AOK hat jedes Jahr darauf geachtet, die gesetzlich vorgeschriebene Summe an die Selbsthilfe ausbezahlen und weit darüber hinaus. Wenn man erfahren will, wo denn den Patienten wirklich der Schuh drückt, muss man denjenigen fragen, der betroffen ist. Wichtig ist, auch mit der Selbsthilfe in regelmäßigen Abständen zu reden. Die Kurse für Angehörige von Demenzzkranken hat die AOK beispielsweise zu 90 % von der Alzheimergesellschaft durchführen lassen. Die Geldbeträge gingen dann direkt an die Alzheimergesellschaft, die sich damit gut auskennt und optimal einsetzt.

Ohne die Selbsthilfe wäre die Medizin ärmer, das ist eine sichere Erkenntnis. Aber Selbsthilfe ist nicht Selbsthilfe, es gibt große Unterschiede. Das Spektrum reicht von lockeren Zusammentreffen bis zur perfektionierten Orientierung an den Patienteninteressen. Für mich muss die Selbsthilfe der Zukunft drei Dinge beachten:

Erstens muss sie auch den Mut aufbringen, als Selbsthilfeeinrichtung einmal zu sagen, wo die wirklichen Probleme in der medizinischen Versorgung liegen. Und der zweite Punkt ist: Die Selbsthilfe muss darauf achten, dass die von der Medizin selbst eingeleiteten Leitlinien der Medizin zur Anwendung kommen.

Schaut man sich eine ernstzunehmende Erkrankung aus der Sicht einer Krankenkasse an und macht sich die Mühe, einen Patienten einmal zwei Jahre lang zu begleiten (auf dem Bildschirm) und vergleicht den Verlauf mit den verabschiedeten Leitlinien zur Versorgung eines bestimmten Krankheitsbildes, so lassen sich erhebliche Defizite feststellen. Es bleibt allerdings die Frage der Zuständigkeit für die Behebung dieser Defizite. Die Selbsthilfe muss aber auch den Mut aufbringen, deutlich zu machen, wo es in der Versorgung von Patienten ganz bestimmte positive Beispiele gibt.

Was sind jetzt die Aufgaben und Tätigkeiten des IPOV-Instituts gerade im Zusammenhang mit der Patientenorientierung?

Wir diskutieren in dieser Gesellschaft sehr häufig die Zwei-Klassen-Medizin. Man kann sich der Zweiklassen-Medizin ideologisch nähern. Mich ärgert jedoch die Tatsache, dass wir zwei verschiedene Systeme in der Krankenversicherung haben, zunächst noch nicht. Mich ärgert es nur, wenn eine Zwei-Klassen-Medizin dazu führt, dass die eine Klasse zwar gut behandelt wird, die andere aber schlechter. Die Angst des normalen Patienten ist genauso heftig bei einer herausfordernden Krankheit, wie die Angst eines ökonomisch Abgesicherten oder sehr Vermögenden.

Die Aufgabe des Instituts besteht darin, genau wissen zu wollen, wie es dem normalen Patienten geht mit einem herausfordernden Krankheitsbild wie beispielsweise der Krebserkrankung und wie es dem Demenz-Erkrankten bzw. seinen Angehörigen geht. Wenn die Gesellschaft die Verläufe des normalen Patienten so gut regelt, dass er den Medizinbetrieb auch positiv erlebt, erst dann kann sie sich auch den Luxus einer Zwei-Klassen-Medizin leisten. Aber sie darf nicht den

Fehler begehen, dies zulasten anderer zu machen. Wenn ein Krankenhaus auf der 6. Etage eine Abteilung einrichtet wie in einem Vier-Sterne-Hotel, dann ist mir das gleichgültig, wenn es Menschen gibt, die das bezahlen. Wenn aber auf der 1. Etage die normalen Patienten liegen und dort das Personal abgezogen wird, weil es oben arbeitet, dann läuft es falsch. Und hier muss die Politik aktiv werden.

Dass das Institut sich die Verlaufsforschung bei der Demenzerkrankung zur Aufgabe gestellt hat, beruht auch auf dem Hinweis einer großen Essener Stiftung, die uns unterstützt und mit der Firma Krupp zu tun hat. Von dort kam der Hinweis, intensiver die Verläufe von Demenzpatienten zu analysieren. Unser Schwerpunkt ist nicht die wissenschaftliche Darstellung, sondern, den Krebspatientinnen und -patienten, den an Demenz Erkrankten bzw. deren Angehörigen oder Patientenselbsthilfegruppen zuzuhören. Daraus wollen wir konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsabläufe ableiten. Wir beschäftigen uns nicht mit der den Patientinnen und Patienten angebotenen Medizin, sondern nur mit den Ablaufprozessen, also mit dem, was schwerstkranke Krebspatienten oder an Demenz erkrankte Patienten bzw. deren Angehörige täglich erfahren.

Ich habe höchsten Respekt vor der Arbeit der AKTION PSYCHISCH KRANKE.

Zu diesem Thema möchte ich noch eine Anmerkung machen: Ich spreche mittlerweile von einer Nicht-Sicherstellung der Versorgung psychisch Kranker. Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, aber wenn eine Patientin oder ein Patient keinen Termin bei einem Psychotherapeuten bekommt oder erst in vier/fünf Monaten, müssen wir von einem Sicherstellungsproblem sprechen. Was nutzt mir denn die Zahl der Psychotherapeuten in Köln, die nach der Bedarfsanalyse ausreicht, aber der normale Patient erhält keinen Termin. Wir müssen in der Psychotherapie auch die Methoden, die dort angewandt werden, unter Effizienz Gesichtspunkten betrachten. Und es ist fachlich geboten, dass wir in dem Bereich der psychischen Erkrankungen den Blick auf die verschiedenen Krankheitsbilder auch insbesondere auf die wachsende Zahl psychisch Kranker in den jüngeren Generationen richten.

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Erkrankungen im psychischen Bereich wird es höchste Zeit, dass wir uns neue Methoden überlegen. So werden in den Niederlanden beispielsweise neue Wege in der Psychotherapie durch den Einsatz von technischen Mitteln – beispielsweise des Internets – in der Begleitung von Patienten gegangen.

Die Demenzerkrankung zählt zu den psychiatrischen Diagnosen und abschließend möchte ich ihnen hier unsere Erfahrungen bei Demenzpatienten schildern.

Wir hören oft, dass der Hausarzt zu wenig versteht von substanzieller Demenz. Die Überweisung zum Neurologen dauert zum Teil drei bis vier Monate. Das Pflegefallanerkennungsverfahren ist zu bürokratisch und dauert zu lange. Die Hilfsangebote im Wohnumfeld sind unübersichtlich. Man könnte bei der Betreuung der Demenzkranken z. B. die Nachbarschaft miteinbinden. Aber es wurde dann gesagt, dass der Nachbar dafür mindestens 26 Stunden Qualifizierungskurse mitmachen muss, damit er das kann. Jetzt ist das wiederum kein Plädoyer gegen diese Ent-

wicklung, sondern es ist ein Plädoyer dafür, dass man die Kirche im Dorf lassen muss. Man muss das funktionierende Handeln, wenn es läuft, zuerst anstreben und nicht den Idealzustand, den kaum jemand erreicht. Entlastung der Pflege für einige Stunden ist schon ein immenser Gewinn.

Die Suche nach einem passenden Pflegeheim ist problematisch, die Demenz ist ein Tabu-Thema. In den Protokollen des deutschen Bundestages habe ich dieser Tage gelesen, dass ein Abgeordneter im Zusammenhang mit der Lösung eines Problems davon sprach: «Es ist wie ein Krebsgeschwür.»

Perspektiven der Eingliederungshilfe

Ulrich Krüger

Gerne spreche ich über die Perspektiven der Eingliederungshilfe – vor allem vor dem Hintergrund des ASMK-Prozesses¹, aber auch darüber hinaus. Leider musste der vorgesehene Referent kurzfristig aus gesundheitlichen Gründen absagen. Wir hatten Schwierigkeiten für dieses Thema einen Ländervertreter als Referenten zu gewinnen und waren froh, dass Niedersachsen zugesagt hat. Wenn ein Gesetzgebungsverfahren gerade in Arbeit oder im Beschlussverfahren ist, äußern sich die verantwortlichen Akteure meist nicht gerne öffentlich. Ich hatte jedoch Gelegenheit mich mit einem Mitglied der Bund-Länder-AG auszutauschen und hoffe daher, den aktuellen Stand der Entwicklung zu kennen.

Diese Tagung hat das Thema ›Partizipation und Teilhabe – gleichberechtigt mit-tendrin‹. Damit wird unser Programm ausgedrückt: Wir wollen mehr Partizipation und wir wollen mehr Teilhabe. Das ist das Anliegen. Vorherige Referenten sind auch auf die Themen eingegangen, die in diesem Zusammenhang brisant sind, so auch zuletzt Herr Borbé. Selbstbestimmung und Teilhabe passen gut zusammen. Man muss allerdings einräumen, dass unter Umständen Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe kollidieren können. Wenn sich Menschen selbst schädigen oder wenn sie krankheitsbedingt problematische Verhaltensweisen zeigen, kann das ihre Teilhabe in der Gesellschaft gefährden: die Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, die Wohnung, den Arbeitsplatz, die Freizeitgestaltung. Da dies an anderer Stelle thematisiert wurde und wird, will ich hier nicht erörtern, ob bzw. unter welchen Umständen hier Zwangsmaßnahmen hilfreich und ethisch geboten sind. Ich möchte allerdings klarstellen, dass jede Form von Zwang, z. B. wenn wir Menschen einsperren, eine Form von Exklusion darstellt. Dabei wird den betroffenen Menschen auch die Möglichkeit der Partizipation genommen. Wir nehmen ihnen die Möglichkeit, ihren eigenen Willen durchzusetzen. Solche Eingriffe in die Selbstbestimmung sind höchst brisant und sollten, wenn es irgend geht, vermieden werden. Dieses Thema hat in dieser Tagung bereits Raum bekommen und wird weiterhin behandelt.

Ich möchte mich jetzt mit anderen Formen der Exklusion und der fehlenden Partizipation befassen.

Das andere meines Erachtens numerisch gegenüber den Zwangsmaßnahmen sehr viel verbreitetere Phänomen ist die Exklusion durch unterlassene Hilfeleistung. Nach wie vor besteht in vielen Rechtsbereichen eine eklatante Benachteiligung von psychisch kranken Menschen. Dies führt dazu, dass psychisch kranke Menschen, die Unterstützung brauchen, gerade nicht frei über ihre Lebensweise entscheiden können.

1 ASMK = Arbeits- und Sozialministerkonferenz = offizielles Treffen der Arbeits- und Sozialminister der Länder

Sie haben zum Beispiel keine Entscheidungsmöglichkeit, wenn erforderliche Leistungen überhaupt nicht zur Verfügung gestellt werden. Oder die Hilfen werden nicht kostenfrei angeboten und stehen somit nur sogenannten Selbstzahlern offen. Wenn eine Lebensform, eine Form der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, nur mit Unterstützung möglich ist, bedeutet das Versagen erforderlicher Hilfen Exklusion und Einschränkung der Entscheidungsfreiheit.

Als erstes Beispiel möchte ich die Pflege erwähnen, hier auch im Laufe der Tagung schon ein paar Mal thematisiert. Die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit bezieht nur körperbezogene Leistungen ein. Pflegebedarfe, die aufgrund psychischer Krankheit entstehen, bleiben bei den Leistungen der Pflegekassen unberücksichtigt. Trotz langjähriger Vorarbeiten wurde noch kein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff beschlossen. Das heißt, dass Menschen, die wegen ihrer psychischen Erkrankung pflegebedürftig geworden sind, nach wie vor von pflegeversicherungsfinanzierten Leistungen ausgeschlossen sind. Was heißt das in der Konsequenz? In der Konsequenz heißt das, sie müssen, wenn der Hilfebedarf höher wird, in ein Heim gehen, wo dann die Sozialhilfe Zuzahlungen leistet, die ambulant nicht gewährt werden.

Was hat das mit Inklusion zu tun? Was hat das mit Teilhabe zu tun? Das ist praktisch vollzogene Exklusion durch unterlassene Hilfeleistung.

Der Hinweis auf die Pflege war nur der Anlauf zu meinem eigentlichen Thema. Denn im Bereich der Eingliederungshilfe sehen wir ebenfalls Regeln, die Exklusion und Einschränkung der Selbstbestimmung begünstigen.

Der erste Problempunkt ist, dass ein wesentlicher Teil der Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen aus der Sozialhilfe finanziert werden muss. Genauer ausgedrückt, werden erforderliche Unterstützungsleistungen zunächst einmal überhaupt nicht finanziert. Stattdessen müssen Menschen mit psychischer Erkrankung Geld aus eigenem Einkommen oder aus eigenem Vermögen aufbringen, um ihre notwendigen Hilfen finanzieren zu können. Nur wenn man mittellos ist, bekommt man staatliche Unterstützung. Das ist allerdings der Regelfall. Die Menschen werden nicht zuletzt deswegen arm und mittellos, weil sie die erforderlichen Hilfeleistungen zumindest langfristig nicht finanzieren können. Sie werden also eingliederungshilfebedürftig – hier sage ich noch einmal dieses alte Wort – und damit automatisch arm. Das nenne ich aktive Exklusion.

Es gibt im Bereich der versicherungsfinanzierten Leistungen, also in der Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch in der Arbeitslosenversicherung, in aller Regel zu wenige Leistungen für psychisch kranke Menschen. Insbesondere fehlen intensive und komplexe Hilfen im ambulanten Bereich. Im Krankenhaus und im Pflegeheim zahlen die Kassen noch einigermaßen hohe Tagessätze. Vergleichbare ambulante Leistungen gibt es kaum. Dies hat die Folge, dass psychisch kranke Menschen vermehrt stationäre Behandlung in Anspruch nehmen müssen und, wenn dies nicht mehr möglich ist, auf sozialhilfefinanzierte Leistungen angewiesen sind.

Aber auch innerhalb der Sozialhilfe werden die intensiveren Hilfen traditionell in Einrichtungen angeboten. Ambulante und teilstationäre Leistungen werden wesentlich schlechter bezahlt und stehen nicht überall zur Verfügung. Also müssen die

Menschen aus ihren bestehenden Lebensräumen heraus gehen um in stationären Einrichtungen die erforderlichen Leistungen zu erhalten. Sie müssen zum Beispiel in ein Heim ziehen. Auch hier ich sage wieder: Das ist, wenn jemand eine Wohnung mit vertrautem sozialen Umfeld hat, aktive Exklusion. Andere müssen, weil sie den Leistungsanforderungen an ihrem Arbeitsplatz nicht gewachsen sind, in eine Werkstatt für behinderte Menschen gehe: Exklusion, weil der Betrieb nicht flexibel genug ist oder dort erforderliche Unterstützung nicht angeboten werden kann.

Wir sehen daher auch im Bereich der Eingliederungshilfe ganz erheblichen Verbesserungsbedarf:

1. Hilfe zur Teilhabe, auch die Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, muss einkommensunabhängig gewährt werden, entweder steuerfinanziert oder versicherungsfinanziert.
2. Bei den Leistungen zur Teilhabe muss Wahlfreiheit ermöglicht werden, wo sie in Anspruch genommen werden. Es widerspricht dem Gebot der Selbstbestimmung und dem Anspruch auf Teilhabe, wenn ein psychisch kranker Mensch, in bestimmte Einrichtungen gehen muss, weil er die dort angebotene Hilfe nur dort erhalten kann.

Das ist die Grundhaltung, die wir personenzentriert nennen. Wir sind sehr erfreut, dass es im Bereich der Eingliederungshilfe seit einiger Zeit Bestrebungen zu einer grundlegenden Reform gibt, die einen Trendwechsel vorsieht, der genau in diese Richtung geht:

Zielsetzung und handlungsleitende Grundsätze der ASMK bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

- Stärkung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbsthilfepotentialen
- Orientierung der Hilfen am individuellen Teilhabebedarf
- Orientierung an persönlichen Bedürfnissen und Wünschen, nicht an Wohnformen
- Priorität der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Annäherung der Lebensbedingungen
- Einhaltung des Nachranggrundsatzes aus Sicht der Länder auch gegenüber anderen Leistungssystemen
- Zuständigkeit: Hilfen aus einer Hand für ambulante, stationäre und teilstationäre Leistungen
- Stärkung der Zivilgesellschaft und Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements

Im Konzept der ASMK zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe heißt es:

»Die Personenzentrierte Ausrichtung der Eingliederungshilfe verfolgt emanzipatorischen und bürgerrechtlichen Ansatz (UN-Konvention, Grundsätze SGB IX und XII, Grundrecht auf Gleichberechtigung)«.

Kernpunkt ist die Wahlfreiheit, wo und von wem die Leistung erbracht wird. Wahlmöglichkeit soll erhöht werden, indem Hilfeleistungen von Einrichtungstypen gelöst werden.

Ich möchte von den Inhalten der Reform nur zwei Aspekte ansprechen: Die Finanzierung der Leistungen und die Bedarfsfeststellung.

1. »Als personenzentrierte Hilfe konzentriert sich die Eingliederungshilfe auf die »reine« Fachmaßnahme; daneben werden innerhalb des Systems des SGB XII die existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich der Kosten der Unterkunft gewährt« (ASMK-Konzept)

Aktuell finanziert die Eingliederungshilfe im ambulanten Bereich nur die direkten Leistungen zur Teilhabe. Die Kosten für den Lebensunterhalt zahlt der Mensch mit Behinderung entweder selbst oder er erhält Grundsicherung nach SGB II oder SGB XII, wie bedürftige Menschen ohne Behinderung. Dagegen sind aktuell bei stationärer Eingliederungshilfe auch die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie der monatliche Barbetrag Bestandteil der Eingliederungshilfe. Das soll geändert werden, indem das im ambulanten Bereich bereits praktizierte System generalisiert wird. Eine Unterscheidung zwischen »ambulant«, »teilstationär« und »stationär« entfällt dann. Die Grundpauschale bei stationärer Eingliederungshilfe entfällt. Stattdessen erhalten auch Menschen in Einrichtungen Leistungen zur Unterhaltssicherung. Dieses sehr viel »normalere« System erleichtert ambulante Hilfen und stärkt die Position von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen. Auch die Letztgenannten erhalten Mietverträge und Geld für ihre Verpflegung, das sie nach eigener Entscheidung weiterreichen an den Einrichtungsträger.

2. Die ASMK betont die Steuerungsfunktion der Sozialhilfeträger. Ihnen obliege Hilfeplanung und Bedarfsfeststellung. Die Einbeziehung der anspruchsberechtigten Menschen mit Behinderung wird sichergestellt. Die Einbeziehung der Hilfeleister bleibt offen.

Bisher deutet wenig darauf hin, dass sie Sozialämter personell und fachlich in der Lage sind, alle Hilfeplanverfahren zeitnah und personenzentriert durchzuführen. Vielerorts erstellen daher vertraute und sozialpsychiatrisch kompetente Betreuungspersonen einen Hilfeplan, der dann mit dem Leistungsträger abgestimmt wird. Dieser Punkt ist in besonderem Maße strittig zwischen den Vertretern der Länder und der Verbände der Behindertenhilfe.

3. ASMK: »Die Abstimmung der angemessenen Leistungen/Hilfen nach Inhalt, Umfang, zeitlicher Dauer und Zeitpunkten findet in einer *Hilfeplankonferenz* statt. Alle in Betracht kommenden Leistungsträger sind zur Teilnahme an der Hilfeplankonferenz verpflichtet.«

Diese Perspektive ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Hilfeplankonferenz fördert Transparenz und Partizipation. Wenn es gelingt die Hilfeplanung Leistungsträgerübergreifend zu organisieren, wäre dies ein enormer Fortschritt.

Zum aktuellen Stand des Reformvorhabens: Es hat mehrfach Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz gegeben. Das ist die Konferenz in der sich alle

Arbeits- und Sozialminister der Länder mit dem Bundesarbeitsministerium treffen. In diesen Konferenzen ist jeweils einstimmig, d. h. 16 zu 0, beschlossen worden, die angesprochene grundlegende Reform der Eingliederungshilfe zu vollziehen. Das geschieht dann allerdings nicht auf Länderebene. Zuständig ist der Bund. Dieser ist aufgefordert worden, entsprechend tätig zu werden. Der Bund, bzw. das Arbeitsministerium, hat wiederholt seine Bereitschaft erklärt.

Die Eckpunkte der Reform stehen seit über einem Jahr fest. Zu diesem Zeitpunkt haben einige Länder die alte Forderung aktualisiert, dass sich der Bund an den Kosten der Eingliederungshilfe beteiligt oder diese sogar übernimmt. Da die Bundesregierung im Bundesrat die Zustimmung Länder zum Fiskalpakt erreichen wollte, gab sie den Ländern die Zusage, in die Kostenübernahme für Eingliederungshilfe einzusteigen. Im Moment tragen die Kommunen die Kosten der Eingliederungshilfe, weil diese der Sozialhilfe zugerechnet wird. Das sind zwar auch Steuergelder, aber man weiß ja, Bund und Kommune sind vollkommen unterschiedliche Ebenen und den Kommunen steht das Wasser finanziell bis zum Hals. Insofern eine bahnbrechende Entscheidung.

Das war eine Übereinkunft. Nicht eine einseitige Forderung. Die gute Übereinkunft, dass der Bund in die Förderung einsteigt. Das hatte allerdings die weniger erfreuliche Begleiterscheinung, dass damit der ASMK Prozess eine neue Dimension bekommen hat, die weit über das hinausging, was bisher besprochen worden war. Die bis dahin vorgelegten Entwürfe zur Eingliederungshilfe reform waren jetzt nicht mehr vorlagefähig.

Die Bundesbeteiligung bietet eine große Chance für die Weiterentwicklung der Hilfe zur Teilhabe. Allerdings haben diese Überlegungen zunächst einmal zu einem Zeitverzug geführt. Am 23. August 2012 hat ein sogenanntes Werkstattgespräch stattgefunden, in dem das Grundlagenpapier »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung« vorgelegt worden ist, das die Ergebnisse des bisherigen Prozesses zusammenfasst. Dieses Grundlagenpapier war wieder von allen Ländern beschlossen worden. Es ist erstaunlich und erfreulich, dass der Konsens der Länder sich als so tragfähig erweist.

Es gab nun die Überlegung, ob es noch eine Reform in der laufenden Legislatur geben kann? Vorstellbar war, dass man erst einmal eine sogenannte kleine Lösung wählt: eine Reform nur im SGB XII Bereich mit Einführung des personenzentrierten Ansatzes ohne gleichzeitige Regelung der Beteiligung des Bundes an den Kosten. Also nur Änderung des SGB XII, nicht des SGB IX. Denn zur Bundesbeteiligung sind noch diverse Klärungen erforderlich, so dass dies frühestens in der nächsten Legislatur verabschiedet werden kann.

Zu klären ist, wie hoch die Beteiligung des Bundes ausfällt und welche Konsequenzen für die sachliche Zuständigkeit daraus erwachsen.

Einige denkbare Varianten:

1. Eingliederungshilfe bleibt eine Form der Sozialhilfe. Die Kommunen bleiben sachlich zuständig, führen weiterhin die Antragsbearbeitung, klären Bedarfe und entscheiden. Der Bund erstattet die Kosten (ggf. anteilig). Regelung im SGB XII.

Das ist die von den Ländern favorisierte Lösung. Der Bund dürfte es allerdings ablehnen, sich finanziell von den Entscheidungen einer kommunalen Behörde abhängig zu machen. Er wird allenfalls einen Pauschalbetrag oder eine Kompensation leisten (höherer Anteil an irgendeiner Steuer). Das gefällt den Kommunen nicht, denn dann tragen sie weiter die Verantwortung für künftige Kostensteigerungen.

Wenn Eingliederungshilfe eine Sozialhilfeleistung bleibt, wird es vermutlich bei der Subsidiarität bleiben: eigenes Einkommen und Vermögen geht vor, Leistung nur bei Bedürftigkeit.

2. Eingliederungshilfe wird eine Leistung in Bundeszuständigkeit. Zur Antragsbearbeitung wird eine neue Bundesbehörde geschaffen (Bundesamt für Teilhabe). Regelung im SGB IX oder einem neuen SGB XIII. Hilfe zur Teilhabe könnte einkommensunabhängig geleistet werden oder als Mischlösung:
3. Wegen einer jeweils anteiligen Finanzierung durch Bund und Kommunen wird eine Behörde in Mischträgerschaft der Kommune und des Bundes geschaffen (Modell: Jobcenter). Regelung im SGB XII und SGB IX.

Eigentlich will niemand eine neue Behördenstruktur. In Variante 2 verlieren die Mitarbeiter der örtlichen bzw. überörtlichen Sozialhilfeträger ihre Aufgabe und müssten ggf. den Arbeitgeber wechseln. Das wird in Variante 3 Nur teilweise abgeschwächt. Die unklaren und vom Bundesverfassungsgerecht monierten Strukturen der ARGEn sind ein abschreckende Beispiel.

Änderungen der finanziellen Zuständigkeit werfen immer erhebliche Probleme auf. Ich hoffe sehr, dass diese zu Beginn der nächsten Legislatur gelöst werden können. Die dringend benötigte Reform der Eingliederungshilfe sollte nicht länger aufgeschoben werden. Aus meiner Sicht wäre es besser gewesen, die inhaltliche Reform zur personenzentrierten Hilfe schon in dieser Legislatur zu beschließen und die Kostenfrage abzutrennen. Dies ist jedoch anders entschieden worden.

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Selbsthilfe organisieren

Einleitung

Reinhart Peukert

Trotz der vielen parallel tagenden hoch interessanten Symposien für Tagungsteilnehmer, die beruflich in der Hilfe und Unterstützung kranker und behinderter Menschen tätig sind, kamen viele von ihnen in diese Arbeitsgruppe, denn die Kombination der Referentinnen und Referenten versprach offensichtlich einen regen Gedankenaustausch – und diese Erwartung wurde nicht enttäuscht!

Sehr schnell wurden die Grenzen des im Programm ausgedruckten Themas überschritten, und im Überblick über alle sechs unten abgedruckten Beiträge gewinnt man einen deutlichen Zuwachs an Kompetenz, die personelle sowie organisatorische Breite und die inhaltliche Tiefe der Gesundheitsselfhilfe zu beurteilen.

Selbsthilfe ist Vielfalt

In seinem Einstiegsreferat legt Andreas Renner die Grundlagen für die Diskussion, u.a. mit der Definition, was unter Gesundheitselfhilfe zu verstehen sei und welchen Umfang sie bis heute angenommen hat: Gesundheitselfhilfe ist die Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Gesundheitselfhilfe ist die Entwicklung von kollektiven Erfahrungen und Kompetenzen. Sie ist dabei Begleitung, Erfahrungsaustausch, Information, Beratung, Angebote, Einrichtungen und wird von betroffenen Menschen gesteuert. Es gibt aktuell ca. 250 bundesweite Selbsthilfeorganisationen, Mitgliederzahlen zwischen 50 und 250.000 Personen, ca. 50.000 Selbsthilfegruppen, Größenordnungen von unter 10 bis zu 300 Personen und ca. 2.000.000 Mitglieder.

Die Komplexität der Selbsthilfebewegung wird in deren organisatorischen Vielfalt deutlich; so gibt es vertikal neben den lokalen Selbsthilfegruppen Landesorganisationen und Bundesorganisationen. Von der Teilnehmerstruktur her lassen sich Betroffenenorganisationen von Eltern- und Angehörigen-Organisationen unterscheiden; schon seit Jahren stärken die Selbsthilfegruppen ihren Einfluss durch die Bildung von örtliche Arbeitsgemeinschaften sowie Landesarbeitsgemeinschaften.

Selbsthilfe ist kompetent und leistungsfähig

In der Frage, was die besondere Kompetenz und Leistungsfähigkeit der Selbsthilfe betrifft, unabhängig davon, in welcher Organisationsform und auf welcher Ebene sie sich präsentiert, waren sich alle Anwesenden einig:

Kompetenz und Leistungsfähigkeit beruhen auf der gemeinsamen Verarbeitung der eigenen Betroffenheit, in der sich verallgemeinerbare Erfahrungen herausbilden, die vornehmlich in zwei Richtungen wertvoll eingesetzt werden können:

- in der Hilfe zur Verarbeitung des Erlebens von gleichfalls Betroffenen (in den vielfältigen Formen der Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen sowie in den Gruppentreffen – in gegenseitiger Unterstützung und Hilfe auf gleicher Augenhöhe (Wiebke Schneider).
- in der Unterstützung der jeweiligen Hilfesysteme, wirksame Versorgungsstrukturen zu implementieren (durch die Beteiligung an fachlichen und (sozial-)politischen Gremien, in denen die Bedürfnisse, der Bedarf und die Ziele deutlich artikuliert werden).

Selbsthilfe und halbherziger Trialog

Einen lebhaften Einblick in die Beteiligung an einem fachlichen Gremium gibt Dietmar Geissler, der als Betroffener an der Erarbeitung der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen in der Rolle des Vertreters der Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) beteiligt war. Er führt auch einen Begriff ein, der in der Selbsthilfe im Umfeld Psychiatrie einen hohen Stellenwert einnimmt, den Trialog:

»Trialog«

meint die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Betroffenen/Patienten und Behandlern sowie das selbstverständliche Einbeziehen der Angehörigen, auf Augenhöhe.

Betroffene sind die Experten in eigener Sache.

Er verdeutlicht nachdrücklich, dass sich der Trialog nicht auf die Beteiligung an versorgungspolitischen Debatten etc. reduzieren darf; vielmehr stellt er die herausragende Rolle des Trialogs im konkreten Behandlungssetting heraus – was in die S3-Leitlinie Eingang gefunden hat, aber leider (noch) nicht in die Behandlungspraxis. »Die Erfahrungen mit der Leitlinie sind in der Praxis aus Sicht Betroffener noch recht dürftig. Meinen Hausarzt habe ich darauf angesprochen und werde das auch wieder tun, da er sie nicht kannte« – und damit zeigt er, wie Leitlinien ‚in Selbsthilfe‘ genutzt werden können.

Teilnehmer des Symposiums konnten nur bestätigen: es gibt eine drastische Kluft zwischen trialogisch besetzten Gremien und der gleichberechtigten Beachtung der Wünsche und Interessen der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen, insbesondere im Behandlungsalltag; hier weiter zu kommen ist eines der gemeinsamen Ziele der Selbsthilfe im Bereich Psychiatrie.

Von der Suchtselbsthilfebewegung lernen?

Wiebke Schneider gibt einen kompakten Einblick in die Entwicklung und den Stand der Suchtselbsthilfebewegung, die wohl aufgrund ihrer langen Tradition als »die Mutter der Gesundheitsselbsthilfe« bezeichnet werden kann (Frau Schneider selbst spricht vom »bewährten Modell«).

Wie ihr Beitrag zeigt, ist der Suchtselbsthilfe längst gelungen, wohin sich die Selbsthilfe im Umfeld der Psychiatrie auf den Weg gemacht hat:

- in der Suchtselbsthilfe sind ehemals Süchtige längst als wertvolle Helfer anerkannt und unverzichtbar, im Umfeld der Psychiatrie kämpft die Ex-Inn-Bewegung nach wie vor um Anerkennung (siehe in diesem Band den Beitrag »Ex-Inn-Projekte« von Jörg Utschakowski)
- die Suchtselbsthilfeverbände haben zum einen die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen als Dachorganisation gegründet, zum anderen werden seit Jahren gemeinsame Projekte auf Landes- und kommunaler Ebene gemeinsam durchgeführt.

Der Selbsthilfe mehr Gehör verschaffen I

Die Tendenz, die eigene Durchschlagskraft durch wahrnehmbare Kooperationen in Form gemeinsamer Aktivitäten zu stärken, findet sich allerdings auch in der Selbsthilfe im Bereich Psychiatrie. So hat die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie, der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, die Initiative ergriffen und mit den Selbsthilfegruppen unterschiedlicher Indikationen, die im »Selbsthilfenetz Psychiatrie« kooperieren, die Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen erarbeitet. (Siehe hierzu den Beitrag von Gudrun Schliebener).

Die Breite der Haltungen in der Selbsthilfebewegung

Von dieser primären Orientierung auf eine Verbesserung des Versorgungssystems hebt sich das Selbstverständnis der Selbsthilfe aus Sicht des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener ab, wie Jurand Daszkowski hervorhebt: »Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener betrachtet sich als politische Selbsthilfe und gleichzeitig Interessenvertretung von Psychiatrie erfahrenen Menschen. In diesem Sinne geht er mit ihren Aktivitäten weit über das übliche Interessensgebiet einer Selbsthilfeorganisation hinaus«.

Der BPE als »psychiatriekritisch motivierter Teil der Selbsthilfe« ist nicht nur politisch unterwegs, sondern hat längst begonnen, in Selbsthilfe Alternativen zu schaffen: Krisenbegleitung in den Weglaufhäusern und im Verwandten- und Freundeskreis; außerdem sieht er mit der UN-Behindertenrechtskonvention einen Schub hin zu realistischen Zielen, um die zu kämpfen sich lohne: um Selbstbestimmung und Autonomie, sowie für die Einschränkung des Zwangs in der Psychiatrie. Mit dieser Haltung nimmt der BPE eine Position ein, die sich von vielen anderen Selbsthilfeorganisationen abhebt. Frau Lisofsky vom Angehörigenverband verweist auf die Breite des Orientierungsspektrums der Selbsthilfegruppen und -Organisationen im Bereich Psychiatrie, von Anti-Psychiatrie bis hin zu hochgradig mit dem Medizinsystem kooperationswilligen Organisationen. Sie sieht darin *einen* der Gründe für die »bisher nur recht wenige(n) Strukturen

der organisierten Selbsthilfe« im Bereich Psychiatrie, trotz der hohen Anzahl unmittelbar Betroffener und deren Familien.

Der Selbsthilfe mehr Gehör verschaffen II

Um der nur lückenhaften Vernetzung zu begegnen und da »die unüberhörbare Stimme der Selbsthilfe für ihre Ziele und Forderungen« nach wie vor fehle (B. Lisofsky), startete der Angehörigenverband den Versuch, die Selbsthilfe in diesem Bereich »von unten her« mit den modernen Kommunikationsmitteln voran zu bringen: durch die Einrichtung einer internetbasierten Plattform, an der sich alle Interessierten beteiligen können (siehe unten).

Auch in der Selbsthilfe: »Ohne Moos nichts los?«

Beate Lisofsky und Jurand Daszkowski sprechen auch die Sorgen aller Selbsthilfegruppen und -organisationen an: die chronische Unterfinanzierung, trotz der Verankerung einer Förderung im § 20 c SGB V.

Alle Teilnehmenden des Symposiums sind sich einig:

Die herausragende gesundheitsbezogene und gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe erfordert zwingend eine kontinuierliche Finanzierung der öffentlichen Hand, um das organisatorische Gerüst sicherzustellen, ohne das die Selbsthilfe ihr positiven Wirkungen nur schwerlich aufrecht erhalten, geschweige denn weiterentwickeln kann.

Jurand Daszkowski ergänzt:

1. um ihre gesellschaftlich bedeutsame Rolle wahrnehmen zu können benötigen Verbände wie der PPE auch professionelle Hilfe, z. B. juristische;
2. eine ausreichende Sockelfinanzierung vorausgesetzt könnten Selbsthilfeorganisationen wie der BPE auch Arbeitsplätze für Psychiatrie-Erfahrene schaffen (so wie es einige Landesverbände der Angehörigen realisieren konnten, die eine Landesförderung erhalten).

Abschließend sind sich alle Teilnehmenden in einem weiteren Punkt einig:

Trotz mangelnder Finanzierung hat auch die Selbsthilfe im Bereich Psychiatrie schon viel erreicht – und es gibt noch viel zu tun.

Selbsthilfe ist Vielfalt – in Breite und Tiefe

Gesundheitsselbsthilfe - Grundlagen, Herausforderungen, Ressourcen

Andreas Renner

Bei der Jahrestagung 2012 der AKTION »PSYCHISCH KRANKE« hat sich die AKTION »PSYCHISCH KRANKE« speziell mit der Bedeutung der Selbsthilfe für den Bereich der psychische Krankheiten befasst und zwei Symposien mit dem Thema »Selbsthilfe organisieren« vorbereitet und die BAG SELBSTHILFE zu einem einführenden Beitrag zu einigen grundlegenden Aspekten der Selbsthilfe eingeladen.

Wir wollen dabei zunächst an eine frühere Veröffentlichung der »AKTION PSYCHISCH KRANKE« anknüpfen. In der Caspar Kulenkampff gewidmeten Veröffentlichung der Jahrestagung 2000 zu 25 Jahren Psychiatrie-Enquete hat Dr. Diether Bischoff vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker einige grundlegende Aussagen zur Selbsthilfe getroffen. Selbsthilfe bestimmte sich nach Bischoff durch fünf grundlegende Charakteristika:

- (a) Betroffenheit,
- (b) Gegenseitigkeit,
- (c) Wahlfunktionen,
- (d) unentgeltliche Aktivitäten sowie
- (e) durch Unabhängigkeit von Wohlfahrtsverbänden und Fachleuten¹.

Diese Charakteristika haben auch im Jahr 2012 grundsätzlich Geltung. Um den Stand der Gesundheitsselbsthilfe im Jahr 2012 präziser zu beschreiben, wollen wir drei Sachverhalte skizzieren. Wir wollen einige Ausführungen zu den Grundlagen der Selbsthilfe formulieren. Es sollen dann die aktuellen Herausforderungen an die Gesundheitsselbsthilfe beschrieben werden, und schließlich werden einige Ressourcen benannt, die für Wirkungen und Erfolg der Gesundheitsselbsthilfe wichtig sind.

Grundlagen

Für das Verständnis der Gesundheitsselbsthilfe sind zunächst einige Begriffsbestimmungen hilfreich.

Als Gesundheitsselbsthilfe bezeichnen wir die Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen.

In der Gesundheitsselbsthilfe finden sich Menschen aufgrund einer konkreten Thematik zusammen. Dieses Zusammentreffen ist freiwillig, obwohl die zugrundeliegende Thematik nicht freiwillig gewählt und immer sehr ernsthafter Natur ist.

In der Gesundheitsselbsthilfe treffen sich Menschen, die sich mit »ihrem Schicksal« nicht abfinden wollen. Das in den Medien häufig dargestellte Bild der Gesundheitsselbsthilfe als Ort an dem Menschen ihre Schicksale gemeinsam beklagen, ist grundsätzlich nicht zu finden.

1 BISCHOFF 2001

Gesundheitsselbsthilfe umfasst dabei unterschiedliche Aktivitäten: die Begleitung von chronisch kranken oder behinderten Menschen oder den Erfahrungsaustausch zwischen diesen Menschen. Gesundheitsselbsthilfe gibt Information und vermittelt Beratung zu diesen Themen. Gesundheitsselbsthilfe entwickelt aber mittlerweile auch praktische Angebote und hält Einrichtungen für die betroffenen Menschen vor. Und Gesundheitsselbsthilfe steht für die Vertretung der Interessen betroffener Menschen und ist im Sinne der betroffenen Menschen auch umfassend politisch aktiv.

Ein unverwechselbares Kennzeichen ist: Gesundheitsselbsthilfe wird immer von betroffenen Menschen² gesteuert.

Gesundheitsselbsthilfe steht dabei für die Entwicklung von kollektiven Erfahrungen und Kompetenzen auf dem Hintergrund der jeweils individuellen Erfahrungen, die in die Beteiligung an der Gesundheitsselbsthilfe eingebracht werden.

Ein weiteres entscheidendes Kennzeichen ist deshalb: Gesundheitsselbsthilfe ist der untrennbare Zusammenhang von betroffenen Menschen, von Selbsthilfegruppe und Selbsthilfeorganisation.

Diesen komplexen Zusammenhang wollen wir als »setting« beschreiben, d. h. mit einem Begriff kennzeichnen, mit dem in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion das Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung erläutert wird. Wir wollen diesen Begriff für die Beschreibung der Gesundheitsselbsthilfe nutzen und verschiedene Aspekte von Gesundheitsselbsthilfe herausarbeiten, die das Verständnis für die Gesundheitsselbsthilfe erleichtern.

Zahlenmäßig lässt sich das Setting Gesundheitsselbsthilfe wie folgt skizzieren:

Die Gesundheitsselbsthilfe umfasst ca. 1.000 Indikationen³.

Es gibt gegenwärtig ca. 250 bundesweite Selbsthilfeorganisationen, die Mitgliederzahlen haben, die zwischen 50 und 250.000 Personen liegen⁴.

Es gibt ca. 50.000 Selbsthilfegruppen, die Größenordnungen von vier bis fünf beteiligten Personen bis zu 300 Personen haben.

In Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen sind ca. 2.000.000 Mitglieder organisiert.

Inhaltlich lässt sich das Setting Gesundheitsselbsthilfe wie folgt beschreiben⁵. Dazu gehören Menschen mit

- geistigen Behinderungen (kognitiven Beeinträchtigungen),
- körperlichen Behinderungen,

2 Die Fragestellung, ob Angehörige in der Gesundheitsselbsthilfe als »Betroffene« zu verstehen sind, ist seit etlichen Jahren klar: Angehörige von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sind auch betroffen.

3 Die Zahl der Indikationen bezieht sich nicht auf die überhaupt unterscheidbaren Indikationen, sondern auf die durch Selbsthilfeorganisationen abgedeckten Indikationen.

4 Die hier genannten Zahlen liegen unter den Zahlen, die in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion immer wieder genannt werden. Wir gehen davon aus, dass die Bedeutung der Gesundheitsselbsthilfe sich nicht nur aus möglichst hohen Zahlen ergibt.

5 Auch diese Unterscheidungen sind sicher diskussionsfähig. Ziel ist es die unterschiedlichen Gegebenheiten zu veranschaulichen, die mit unterschiedlichen Indikationsbereichen verbunden sind.

- seelischen Behinderungen,
- Sinnesbehinderungen,
- Menschen mit verbreiteten chronischen Erkrankungen,
- mit psychischen Erkrankungen,
- mit seltenen chronischen Erkrankungen oder
- mit Suchterkrankungen.

Besonders wichtig ist, zu verstehen, dass diese unterschiedlichen Indikationsbereiche und Erfahrungsbereiche dazu führen, dass das Setting Gesundheitsselbsthilfe auch strukturell sehr unterschiedlich ist. Wir unterscheiden:

- Selbsthilfegruppen mit örtlicher oder regionaler Ausbreitung,
- Landesorganisationen der Gesundheitsselbsthilfe,
- Bundesorganisationen der Gesundheitsselbsthilfe,
- Organisationen, die ausschließlich betroffene Menschen organisieren,
- Eltern- und Angehörigen-Organisationen,
- Örtliche Arbeitsgemeinschaften von Selbsthilfegruppen,
- Landesarbeitsgemeinschaften von Selbsthilfeorganisationen sowie
- leitbildprägende Organisationen vor allem aus dem Bereich behinderter Menschen.

In diesem Zusammenhang ist schließlich wichtig, dass es traditionell vor allem im Bereich der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen anonym agierende Gruppen gibt. Diese Aktivitäten sind im Suchtbereich sehr bedeutsam und beziehen sich auf verschiedene Indikationsbereiche. Und auch im Bereich der psychischen Erkrankungen sind die mit Anonymität verbundenen Aspekte der Vertraulichkeit und des Schutzes von Personen von hoher Bedeutung.

Es gilt aber auch, dass für die Wirkung der Gesundheitsselbsthilfe vor allem Öffentlichkeit und Transparenz wichtig sind.

Dies wird auch erkennbar an der Entwicklung der verschiedenen Begründungen für die Gesundheitsselbsthilfe.

Insbesondere in Zeiten der Gesundheitsbewegung der 70er Jahre war die Legitimation der Gesundheitsselbsthilfe durch die Betroffenheit von Menschen ausreichend gewährleistet.

Erst in den letzten Jahrzehnten ist deutlich geworden, dass die Gesundheitsselbsthilfe auch eine Legitimation durch demokratische Organisationsprinzipien benötigt. Damit bedeuten die Wahlen in den Vereinen der Gesundheitsselbsthilfe eine Ausweitung der Legitimation und auch einen Schutz der in der Gesundheitsselbsthilfe aktiven Personen⁶.

In den letzten Jahren ist durch verschiedene Entwicklungen, wie die zunehmende Einbeziehung der Gesundheitsselbsthilfe in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse, sowie die Ausweitung der Ansprüche betroffener Menschen an die Arbeit

6 Vgl. dazu DANNER u. a. 2009

der Gesundheitsselbsthilfe, eine Legitimation durch entsprechende Kompetenzen – durch Gesundheitskompetenz – erforderlich geworden.

Hier wird deutlich, dass sich die von Diether Bischoff beschriebene Situation der Gesundheitsselbsthilfe grundlegend weiter entwickelt hat.

Herausforderungen an die Gesundheitsselbsthilfe

Wir sehen für die Gesundheitsselbsthilfe verschiedene Herausforderungen.

Mit der Beteiligung an fachlichen und politischen Gremien zur Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung hat sich die Gesundheitsselbsthilfe deutlich verändert. Hier ist zunächst deutlich zu machen, dass im Zusammenhang dieser Beteiligung eine intensive Forderung nach Qualifizierung entstanden ist. So gibt schon allein die Komplexität der Strukturen der gesundheitlichen Versorgung eine hinreichende Begründung nach Ausbildung einer entsprechenden gesundheitspolitischen Kompetenz in den verschiedenen Strukturen der Gesundheitsselbsthilfe.

Hinzu kommt der damit verbundene Bedeutungsgewinn fachlicher Problemlösungen. Besonders hervorzuheben ist hier z. B. die in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses erhobene Anforderung nach evidenz-basierten Therapiekonzepten. Diese Anforderungen unterscheiden sich deutlich von der erfahrungsbezogenen Betroffenenkompetenz in der Gesundheitsselbsthilfe und heben damit die fachliche Ausrichtung hervor.

Dies führt dann auch zu einer Ausdifferenzierung der Anforderungen der betroffenen Menschen an die Gesundheitsselbsthilfe hinsichtlich von Informations- und Beratungsbedarfen. Dies bedeutet zunächst eine stärkere Präzisierung der Anforderungen der betroffenen Menschen. Hinzu kommt eine stärkere Nutzenorientierung dieser Anforderungen, in der weniger der Austausch in der Gesundheitsselbsthilfe bedeutsam ist. Und schließlich sehen wir eine Ausweitung der Daten und Informationen über Behinderungen und Erkrankungen, die für die Arbeit der Gesundheitsselbsthilfe wichtig ist. Diese Herausforderungen werden häufig mit der Kategorie »Professionalisierung« belegt.

Eine weitere Herausforderung sehen wir schließlich noch in der Nutzung des guten Rufes der Gesundheitsselbsthilfe durch verschiedene Akteure, Berufsgruppen und Interessengruppen. Hier wird in den Medien zu allererst immer die Pharmaindustrie benannt, die natürlich die Konsumentenrolle der betroffenen Menschen besonders anspricht. Wir bemerken aber zunehmend auch ein Interesse von Einrichtungen und Berufen an den Fähigkeiten, Kenntnissen und vor allem Zugängen der Gesundheitsselbsthilfe zu den unterschiedlichen Themen und Indikationsbereichen. Die in den letzten Jahren entwickelten Gesundheitskompetenzen sind hier hervorzuheben. Auch für die erfolgreiche Nutzung fachlich begründeter Therapiekonzepte ist die Einbeziehung der lebensweltlichen Kompetenz der betroffenen Menschen sehr erfolgversprechend.

Und schließlich ist auch die Nutzung des guten Rufes der Gesundheitsselbsthilfe wichtig. Hier sind über Kooperationen vor allem Krankenkassen, aber auch

Wohlfahrtsverbände daran interessiert, ihr eigenes Image durch Kooperationen mit der Gesundheitsselfhilfe zu verbessern. Das von Diether Bischoff genannte Kriterium »Unabhängigkeit von Wohlfahrtsverbänden und Fachleuten« hat deshalb an Bedeutung eher gewonnen.

Ressourcen

Bezogen auf die Ressourcen der Gesundheitsselfhilfe wird vielfach sofort darauf hingewiesen, dass die vielfältigen Anforderungen der Gesellschaft an das bürgerschaftliche Engagement in der Gesundheitsselfhilfe natürlich einen Bedarf an finanzieller Unterstützung der Gesundheitsselfhilfe implizieren. Und hier ist ein hoher Bedarf festzustellen⁷.

Hier sollen aber die Ressourcen behandelt werden, die von den Menschen in der Gesundheitsselfhilfe mitgebracht werden.

Erfahrungen

Hier ist zunächst der Bereich der persönlichen Erfahrungen zu nennen, die von betroffenen Menschen in die Aktivitäten der Gesundheitsselfhilfe eingebracht werden. Dies ist in den 70er und 80er Jahren zunächst mit dem Begriff »Laienpotential« beschrieben worden⁸. Dieser Begriff hat sehr deutlich formuliert, dass auch im Hinblick auf die Lebenssituation behinderter und chronisch kranker Menschen deren unmittelbare Erfahrungen häufig für eine erfolgreiche Bewältigung ihrer Probleme nicht zu ersetzen sind.

Die für eine erfolgreiche Bewältigung der Probleme nicht zu ersetzenden fachlichen Konzepte der Berufsgruppen in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung können vielfach erst dann wirksam werden, wenn die Lebenssituation der betroffenen Menschen – deren Laienkompetenz – wirklichkeitsnah in das Behandlungsgeschehen einbezogen ist, wenn betroffene Menschen ernst genommen werden und die Berufsgruppen auch Respekt vor den betroffenen Menschen haben.

Engagement

Ein weiterer wichtiger Bereich von Ressourcen der Gesundheitsselfhilfe ist das bürgerschaftliche Engagement der in der Gesundheitsselfhilfe aktiven Menschen.

Es ist klar, dass in der Gesundheitsselfhilfe auch eine ganze Anzahl hauptamtlich tätige Menschen beschäftigt wird. Es ist selbstverständlich, dass die Arbeit in

7 Dieses Thema wurde auf der Jahrestagung der »AKTION PSYCHISCH KRANKE« von Frau Lisofsky vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker behandelt. Bei der Darstellung der Ressource »Engagement« wird deutlich, dass das Kriterium »unentgeltlich« von Diether Bischoff allerdings immer noch von entscheidender Bedeutung ist.

8 Vgl. dazu Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe 1987.

Organisationen der Gesundheitsselfbsthilfe mit einer größeren Zahl von Mitgliedern⁹ tatsächlich eine hauptamtliche Befassung notwendig macht. Die weit überwiegende Zahl der Aktiven in der Gesundheitsselfbsthilfe ist aber ehrenamtlich tätig. Die Kraft der Gesundheitsselfbsthilfe kommt aus dem ehrenamtlichen Engagement ihrer Mitglieder. Dabei ist eines wichtig: Gesundheitsselfbsthilfe ist grundsätzlich ein Engagement für andere Menschen.

Häufig wird dargestellt, dass das Engagement in der Gesundheitsselfbsthilfe in Zeiten der Kosteneinsparung eine »Lückenbüßerfunktion« habe. Wir halten diese Darstellung nicht für zutreffend. Das Engagement in der Gesundheitsselfbsthilfe ist für eine Lückenbüßerfunktion nicht geeignet, denn die Gesundheitsselfbsthilfe befasst sich mit Feldern die von Fachleuten und Einrichtungen aus sich heraus nicht übernommen würden.

Gesundheitskompetenz

Ein typisches Beispiel für die Besonderheiten des Engagements in der Gesundheitsselfbsthilfe liegt darin, dass Menschen ihre individuellen Erfahrungen in die verschiedenen Arbeitsfelder einbringen. Mit der Befassung dieser Erfahrungen und vor allem in der Auseinandersetzung zu diesen Erfahrungen mit anderen Betroffenen werden diese individuellen Erfahrungen zu kollektiven Erfahrungen und kollektiver Kompetenz. Diese Betroffenenkompetenz wird in systematische Beratungs- und Begleitungskonzepte der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen eingebracht. Und wir haben schon angesprochen, dass die früher ausreichende Bedingung »Betroffenheit« heute nicht mehr hinreichend ist. Es ist auch eine spezielle Kompetenz für die erfolgreiche Arbeit unerlässlich.

Fazit

Die Gesundheitsselfbsthilfe hat sich in den letzten Jahren erfolgreich in die gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Diskussionen eingebracht. Es ist deutlich geworden: Der erfolgreiche Umgang mit den Themen behinderter und chronisch kranker Menschen setzt einen respektvollen Umgang mit den betroffenen Menschen voraus und kann die Potenziale nutzen, die von diesen Menschen entwickelt worden sind.

Literatur

- BISCHOFF, D. (2001): Selbsthilfe im psychiatrischen Geschehen, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.), 25 Jahre Psychiatrie Enquete, S. 268–275, Bonn
- DANNER, M./NACHTIGÄLLER, Chr./RENNER, A. (2009): Entwicklungslinien der Gesundheitsselfbsthilfe, in Bundesgesundheitsblatt, 1/2009, S. 3–10
- Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfbsthilfe (Hg.) (1987): Gesundheitsselfbsthilfe und professionelle Dienstleistungen, Berlin

9 Vgl. dazu die Zahlen im Abschnitt »zahlenmäßige Sachverhalte« im Setting Gesundheitsselfbsthilfe.

Zusammenarbeit mit Profis - Dialog in der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.

Dietmar Geissler

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) ist ein Bundesverband der Betroffenen, deren Angehörigen und Professionellen und wurde 1999 als gemeinnütziger Verein ins Leben gerufen. Die DGBS ist die erste krankheits-spezifische Fachgesellschaft im Bereich der Psychiatrie, die sich bewusst dialogisch (s. Beitrag von Thomas Bock in diesem Band) organisiert. Sie gibt eine dialogische Zeitschrift »InBalance« (Psychiatriverlag) heraus, die sich bewusst an alle drei Gruppen wendet und gezielt den Diskurs zwischen Wissenschaft und Anwendung fördern will. In den Leitlinien wird dem Thema Dialog ein eigenes Kapitel gewidmet. Warum hat der Dialog im Bereich der Bipolaren Störungen offenbar eine besondere Bedeutung? Der besondere Anspruch an gleichberechtigte Begegnung wird mehrfach begründet – mit den besonderen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten sowie mit der besonderen Not und Bedeutung der Angehörigen: und das aus mehreren Gründen. Zum einen sind Bipolare Patienten prädestiniert für den Dialog:

- Sie sind überdurchschnittlich sensibel, geradezu dünnhäutig
- Sie verfügen phasenabhängig über reflexive Möglichkeiten und soziale Kompetenzen
- Sie sind aufgrund ihrer krankheitsspezifischen Störung des Selbstwertgefühls besonders sensibel und dankbar für respektvollen Umgang
- Die Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstmanagement hat eine hohe prognostische Bedeutung (s.u.).
- Auch bipolare Störungen verlaufen wie Psychosen sehr vielfältig und individuell verschieden.

Bipolare Patienten scheinen aufgrund ihrer Sensibilität für Selbstwertfragen und einen respektvollem Umgang besonders gut auf eine solche Behandlungskultur anzusprechen. (LL S. 19)

Zum anderen sind auch die Angehörigen von bipolaren Patienten in besonderer Weise beteiligt, betroffen und ihr Rückhalt besonders wichtig:

- Häufiger gibt es nicht nur eine Ursprungsfamilie, sondern auch eine eigene Familie; häufiger sind nicht nur Eltern und Geschwister, sondern auch Partner und eigene Kinder beteiligt.
- Durch den Wechsel und die Spannweite der Phasen ist die auch Belastung für die Angehörigen besonders ausgeprägt.
- Zugleich ist der Beistand durch die Angehörigen ein wesentlicher Prognosefaktor.
- Die Einbeziehung der Angehörigen ist also im doppelten Interesse von Patienten und Angehörigen besonders wichtig und ihr Ausklammern (fast) einem Kunstfehler gleichzusetzen.

»Auf der professionellen Seite setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass es hilfreich und letztlich sogar notwendig ist, nicht nur über, sondern mit den betroffenen Patienten und Angehörigen zu reden und sie als Experten aufgrund der eigenen Betroffenheit ernst zu nehmen und als gleichwertige Partner zu respektieren. Im Zusammenhang mit bipolaren Störungen hat der Anspruch des Trialogs, auf Augenhöhe zu verhandeln und Angehörige selbstverständlich einzubeziehen, eine besondere Berechtigung: es gibt viele Angehörige – aus Primär- und Sekundärfamilie – die durch die Spannweite der Phasen oft stark involviert und belastet sind« (LL S. 19).

Im Folgenden werden die Empfehlungen der Leitlinien zum Trialog dargestellt sowie wesentliche Kapitel unter dem Aspekt des Trialogs diskutiert.

Kern-Aussagen der Leitlinien zum Trialog

Im Folgenden werden einige Kernpassagen der Leitlinien zum Trialog (LL) dargestellt – im Hinblick auf Behandlung, Fortbildung, Partizipation sowie Information und Selbstmanagement:

Zum Trialog in der Behandlung:

- *Inzwischen steht der Begriff »Trialog« für eine selbstverständliche, gleichberechtigte Zusammenarbeit von betroffenen Patienten, Angehörigen und Professionellen. Betroffene Patienten sind »Experten in eigener Sache«, Angehörige haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung, und professionell Tätige verfügen über das therapeutische Know-how. Diese Kompetenzen gilt es durch den Trialog gemeinsam zu nutzen. Der Trialog zwischen den beteiligten Gruppen ist aus der modernen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken. (LL S.19)*
- *Wenn es gelingt, eine möglichst gleichberechtigte Behandlungsbeziehung zu etablieren und Angehörige möglichst selbstverständlich einzubeziehen, können individuelle und familiäre Ressourcen besser genutzt werden. Ein günstiger Krankheitsverlauf wird wahrscheinlicher, u. U. auch im Sinne einer Bereitschaft bzw. Fähigkeit, »gesund mit Krankheit zu leben«. ... Wenn es gelingt, eine möglichst gleichberechtigte Behandlungsbeziehung zu etablieren und Angehörige möglichst selbstverständlich einzubeziehen, können individuelle und familiäre Ressourcen besser genutzt werden. Ein günstiger Krankheitsverlauf wird wahrscheinlicher, u. U. auch im Sinne einer Bereitschaft bzw. Fähigkeit, »gesund mit Krankheit zu leben«. (LL S. 19)*

Statement zum Trialog in der Behandlung

(1) Im Rahmen der Behandlung der bipolaren Störung ist die trialogische Zusammenarbeit besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen betroffenen Patienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie Behandlern, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken

sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. (LL S. 20)

Zur Fortbildung

- *Dialogisches Handeln setzt eine Beziehungskultur und wechselseitigen Respekt von betroffenen Patienten, Angehörigen und professionellen Helfern voraus. Dies weiter zu fördern ist Aufgabe von dialogischen Foren, Fortbildungen und Tagungen. In professionellen Fortbildungen verdient der dialogische Aspekt noch mehr Berücksichtigung und die direkte Beteiligung engagierter Betroffener und Angehöriger sollte selbstverständlicher sein.*
- *Die gemeinsame Aufklärungs- und Anti-Stigma-Arbeit hat dabei eine besondere Bedeutung. Medizinische Fehleinschätzungen und gesellschaftliche Vorurteile stehen ebenso im Zusammenhang wie allgemeine Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. Je mehr es gemeinsam gelingt, gesellschaftliche und individuelle Ängste und Vorurteile zu reduzieren, desto leichter ist es auch, angemessene Hilfe in Anspruch zu nehmen und zu fordern, desto größer wird auch der Spielraum für dialogisches Handeln im psychiatrischen Alltag. (LL S. 21)*

Statement zum Dialog in der Fortbildung

(2) In professionellen Fort- und Weiterbildungen soll der dialogische Aspekt besonders berücksichtigt werden. Die direkte Beteiligung engagierter Betroffener, Angehöriger und anderer Bezugspersonen soll selbstverständlich sein. (LL S.21)

Zum Dialog in der Partizipation

Neben dem Ansatz des Selbstmanagements (s.u.) findet zunehmend auch das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (engl.: shared decision making) Beachtung (BÜCHI et al. 2000, DIERKS et al. 2001, KLEMPERER 2003), das auf der Grundlage einer gleichberechtigten Kommunikation die gemeinsame Entscheidungsfindung von Behandler und Patient beinhaltet. ... Dafür ist von Seiten des professionellen Helfers Transparenz und von Seiten des Patienten Krankheitseinsicht und die Bereitschaft zu kritischer Selbstbeobachtung notwendig. (LL S. 22)

Klinischer Konsens zum Dialog bei der Partizipation

(3) Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus soll mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler, Patienten und, wenn zugestimmt, auch Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden. (LL S.22)

Zum Trialog in Wissensvermittlung und Selbstmanagement

Erwartungs- und Zufriedenheitsanalysen von psychiatrischen Patienten und ihren Angehörigen zeigen, dass Patienten wie Angehörige vorrangig eine offene, verständliche Aufklärung über die Erkrankung, Möglichkeiten der Therapie und ihre Nebenwirkungen, sowie über Rehabilitationsmöglichkeiten wünschen (SPIESSL et al. 2000; SPIESSL et al. 2004). Der Bedarf an Information ist insbesondere zu Beginn der Erkrankung sehr hoch. ...

Neben diesen psychoedukativen Verfahren im engeren Sinne gibt es auch Schulungsprogramme für Betroffene bzw. Angehörige, in denen es vorrangig im Sinne des Selbstmanagements um die Vermittlung von Hilfen zur Selbsthilfe und Strategien zum Umgang mit der Erkrankung bzw. mit dem Erkrankten geht. Insbesondere in Großbritannien werden seit einigen Jahren bei bipolar Erkrankten Schulungsprogramme basierend auf dem Selbstmanagement-Ansatz mit Erfolg durchgeführt, welche gezielt von Patienten für Patienten entworfen und weiterentwickelt werden (<http://www.mdf.org.uk>). (LL S. 23)

Es existieren ebenfalls Patienten- und Angehörigenratgeber zur bipolaren Störung, welche störungsspezifisches Wissen und praktische Alltagshilfen vermitteln (BOCK T 2002; BRÄUNIG 2004; GEISLINGER and GRUNZE 2002; KASPER and HAUKE 2006; MEYER, 2005 1846 lid). Sie sind Informations- und Aufklärungshilfe und dienen auch der emotionalen Entlastung der Patienten bzw. Angehörigen. Selbsthilfemanuale gehen dagegen in ihrer Zielsetzung über Psychoedukation hinaus. Sie wollen den Patienten bzw. Angehörigen zur selbständigen Durchführung von therapeutischen Verfahren und Techniken anleiten. ... Ergänzend zu dieser Beschreibung von Angenendt enthalten heute Ratgeber und Selbsthilfemanuale auch Anregungen und konkrete Sprachhilfen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Angehörigen und Patienten. Trialogische Interventionen übernehmen hier eine Vorreiterrolle und beinhalten nicht selten ein Kommunikationstraining für Patienten und ihre Angehörige. (LL S. 24)

Statement zum Trialog in der Informationsvermittlung

Trialog 4: Angemessene Informationsvermittlung hat Einfluss auf Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adherence), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität. (S.24)

Trialog 5: Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden.

Trialog 6: Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten unabhängig von kommerziellen Interessen, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein. Sie ersetzen keine Psychoedukation, sind jedoch eine sehr gute Ergänzung. (S. 25)

Trialogische Aspekte in anderen Kapiteln

Auch weitere Kapitel sind vom Geist des Dialogs geprägt. Das gilt insbesondere für die Passagen zum Stellenwert von Selbst- und Familienhilfe (s. Kap. 5). Aber auch in den Kapiteln zu Früherkennung/Diagnostik und zur Psychotherapie wird der Nutzen des dialogischen Diskurses empirisch belegt.

Zum Dialog in der Früherkennung

Hier suchen die Empfehlungen einen Weg zwischen dem Fehler falscher Zuschreibung und den Nachteilen später Behandlung. Umso wichtiger ist die möglichst gleichberechtigte Kommunikation im Dialog:

Selbstverständlich muss die klinische Arbeit unter den oben skizzierten aktuell noch spärlich oder gar nicht evidenzbasierten Bedingungen umso mehr um eine möglichst hohe individuelle Nutzen-Risiko-Balance bemüht sein. Sie muss verantwortungsvoll mit dem Risiko einer fehlerhaften Diagnosezuschreibung oder unnötiger Medikamentengabe mit möglichen Nebenwirkungen umgehen, ohne den Betroffenen eine frühe, eventuell schwerwiegende Konsequenzen vermindernde Behandlung vorzuenthalten. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen wie im Kapitel Dialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe dargestellt partizipativ und idealerweise unter Einbeziehung von Familienmitgliedern und anderen für den Betroffenen wichtige Menschen getroffen werden, eine umfassende Beratung ist dafür Voraussetzung. Unabdingbar ist zudem eine standardisierte Nachbeobachtung so lange wie möglich, um valide Erkenntnisse über den Verlauf der Symptomatik bzw. der Erkrankung zu gewinnen. (LL S. 44)

Zum Dialog in der Psychotherapie

Empfohlen wird eine phasenübergreifende Psychotherapie: *Bipolare Patienten suchen vor allem im Rahmen einer akuten depressiven Phase um psychotherapeutische Hilfe nach. Eine effiziente Psychotherapie sollte dabei phasenübergreifend gestaltet werden, sprich fokussiert je nach Zustand der Betroffenen eher auf aktuelle affektive und assoziierte Symptome und deren Bewältigung oder eher auf die rezidivprophylaktische Aspekte. (LL S. 195)*

Wert gelegt wird auf eine langfristige Begleitung mit flexiblen Zeitkontingenten: *Um das Ziel der Verhinderung von Rückfällen und Rezidiven zu erreichen, müssen die Betroffenen lernen, ihr eigenes Verhalten, Denken und Fühlen besser zu beobachten und bei Veränderungen in Richtung (hypo-)manischer oder depressiver Zustände angemessen und flexibel zu reagieren. Das Neulernen und die Verbesserung der Adaptionsfähigkeit erfordert Zeit und sollte nicht massiert in einem kurzen Zeitraum erfolgen. Günstiger ist es nach anfänglichen wöchentlichen Kontakten (in Krisen sogar mehrmals wöchentlich), die Psychotherapiekontakte über mehrere Monate, über ein Jahr oder sogar auf mehrere Jahre zu verteilen. (LL S. 173)*

Gezeigt wird, dass Verfahren, die Angehörige beteiligen, bessere Effekte bringen.

Statement zu Therapie/Prophylaxe

Die familienfokussierte Therapie zeigt zum Teil deutliche rezidiv- prophylaktische Effekte, aber die Therapiemodalitäten (zwei Therapeuten, Zuhause bei der Familie) machen die Umsetzung schwierig. Es handelt sich allerdings um die einzige Behandlungsform, die bislang zeigen konnte, dass das Risiko mehrerer Rezidive gesenkt werden kann (Statement S. 177).

Hier ist anzufügen, dass die Bedingungen für solche Interventionen i.R. der Integrierten Versorgung erheblich verbessert werden können – vorausgesetzt, die Qualifikation der Mitarbeiter ist entsprechend hoch.

Es folgen noch Aussagen zu spezifischen Phasen zur Psychotherapie der Manie:

Eine psychotherapeutische Begleitung in hypomanischen und manischen Zuständen zielt einerseits auf eine Stabilisierung und Reduktion der Symptomatik bei den Betroffenen selbst hin (z.B. durch Stimuluskontrolle, Aktivitätsplan, Reduktion von Stimulation, Strategien zur Energieabfuhr, z.B. MEYER, 2008), aber sie kann auch helfen, die emotionale Expressivität in Familie und Partnerschaften zu reduzieren oder vor einer Eskalation zu schützen. Ein Einüben von klaren Kommunikationsregeln – idealerweise unter Einbezug der Bezugspersonen in der Therapie – ist hierbei hilfreich, auch und vor allem unter Berücksichtigung von potenziell reizbar-aggressivem Verhalten (MEYER & HAUTZINGER, 2004; MIKLOWITZ & GOLDSTEIN, 1997). (LL S. 106)

Zur Psychotherapie der Suizidalität wird ausgeführt:

Miklowitz and Taylor 2006 zeigen einen Zusammenhang zwischen Suizidalität bipolarer Patienten und sehr problematischen Kommunikationsmustern sowie massiven innerfamiliären Konflikten auf. Dies traf vor allem auf junge bipolare Patienten zu. In der Folge wurden drei Module des dort angewandten FFT-Manuals (Psychoedukation, Kommunikationsfertigkeiten und Problemlösestrategien) für suizidale Patienten angepasst. Ziel war es hierbei, die ganze Familie in die Suizidprävention mit einzubeziehen, und auf Kontrollmöglichkeiten, aber auch deren Grenzen hinzuweisen. (LL S. 426)

Schwerpunkte von Betroffenen und Angehörigen (Perspektive des Dialogs)

Zur Notwendigkeit von Selbsthilfe (LL S. 26f)

Der Nutzen von Selbsthilfe ist allgemein akzeptiert. Betroffene, deren Angehörige und andere Bezugspersonen profitieren direkt und indirekt von Selbsthilfeangeboten vor Ort und auch gemeinsamen Aktivitäten. So bilanzieren GLASGOW J.N. et al. 2008, dass Selbsthilfe ein Schlüsselaspekt in der optimalen Behandlung von chronischen Erkrankungen ist. Selbsthilfe umfasst alle Hilfen, die Betroffene und Angehörige außerhalb des professionellen Hilfesystems erfahren, wobei ein Miteinander mit fließenden Übergängen statt eines Neben- oder Gegeneinanders sinnvoll und notwendig ist.

Zu unterscheiden sind dabei die folgenden Formen von Selbsthilfe:

- *Individuelles Selbstmanagement*
- *Selbsthilfegruppen von Betroffenen (u. U. auch mit Angehörigen)*

- *Peer-Beratung und*
- *Familienhilfe.*

Selbsthilfegruppen haben bei bipolaren Störungen einen besonderen Stellenwert, denn:

- sie berücksichtigen und stärken die vorhandene soziale Kompetenz/Sensibilität.
- sie wirken der krankheitstypischen Selbstwertkränkung entgegen.
- sie wirken der krankheitstypischen Zeitwahrnehmungsstörung entgegen, dem Gefühl von »Ewigkeit« in Depression und Manie (»war immer so und wird immer so sein«) mit entsprechend gesteigerter Verzweiflung bzw. fehlender Vorsicht.

Auch Peer-Beratung berücksichtigten die Autoren der LL:

Peer-Beratung sollte bei bipolaren Patienten erprobt und auf beiden Seiten (Patient und Peer) evaluiert werden (a. a. O. S. 29) Das Konzept der Peer-Beratung meint den Einbezug von »erfahreneren« Patienten in die Behandlung und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen. Dies schließt eine qualifizierte Ausbildung dieser Patienten mit ein, wodurch sie befähigt werden, als Dozent oder Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten tätig zu werden. (a. a. O. S. 29)... Zu den besonderen Leistungen von »Peer-Experts« gehört, auch mit schwer erreichbaren Patienten in Kontakt zu kommen.

Klinischer Konsens zu Selbsthilfe

Trialog 7: Selbstmanagement sollte im therapeutischen Prozess fortlaufend gefördert werden.

Trialog 8: Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS e. V., weitere Angehörigenverbände) hilfreich.

Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.

Trialog 9: Selbsthilfegruppen sollen durch das professionelle Hilfesystem unterstützt werden durch:

- Konkrete Ermutigung von Betroffenen zum Besuch von Selbsthilfegruppen
- Bereitstellung von Räumen in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Kliniken /Praxen,
- Aufnahme der Angebote der örtlichen Selbsthilfe in Aushänge, Flyer in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Praxen, Kliniken,
- Bewusst gestaltete Übergänge von professionellen- zu Selbsthilfegruppen
- Angebot von andauernder Beratung und Unterstützung in Krisen.

Zur Notwendigkeit von Familienhilfe und Angehörigen-Beteiligung (LL S. 30f)

Die Unberechenbarkeit und Spannweite bipolarer Störungen stellt für die unmittelbar beteiligten Angehörigen und anderen Bezugspersonen eine große Belastung dar. Dabei ist zu beachten, dass im Unterschied zu schizophrenen Patienten sehr viel häufiger Primär- und Sekundärfamilie (also sowohl Eltern und Geschwister als auch der Partner und die eigenen Kinder) betroffen sind (OSTACHER et al. 2008). Manche Angehörige sind in dieser Situation bis zu 70 Stunden in der Woche belastet (OHAERI 2003) und somit selbst in ihrer gesundheitlichen Stabilität gefährdet. Viele Partnerschaften halten der Belastung nicht stand, Familien werden dysfunktional (LEVKOVITZ et al. 2000; TOHEN et al. 2000; WHISMAN 2007) oder zerbrechen. Insbesondere die Kinder sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt – mit einem hohen Risiko, selbst zu erkranken (AKDEMIR and GOKLER 2008; MIKLOWITZ and CHANG 2008; ROTHEN et al. 2009; JONES and BENTALL 2008; VANCE et al. 2008). Zugleich verbessert jedoch umgekehrt die familiäre Einbindung bipolarer Patienten den Krankheitsverlauf bzw. die Prognose (MIKLOWITZ D. J. 2008; HYDE 2001; NEWMAN C. F. 2001). Und die Unterstützung eines kranken Familienmitglieds kann durchaus auch konstruktiv wirken und neben Belastung auch positive Entwicklungen hervorbringen (SCHMID et al. 2007).

Die Einbeziehung der Angehörigen kann auf unterschiedliche Weise geschehen:

- Individuelle Einzelgespräche mit Angehörigen (ohne den Erkrankten)
- Familiengespräche (mit Erkrankten) im Sinne der Family-Focussed-Therapy (MIKLOWITZ et al. 2007b)
- Gespräche in Mehr-Familien-Gruppen im Sinne der Multi-Family-groups (SOLOMON, 2008)
- Psychoedukative Angehörigengruppen (mit und ohne parallel laufenden Patientengruppen)
- Selbsthilfegruppen Angehöriger
- Angehörigen-Informationstage
- Angehörigenvisiten/Angehörigen-Sprechstunde
- »Trialog«-Gruppen, in denen sich oft Patienten und Angehörige unabhängig von gemeinsamer Geschichte begegnen
- Angehörigen-Briefe/Angehörigen-Entlassungsbriefe
- Angehörigen-Beiräte/Angehörigen-Gesamtvertretungen
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./Landesverbände
- Angehörigenaktivitäten der DGBS e. V.

Statement 11 Aufgrund der starken Dynamik der bipolaren Erkrankung sind die nahen Angehörigen oft in besonderer Weise belastet. Gleichzeitig gibt es häufiger nicht nur Primär- (d. h. Eltern/Geschwister), sondern auch Sekundärfamilien (d. h. Partner/Kinder/andere Bezugspersonen). Der Erhalt dieser Beziehungen hat große prognostische Bedeutung.

KKP 12 Angehörige sollten von Beginn an und über alle Phasen der Behandlung des Erkrankten einbezogen werden.

KKP 13 Lehnt der Patient oder der Angehörige eine Einbeziehung ab, sollte im Interesse der Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken.

Gemeinsame Strukturforderungen

- Ambulant vor stationär
- Mobile Krisenintervention
- Mehr Behandlungskontinuität
- Vermeidung von Zwang und Fremdbestimmung
- Trialogische Zusammenarbeit
- Integration von Peer-Arbeit (von Betroffenen für Betroffenen und von Angehörigen für Angehörige)

Diese Kernforderungen sind fast allen aktuellen Stellungnahmen von Betroffenen und Angehörigen zu finden – manchmal mit der Hoffnung, durch die sogenannte »Integrierte Versorgung« mit neuen Finanzierungskonzepten, die statt des belegten Bettes die konsequente und flexible Ambulanz belohnen, dieser Vision näher zu kommen.

Trialog im Prozess der Leitlinien-Erstellung:

Was ist gut, was nicht so gut gelaufen? Die Abstimmungen liefen nicht nach klassischen, demokratischen Spielregeln. Sie orientierten sich an der Zahl der von der Projektgruppe zu Beginn der Arbeit eingeladenen Verbände. Dabei waren 16–18 Verbände von Behandlern, ein Angehörigenverband und zwei von Betroffenen.

Koalitionen kamen scheinbar zufällig zu Stande. Absprachen schien es aber gegeben zu haben. Gingen die Vertreter der professionellen Verbände zunächst nach dem Prinzip vor: alle Teilnehmer für einen möglichst hohen Konsens zu gewinnen, war nach kurzem das Prinzip: abstimmen und abwarten, was herauskommt. Professionelle Verbände hatten mit etwa siebzehn zu zwei bis drei Verbänden meist eine satte Mehrheit. An einer Stelle wurde sogar die Abstimmung wiederholt, bis das »richtige« Ergebnis aus Sicht der professionellen erreicht war.

Die »natürlichen« Interessenunterschiede zeigten sich gelegentlich auch am Abstimmungsverhalten zwischen Betroffenen und Angehörigen. Angehörige scheinen im Allgemeinen mehr an die Compliance Betroffener zu appellieren. Betroffene sind eher geneigt, auch mal einen neuen, vielleicht risikoreicheren Weg zu gehen. Im Vordergrund steht meist das Abwägen von erwünschten und unerwünschten Wirkungen.

Insbesondere aus den Verbänden der Betroffenen, aber durch aus auch aus der Sozialpsychiatrie waren immer wieder auch kritische Stimmen zu hören:

- Wozu Leitlinien? Wir wollen jede/r ganz individuell gesehen und nicht über einen Kamm geschoren werden.

- Evidencebased-Medicine kann nur erfassen, was sowieso schon »auf dem Markt« und publiziert ist. Wirkliche Innovationen sind kaum möglich.
- Allenfalls ist der Forschungsbedarf abzubilden.

Perspektiven – Trialog in der Umsetzung

Kooperative Zusammenarbeit

Insgesamt kann man sagen, dass die kooperative Zusammenarbeit bei der Erstellung der Leitlinien im trialogischen Sinne Mut macht und Zuversicht verbreitet. Setzt sich diese Vorgehensweise bei den Anwendern durch, können wir eine ehrliche Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Patienten und Angehörigen erreichen; dann sind wir bei der Behandlung von bipolar Erkrankten einen großen Schritt vorangekommen.

Wir brauchen einen Übergang vom »benevolenten Paternalismus« (Arzt verordnet – Patient zeigt Compliance) einen Übergang zum gemeinsamen Ringen um Verständnis, um gemeinsame Sprache und um eine tragfähige Beziehung, mindestens aber um einen Prozess des Shared-decision-making, d. h. ein gemeinsames wechselseitig informiertes Entscheiden

Evidenced oder emperienced based?

Um dem Anspruch randomisierter Methodik zu entsprechen werden Forschungsfragen so reduziert, bis die Antwort vorhersehbar ist. Komplexe realitätsnahe Fragen mit entsprechend bescheidenerer Methodik aber bleiben unbeachtet oder unterbewertet. Das führt zu Verzerrungen und zur Überbewertung von Banalitäten.

Hinzu kommen interessensgeleitete Verzerrungen: So müssen in Deutschland nicht sämtliche Studien bei einer Zulassung eines Arzneimittels offen gelegt werden. Das täuscht der Fachwelt vor, es gäbe vorwiegend positive Studienergebnisse. So bleiben andere Ergebnisse im Tresor, z. B. auch über bedenkliche Nebenwirkungen. Die Geldgeber der Studien bewirken den Effekt: »Erwünschte« Ergebnisse werden publiziert – andere nicht. Dabei entsprechen die Studien allen »herkömmlichen wissenschaftlichen Standards«. »Publication bias« als verzerrendes Bild der pharmakologischen Realität spielte in der Arbeit an dieser Leitlinie keine wichtige Rolle. So kann die »evidenzbasierte Medizin« eine ergebnisorientierte beweisbasierte Medizin de facto ad absurdum geführt werden.

Umsetzung der Leitlinien

Bei der Umsetzung von Leitlinien spielt der Diskurs zwischen Anwendern und Wissenschaftlern sowie zwischen Experten durch Beruf und Experten aus Erfahrung eine große Rolle. Je besser der Trialog, desto leichter gelingt auch die Vermittlung von relevanten Praxiskonflikten an die Wissenschaft und umgekehrt die Vermittlung von wirklich neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen Richtung

Praxis, wobei die Praxis gleich den Diskurs mit Betroffenen und Angehörigen mit einschließt. Deswegen wird die dialogische Struktur der Fachgesellschaft DGBS auch in der wissenschaftlichen Fachwelt und im großen Fachverband DGPPN durchaus mit Respekt, vielleicht von Experten anderer Diagnosen auch mit einem gewissen Neid betrachtet.

Literatur

- DGBS e. V. und DGPPN e. V. (2012): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. Langversion http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2012/10/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_5.pdf. (Die in den Zitaten angegebenen Literaturhinweise finden sich am Ende der S3-Leitlinie)
- GIELEN, R./GIESLER, H. et al. (2012): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen – Entwicklungsprozess und Empfehlungen, aus : Der Nervenarzt 2012 · 83:568–586 · DOI 10.1007/s00115-011-3415-3

Suchtselbsthilfebewegung

Wiebke Schneider

Die Suchtselbsthilfe in Deutschland blickt auf eine lange Tradition zurück. Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts gründeten sich Organisationen, die Menschen mit Suchtproblemen und ihren Familien Hilfe und Beistand anbieten wollten. Die Guttempler, eine der ersten Abstinenzorganisationen in Deutschland, arbeiteten auf der Grundlage der Internationalen Dachorganisation IOGT, die 1851 in den USA gegründet wurde. Ziele und Anliegen waren, Menschen aus der Suchtproblematik herauszuhelfen, ihre Familien bei der »Befreiung« zu unterstützen, durch suchtmittelfreie Lebensweise Raum für persönliche Weiterentwicklung und soziales Engagement zu schaffen und gegen die mächtige Alkohol-Lobby zu kämpfen. Schon damals lebten die Grundgedanken der heutigen Selbsthilfe, nämlich »Hilfe auf Gegenseitigkeit« und »Lernen aus geteilter Erfahrung«. Ein bahnbrechendes Urteil des Bundessozialgerichts erkannte im Jahre 1968 Alkoholismus als Krankheit an. Damit war die Basis geschaffen für bezahlte Behandlung einer Alkoholkrankung, aber auch für eine – wenn auch sehr langsame – veränderte Sichtweise auf Suchterkrankungen und auf die betroffenen Menschen in der Gesellschaft. Sucht als Krankheit ist zwar heute offiziell anerkannt, dennoch haben Betroffene und ihre Angehörigen nach wie vor mit Schuld- Scham- und Versagensgefühlen zu tun und erfahren Stigmatisierung und Ausgrenzung.

Ein wesentlicher Aspekt der Suchtselbsthilfe ist es daher, Isolation aufzubrechen und Menschen mit ähnlichen Problematiken zusammen zu führen. Suchtselbsthilfe ist wirksam – daran gibt es heute keinen Zweifel mehr – und lebt von

- Solidarität und sozialen Kontakten
- Gegenseitiger Unterstützung und Hilfe auf gleicher Augenhöhe
- Artikulation von Bedürfnissen und Zielen
- Aktivierung von Ressourcen
- Weiterentwicklung – vom Hilfesuchenden zum Helfer
- Einbeziehung der Angehörigen

Suchtselbsthilfe wird genutzt von Betroffenen und Angehörigen vor, während, nach oder anstatt einer therapeutischen oder beratenden Maßnahme. In den Suchtselbsthilfe-Verbänden finden sich mehr als 25 % der Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik, die nie eine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben. Damit einher geht natürlich auch eine enorme Kostenersparnis für das Gesundheits- und Sozialwesen.

Die Bedeutung der Suchtselbsthilfe bei der Überwindung einer Suchtproblematik und insbesondere in der Stabilisierung und Rückfall-Prophylaxe wird auch in den professionellen Hilfen (Ärztenschaft, Psychiatrie, Beratungs- und Rehabilitations-Einrichtungen, Nachsorge) betont. Die Kostenträger (insbesondere Renten- und Krankenversicherung) unterstützen die Suchtselbsthilfe finanziell und legen Wert

auf Angebote der Suchtselbsthilfe, z. B. im qualifizierten Entzug und in Therapieeinrichtungen.

Im Jahre 1947 schlossen sich Organisationen mit ähnlichen Zielsetzungen in einer Dachorganisation zusammen, der heutigen Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, gegründet 1947). Abstinenz- und Selbsthilfeorganisationen wie Blaues Kreuz, Guttempler und Kreuzbund gehörten zu den Gründungsmitgliedern. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bietet allen in der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention bundesweit tätigen Verbänden und gemeinnützigen Trägern der ambulanten und stationären Beratung und Behandlung und der Selbsthilfe eine gemeinsame Plattform. Inhaltlich-fachlicher Austausch, gemeinsame Positionierung und Interessenvertretung und Weiterentwicklung der Hilfen für Betroffene und Angehörige und der Prävention sind Gegenstand der Arbeit der DHS und der verschiedenen Gremien, ebenso die wissenschaftliche Arbeit im wissenschaftlichen Kuratorium der DHS.

Einen »Schulterschluss« haben insbesondere auch die fünf großen Suchtselbsthilfeverbände (Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Ev. Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler, Kreuzbund) gewagt. Seit fast zwei Jahrzehnten hat sich die Zusammenarbeit intensiviert, nicht nur auf Bundesebene, sondern auch auf Länder- und örtlicher Ebene. Auf Bundesebene führen z. B. die fünf Verbände seit einigen Jahren gemeinsame, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekte zu übergreifenden Anliegen der Suchtselbsthilfe durch (z. B. zu Themenkomplexen wie Junge Suchtkranke, Gesundheitsförderung in der Suchtselbsthilfe, Vernetzung Selbsthilfe und berufliche Hilfen). Diese Zusammenarbeit trägt dazu bei, gemeinsame Anliegen und Herausforderungen, die die Suchtselbsthilfe insgesamt betreffen, auch gemeinsam und mit vereinten Kräften anzugehen. Das jüngste Projekt »Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk« hatte zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe (Beratungsstellen, Fachkliniken, Psychatrien) und Suchtselbsthilfe zu verbessern – zum Wohle der betroffenen Menschen und im Sinne einer »Nahtlosigkeit« im Übergang zwischen den Hilfesystemen. Dieses Selbsthilfe-Projekt wurde erstmals wissenschaftlich begleitet (Universität Hildesheim).

Die Zukunft der Suchtselbsthilfe bestimmt sich aus den Bedürfnissen und Anliegen der betroffenen Menschen. Neue Herausforderungen wie z. B. die Veränderung der Suchtformen, aber auch eine sich rasant verändernde Lebenswelt der Betroffenen, stellen die Suchtselbsthilfe und die ehrenamtlichen Kräfte vor große Aufgaben. Diese lassen sich gemeinsam und vernetzt mit Sicherheit besser schultern als in isolierten Alleingängen. In der »Lobby-Arbeit« ist diese Interessenvertretung (Betroffenen-Beteiligung) auf einem guten Wege; z. B. ist im Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung die Suchtselbsthilfe selbstverständlich vertreten. Mut, Kreativität und frische Ideen sind gefragter denn je – die Selbsthilfe ist und bleibt ein bewährtes Modell der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Finanzierung und Organisation überregionaler Interessenvertretung

Beate Lisofsky

Empowerment, Experten in eigener Sache, Peer-to-Peer-Konzepte – das sind Schlagworte, die im Zusammenhang mit der Selbsthilfe immer wieder genannt werden, von Profis genauso wie von Vertretern der Politik. Die Erfahrungen und Kompetenzen von Betroffenen – Patienten und ehemaligen Patienten genauso wie von Angehörigen – sollen besser genutzt werden, zum Wohl dieser Betroffenen und zur Verbesserung des Versorgungssystems. Aber wer sind eigentlich »die« Vertreter der Selbsthilfe, wie sind sie legitimiert und für wen sprechen sie? Und nicht zuletzt: Wo findet man die Unterstützung dieser Selbsthilfe-Aktivisten und wer unterstützt sie selbst bei ihrer zumeist ehrenamtlichen Arbeit?

Die Struktur der Selbsthilfe im »Dunstkreis« Psychiatrie

Bundesweit gibt es etwa 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen; ein großer Teil davon befasst sich mit psychosozialen Problemen, psychischen Erkrankungen und Fragen der seelischen Gesundheit. Davon ausgehend könnte man vermuten, dass die Selbsthilfe der Betroffenen und ihrer Familien in diesem Bereich auch auf Bundesebene eine wahrnehmbare und hörbare Kraft ist. Dem ist aber leider nicht so. Die Situation stellt sich vielmehr als heterogen und unübersichtlich dar. Obwohl nicht nur die Anzahl der Betroffenen groß und die mit psychischer Krankheit verbundenen Probleme oftmals sehr belastend sind, gibt es bisher nur recht wenige Strukturen der organisierten Selbsthilfe, z. B. bundesweit tätige Selbsthilfeverbände, wie bei anderen somatischen Erkrankungen; man denke an Rheuma oder Diabetes.

Das liegt wohl einerseits an der Stigmatisierung psychischer Krankheit und der damit verbundenen Tabuisierung und Ausgrenzung. Andererseits führen chronische psychische Erkrankungen für die Betroffenen selbst, wie auch für ihre Familien, oftmals vielfältige soziale und auch finanzielle Einbußen mit sich, die einem ehrenamtlichen Engagement in der Selbsthilfe nicht unbedingt förderlich erscheinen. Dazu kommt eine recht große Divergenz der Zielsetzungen in der Interessenvertretung innerhalb der Selbsthilfeszene, die ein gemeinsames Vorgehen der »Patientenvertreter« nicht immer leicht macht. Dabei reicht das Spektrum von antipsychiatrischen Gruppierungen bis zu – meist diagnosebezogenen – Selbsthilfevereinigungen, die neben der gegenseitigen Unterstützung einer Kooperation mit dem professionellen Versorgungssystem offen gegenüber stehen. So kommt es, dass trotz einer Vielzahl regionaler Gruppen in Eigenregie bzw. unterschiedlicher Trägerschaft eine starke, gut organisierte und demokratisch legitimierte Selbsthilfe- und Lobbybewegung bei psychischen Erkrankungen nur in Ansätzen vorhanden ist. Als erste bundesweite Interessenvertretung hat sich der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) entwickelt. Ein

kurzer Überblick über Entwicklung und Struktur der Angehörigenbewegung in Deutschland ist gar nicht so einfach, denn als echte »Bewegung von unten« ist sie selbst vielgestaltig, bunt und alles andere als homogen.

Die Wiege der Angehörigenbewegung steht in Stuttgart. Hier treffen sich 1970 erstmals Angehörige zu einem regelmäßigen Gesprächskreis. Fast zeitgleich schlägt die Geburtsstunde der expertengeleiteten Angehörigengruppe in Hamburg, wo an der Uniklinik Eppendorf eine Tagesklinik aufgebaut und 1973 erstmals eine Gruppentherapie für Angehörige angeboten wurde. Im Lauf des nächsten Jahrzehnts breitete sich die Angehörigenbewegung bundesweit aus. In allen Bundesländern entstanden Landesverbände und am 8. Juni 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet, dessen Mitglieder die Landesverbände sind. Das »Herz« der Bewegung sind und bleiben jedoch die regionalen Selbsthilfegruppen, von denen es inzwischen bundesweit mehr als 500 gibt. Ziel der Arbeit des Verbandes war neben dem Einsatz für die Belange der Familien psychisch Kranker stets auch die Vertretung der Interessen der psychisch kranken Familienangehörigen.

1991 trafen sich zum ersten Mal etwa 120 Psychiatrie-Erfahrene zum Thema: »Psychiatrie-Patienten brechen ihr Schweigen – Wie wollen Psychiatrie-Patienten behandelt werden?« Bei der Nachlese dieser Tagung am 25. Mai 1991 wurde die Gründung des »Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener« beschlossen. Humanere Lebensbedingungen, weniger Psychopharmaka, mehr Psychotherapien und die Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmentalität der herkömmlichen medizinischen Psychiatrie sind grundlegende Forderungen des Verbandes. Der »Trialog« in unterschiedlichen Ausprägungen und Organisationsformen ist eine weitere, allerdings strukturell eher regional ausgeprägte, besondere Form der Interessenvertretung von Patienten und ihren Angehörigen in der Psychiatrie. Ausgangspunkt waren ab 1987 Initiativen von Dorothea Buck. 1989 richtete sie zusammen mit Thomas Bock an der Hamburger Universitätsklinik ein »Psychoseseminar« ein, in dem sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gleichberechtigt austauschen sollten. Diese Idee des »Trialog« verbreitete sich rasch, gegenwärtig existieren über 100 Psychoseseminare. Davon ausgehend gibt es mittlerweile viele Bestrebungen, die Arbeit in psychiatriepolitischen Gremien, Beiräten usw. trialogisch zu gestalten; das reicht bis zu trialogisch aufgestellten Verbänden, wie etwa der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen. Seit Beginn des neuen Jahrtausends haben sich weiterhin einige auch bundesweit tätige diagnosebezogene Selbsthilfeorganisationen gegründet, zu deren Zielen die politische Interessenvertretung von Betroffenen und teilweise auch Angehörigen gehört.

Vernetzung der Selbsthilfe

Seit einigen Jahren gibt es in der beschriebenen heterogenen Landschaft der psychiatriebezogenen Selbsthilfesterkte Versuche der Zusammenarbeit und von gemeinsamen Aktionen mit dem Ziel der gemeinsamen Interessenvertretung. Was

jedoch bisher weitgehend fehlt, ist die Vernetzung untereinander, ist die unüberhörbare Stimme der Selbsthilfe für ihre Ziele und Forderungen, ist das solidarische Eintreten für ihre Rechte.

Deshalb hat die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, die Initiative ergriffen, um der Selbsthilfe mehr Aufmerksamkeit und Wirkung in der Öffentlichkeit zu verschaffen. Auf der internetbasierten Plattform »Selbsthilfenetz Psychiatrie« erhalten Organisationen und Gruppierungen aus den Bereichen seelische Gesundheit und psychische Erkrankungen, die an einer Zusammenarbeit interessiert sind, die Möglichkeit, sich zu präsentieren und mit anderen Gruppierungen zu vernetzen, sei es regional, um z. B. Veranstaltungstermine zu koordinieren, sei es überregional, um z. B. in einem Bundesland Partner für bestimmte Anliegen und politische Forderungen zu finden, oder sei es themenbezogen, wie z. B. zur Hilfe für Kinder in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil oder zu Fragen, die sich bei Konflikten in einer Gruppe stellen. In einem ersten Schritt wurden dafür bereits etliche Gruppierungen gewonnen, die den Kern der neuen Plattform bilden. In weiteren Schritten sollen dann weitere Interessenten hinzukommen, Angebotsübersichten erstellt und Diskussionsforen eingerichtet werden. Im Unterschied zu vielen anderen Internetseiten ist es jedoch Ziel dieses Projektes, die Plattform aktiv zu betreiben, d.h. auf die Beteiligten zuzugehen, Anregungen aufzunehmen und zu geben, Foren zu moderieren und Erweiterungen an den Bedürfnissen orientiert vorzunehmen. Dabei entsteht Zug um Zug gleichzeitig eine Informationsplattform für Menschen, die nach einer geeigneten Selbsthilfe-Anlaufstelle suchen. Neben ca. 300 regionalen Gruppierungen sind zurzeit folgende bundesweit tätige Selbsthilfeverbände im Selbsthilfenetz Psychiatrie vertreten:

- Soldatenselbsthilfe gegen Sucht e. V.
- Tourette-Gesellschaft Deutschland e. V.
- AGUS – Angehörige um Suizid e. V.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V.
- Deutsche DepressionsLiga e. V.
- Schatten und Licht e. V.

Ein erster Erfolg der Arbeit war die »Agenda 2020«, ein gemeinsamer Forderungskatalog für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung, der auch konkrete Vorschläge für die Entwicklung der Selbsthilfe in diesem Bereich enthält, die sich so kurz zusammen fassen lassen: »solidarische, strukturierte und nachhaltige Vernetzung der Akteure.« Dieses Positionspapier der Selbsthilfe fand Interesse weit über den eigenen Kreis hinaus. Die erste Auflage von 5.000 Exemplaren war bald vergriffen, so dass zum Jahreswechsel 2012/13 eine Neuauflage des Forderungskataloges anstand. Nähere Informationen zum Inhalt der Agenda finden Sie im folgenden Beitrag. Die Erfahrungen der bisherigen Zusammenarbeit haben gezeigt, dass eine langfristige und nachhaltige Entwicklung Zeit und Behut-

samkeit benötigt. Es geht darum, Vertrauen aufzubauen, Autonomie zu wahren, Gemeinsamkeiten zu identifizieren und gleichzeitig unterschiedliche Sichtweisen zu respektieren.

Finanzierung

Diese Prozesse – wie natürlich in erster Linie die Verbandarbeit selbst – benötigen neben dem Engagement der ehrenamtlichen Aktivisten auch finanzielle Ressourcen, keine Frage. Gemeinhin finanzieren Selbsthilfeorganisationen ihren Bedarf über

1. Mitgliedsbeiträge und Fördermitgliedsbeiträge
2. Spenden, Erbschaften usw.
3. die Förderung der Gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 20 c SGB V
4. Zuwendungen der öffentlichen Hand

Aus den oben aufgeführten Gründen ist es für keinen Selbsthilfeverband im Bereich psychischer Erkrankungen möglich, seine Arbeit zu einem substantiellen Teil durch Mitgliedsbeiträge zu finanzieren. Dazu kommt eine gesamtgesellschaftliche Tendenz der allgemein sinkenden Bereitschaft, sich verbindlich in organisierten Strukturen zu engagieren, was natürlich an der Selbsthilfe in der Psychiatrie nicht spurlos vorbei geht und was auch hier zu einem Mitgliederschwund in unterschiedlicher Ausprägung führt.

Auch die Spendenbereitschaft der Bevölkerung ist für Themen aus unserem Bereich kaum vorhanden. Das betrifft auch die Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen, die sich in anderen Themenfeldern durchaus sozial engagieren. Sponsoring durch die pharmazeutische Industrie wird mittlerweile durchweg von allen Selbsthilfeverbänden aufgrund eventueller Abhängigkeiten kritisch bewertet bzw. grundsätzlich abgelehnt.

Bereits seit dem Jahr 1992 gibt es eine gesetzliche Grundlage für die Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Seit 2008 sind die Krankenkassen durch die Schaffung des § 20 c SGB V zur Förderung der Selbsthilfe verpflichtet. Dabei gibt es zwei Förderarten:

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung ist eine Förderung der Selbsthilfe auf Bundes-, Landes- und Ortsebene über einen Gemeinschaftsfonds. Sie soll zumindest 50 % der Gesamtmittel der Selbsthilfeförderung umfassen und als pauschale Förderung ausgestaltet sein. An den Beratungen über die Mittelvergabe aus diesen Fonds sind auf allen Ebenen Vertreter der Selbsthilfe zu beteiligen.

Die sogenannte kassenindividuelle Selbsthilfeförderung wird von den einzelnen KKs überwiegend als Projektförderung ausgestaltet. Hier – wie auch bei der Förderung der Selbsthilfe durch öffentliche Mittel – ergeben sich in den letzten Jahren zunehmend Probleme, die sich aus der zeitlichen Befristung der Maßnahmen, der generellen Unterfinanzierung der Basisarbeit der Selbsthilfeorganisationen sowie einer realen Konkurrenz um die wenigen Fördertöpfe durch die Antragsteller erklären lassen. Außerdem ist eine derartige Projektfinanzierung natürlich

stets von den Interessen des jeweiligen Förderers geleitet, wo es zu Konflikten in der Schwerpunktsetzung bis hin zur Unabhängigkeit der Selbsthilfeorganisation kommen kann.

Fazit

Bei einer wachsenden Bedeutung der Selbsthilfe als Interessenvertreter der Patienten und ihrer Familien in der Psychiatrie sowie einer weiter bestehenden dauerhaften Unterfinanzierung der Arbeit lässt sich eine Prognose der weiteren Entwicklung nur sehr schwer stellen. Mögliche Szenarien für einen mittelfristigen Zeitraum wären:

1. Beschränkung der Selbsthilfe als Korrektiv des bestehenden Systems,
2. Anstreben einer Stellung außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems,
3. Einordnung der Selbsthilfe in den Verbund der bisherigen Hilfesysteme

Im ersten Szenario ist eine verlangsamte Ausbreitung der Selbsthilfe-Gruppen zu erwarten. Obwohl sie sich funktional verhalten, indem sie Systemfehler aufzeigen und auf die Behebung drängen, bleibt ihnen eine weitergehende gesellschaftliche Anerkennung versagt. Der Weg außerhalb des Versorgungssystems bedeutet den Rückzug in die Subkultur. Es entsteht das Bild von Selbsthilfeinitiativen als »Schonräume alternativer Zirkel jenseits der Realität.« (RICHTER 2003). Der Ausbau der »Dienstleistungen« für die Gesellschaft, z. B. Information, Beratung, Weiterbildung, würde die Option der quantitativen Zunahme der Selbsthilfe eröffnen, die Verflechtungen mit dem Gesundheitssystem würden wachsen sowie eine zunehmende Verpflichtung zur Leistungserbringung entstehen. Skeptiker befürchten, dass dies zu einer Aufgabe der originären Intention der Selbsthilfe führen könne; verändern würde es diese allemal.

Perspektiven der Selbsthilfe – Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen

Gudrun Schliebener

Seit der Psychiatrieenquete in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts hat sich in der Versorgung psychisch kranker Menschen viel verändert. Das betrifft nicht allein die medizinische Behandlung, wo etwa durch neue Medikamente und Therapieverfahren oder integrierte Versorgungsmodelle große Fortschritte erzielt wurden und der Weg tatsächlich für viele Patienten heraus aus den Anstalten und zurück in die Gemeinde führte. Neue Konzepte hielten auch im gemeindepsychiatrischen Unterstützungssystem Einzug; man denke an den Paradigmenwechsel zum personenzentrierten Ansatz, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationspläne, gemeindepsychiatrische Verbände mit dem Anspruch, Versorgungsverantwortung für alle psychisch Kranken in einer Region zu übernehmen und ihre Integration – neuerdings sogar Inklusion – wirksam voran zu treiben.

Auch die Rechte behinderter Menschen sind in dieser Zeit entscheidend gestärkt worden. So bringt die UN-Behindertenrechtskonvention mit der Betonung der Selbstbestimmungsrechte der Patienten, die Patientencharta oder die Diskussion um den mündigen Patienten, der auf gleicher Augenhöhe mit dem Profi verhandelt, neue Chancen für seelisch kranke Menschen. Trotzdem profitieren viele Patienten und ihre Familien von diesen positiven Entwicklungen nicht in wünschenswertem Maß; das Bild von der schönen neuen Psychiatriewelt trübt sich erheblich, wenn man auf den Alltag schaut: Auch neue Medikamente haben vielfach nicht tolerierbare Nebenwirkungen; Trägerinteressen auf der Anbieter- wie auf der Kostenträgerseite, Drehtürpsychiatrie und Behandlungsabbrüche prägen die Praxis der Versorgung. Das Prinzip »ambulant vor stationär« stößt an Grenzen, sobald es im ambulanten Bereich keine passgenauen und annehmbaren Hilfen gibt und Behandlungskontinuität nicht gewährleistet ist. Dies erfahren wir allzuoft in unseren Selbsthilfegruppen oder am Beratungstelefon.

Deshalb hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker die Initiative ergriffen, um mit Betroffenen-Selbsthilfegruppierungen aus verschiedenen Indikationsbereichen, wie sie im »Selbsthilfenetz Psychiatrie« kooperieren, einen gemeinsamen Forderungskatalog für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu erstellen, Unterstützung und Entlastung für die mit betroffenen Familien einzufordern und gleichzeitig Vorschläge für die weitere Entwicklung der Selbsthilfe in diesem Bereich zu machen. Ausgangspunkt war dabei der Forderungskatalog der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie, wie er in der »Agenda 2006« zu Beginn dieses Jahrhunderts erarbeitet wurde.

Heilung, Besserung, individuelle Unterstützung und Hilfe – das wünscht sich jeder Patient, das wünschen seine Angehörigen unabhängig von der Art und Schwere der Erkrankung. Das gilt natürlich auch für psychisch kranke Menschen und ihre Familien. Was das konkret im Einzelfall bedeuten mag und wann man von einer

geglückten Therapie sprechen will, dafür gibt es ganz bestimmt keinen Königsweg und keine allgemeingültigen Checklisten. Es gibt dazu aber ganz viele Erfahrungen, zuallererst bei den Betroffenen selbst: den Menschen mit psychischen Problemen und ihren Familien.

Wir sind überzeugt, dass eine Weiterentwicklung des Versorgungssystems auf diesen Erfahrungsschatz nicht verzichten kann und darf. Deshalb haben wir die dringendsten Forderungen aus der Perspektive der Selbsthilfe zusammen getragen, ganz bewusst ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder gar »Ausgewogenheit«.

Mit unseren Forderungen möchten wir erreichen,

- dass Menschen mit psychischen Problemen, ihre Freunde und Familien sicher wissen können, an wen sie sich im Bedarfs- und Krisenfall wenden können,
- dass die Angebotsträger immer die Versorgungsverantwortung übernehmen,
- dass Wirtschaftlichkeitsaspekte nicht einseitig zu Lasten der Versorgungsqualität und damit zu Lasten der Patienten und der Familien gehen,
- dass Hilfen bedarfsgerecht und »annehmbar« gestaltet werden,
- dass Familien auch dann Hilfen bekommen, wenn das erkrankte Familienmitglied zunächst nicht mit professionellen Helfern reden will,
- dass neue Hilfeangebote für die Familien erprobt und eingeführt werden und
- dass die Selbsthilfe die Akzeptanz erfährt, die ihr zukommt.

Von Planern, Entscheidern und Behandlern erwarten wir, dass die Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, im Zentrum des Systems stehen, nicht nur in verbalen Bekundungen, sondern im Versorgungsalltag, dass Patienten und ihren Familien mit Respekt begegnet wird, ihre Würde geachtet und das Versorgungsangebot vernetzt und an ihrem Bedarf ausgerichtet wird.

Die nachfolgend genannten bundesweit tätigen Verbände haben an der Entwicklung der Agenda 2020 mitgewirkt und tragen diese mit:

- Borderline-Trialog Informations- und Kontaktstelle
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
- Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.
- Deutsche Depressions Liga e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V.
- Netzwerk Stimmenhören e. V.
- Schatten und Licht e. V., Initiative peripartale psychische Erkrankungen

Darüber hinaus haben etliche Landesverbände und regionale Gruppen der genannten Organisationen einen Beitrag geleistet.

1. Prinzipien der Behandlung und Rehabilitation

Wir erwarten

- die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse,
- wohnort- und lebensfeldnahe, vernetzte Hilfeangebote,
- Versorgungsverpflichtung in der Region für alle psychisch Kranken, auch für »schwierige Patienten«,
- Hilfe und Unterstützung »wie aus einer Hand«, aufeinander abgestimmt und an identischen Zielen orientiert. Dafür ist die optimierte Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten, unter der Berücksichtigung des Prinzips »ambulant vor stationär« mit ausreichender fachärztlicher Versorgung auch in ländlichen Gebieten, qualifizierten individuellen Angeboten auch für schwer chronisch Kranke, ausreichender personeller Ausstattung im stationären Bereich, der Sicherstellung von somatischen Versorgungsaspekten wie Kontrolluntersuchungen und bei Multimorbidität erforderlich.

Im Einzelnen bedeutet das aus der Perspektive der Patienten:

- Die »sprechende Medizin« muss mehr gefördert werden, im Krankenhaus wie im ambulanten Bereich,
- Aufklärungspflichten dürfen nicht als notwendiges Übel sondern müssen als unabdingbare Voraussetzung für aufgeklärte und mündige Patienten und Angehörige gesehen werden,
- Aufsuchende Hilfen müssen möglich sein; sie sind Voraussetzung für Behandlungsbereitschaft, -erfolg und -kontinuität auch über Schnittstellen hinweg,
- Personenbezogene und indikationsbezogene Hilfen müssen für alle psychisch kranken Menschen gewährleistet sein,
- Langfristige Begleitung durch eine Bezugsperson, einen Case Manager mit persönlicher Verantwortung dem Kranken und seinen Angehörigen gegenüber, der auch unkonventionelle Lösungen sucht und bei dessen Auswahl der Betroffene ein Mitspracherecht hat.

Der Gesetzgeber muss nachhaltig überprüfen, ob gesetzliche Regelungen das angestrebte Ziel erreichen und Reformen bei den Patienten auch wirklich ankommen (lernende Gesetzgebung)!

2. Strukturelle Rahmenbedingungen

Wir erwarten

- die Beseitigung sozialrechtlicher Ungerechtigkeiten, die psychisch Kranke und ihre Familien benachteiligen,
- eine Integrierte Versorgung, die die Qualität der Versorgung im Blick hat,
- die Finanzierung von Leistungen in erster Linie durch die primären Kostenträger,

- die Beseitigung der Kostenträgervielfalt, die u. a. Versorgungslücken zwischen einzelnen Therapiebausteinen entstehen lässt,
- auf regionaler Ebene eine transparente Struktur und Planung, einschließlich des stationären Bereichs, unter verbindlicher Einbeziehung der psychisch Kranken und ihrer Familien in allen Gremien,
- die Wahrnehmung der Gesamtverantwortung durch die Leistungsträger oder die Kommunen, dazu gehören: die Beseitigung von psychiatrischer Unter- und Fehlversorgung, die Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Fachkräften mit langfristigen Beschäftigungsverträgen und Weiterbildungspflicht, eine Kontrolle der für die Betroffenen erbrachten Leistungen, Qualitätssicherung unter Einbeziehung der Selbsthilfeorganisationen sowie eine von Anbietern unabhängige Grundlagen-, Versorgungs- und Medikamentenforschung.

Strukturveränderungen in der psychiatrischen Versorgung dürfen keinesfalls dazu führen, dass Versorgungspflichten auf die betroffenen Familien verlagert werden oder Patienten unversorgt in Isolation oder Obdachlosigkeit entlassen werden!

3. Bausteine des Versorgungssystems

Wir erwarten

- aufsuchende, Tag und Nacht erreichbare Krisenhilfe sowie ein niedrigschwelliges Angebot an Krisenbetten,
- personell ausreichend ausgestattete Sozialpsychiatrische Dienste, die aufsuchende Hilfe leisten, als Anlauf- und Interventionsstelle,
- Beseitigung der Umsetzungsdefizite bei der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege, der psychiatrischen Familienpflege und Soziotherapie für alle Patienten, die diese Art der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung benötigen,
- dem Bedarf entsprechende psychotherapeutische Angebote,
- Integration von Betreutem Wohnen, Tagesstätten und Kontaktstätten mit Angeboten auch am Wochenende, an Feiertagen sowie an Spätnachmittagen und am frühem Abend,
- Wahlfreiheit bei allen Versorgungs- und Rehabilitationsangeboten,
- Informations-, Beratungs- und Entlastungsangebote für betroffene Familien,
- Angebot von Psychoedukation, auch für Angehörige und auch außerhalb von Kliniken,
- verbindliche Unterstützung und Einbeziehung der Selbsthilfe,
- unabhängige und anerkannte Beschwerdestellen,
- Qualitätsorientierung bei der Auswahl und Kontrolle von gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern; verstärkte Nutzung von auf kurze Zeit befristeten und konkrete Aufgaben bezogenen Eilbetreuungen im Krisenfall.

Alle Hilfen müssen individuell-passgenau, integriert und vernetzt angeboten werden.

4. Lebenswelten

Wir erwarten

- Arbeits- und Beschäftigungsangebote, die den Fähigkeiten, Interessen und Berufsperspektiven des Einzelnen angemessen sind, mit dem notwendigen Maß an Unterstützung und Betreuung,
- umfassende regionale Verantwortung und Steuerung der Arbeitsrehabilitation und der Arbeits- und Beschäftigungsangebote,
- begleitete Ausbildungs- und Eingliederungshilfen in Betrieben,
- ambulante berufliche Rehabilitationseinrichtungen,
- Maßnahmen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung auf breiter gesellschaftlicher Basis,
- Freizeitangebote, die bezahlbar sind und keine Ghettoisierung für psychisch kranke Menschen schaffen. Sport, Kreativität, Kunst und Kultur sind auch für sie notwendiger Bestandteil einer sinnvollen Lebensgestaltung.

Maßnahmen zur Förderung der Eigenständigkeit und Selbstverantwortung müssen Vorrang vor anderen Hilfsangeboten haben!

5. Entwicklung der Selbsthilfe

Ziel unserer Arbeit ist die Stärkung der Selbsthilfepotenziale im Bereich seelische Gesundheit und psychische Erkrankungen. Wir wollen erreichen, dass möglichst viele Patienten und deren Familien diese Potenziale nutzen können und wir in Öffentlichkeit und Politik entsprechend wahrgenommen werden. Voraussetzung dafür ist die Entwicklung einer den Aufgaben angemessenen Infrastruktur sowohl auf der Bundes- wie auch auf der Landesebene sowie die solidarische, strukturierte und nachhaltige Vernetzung der Akteure. Das betrifft die personelle, technische und räumliche Ausstattung ebenso wie das Bemühen um neue aktive Mitgestalter auf allen Ebenen. Zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe in der Psychiatrie gehören u. a. auch:

- Vernetzung der Selbsthilfeorganisationen und –gruppen zur gegenseitigen Unterstützung und Erfahrungsaustausch,
- Ausbau von Information und Beratung auf der Basis des Erfahrungswissens,
- Nutzung der neuen Medien für Information und Zusammenarbeit,
- aktive Werbung von neuen Mitgliedern,
- Gewinnung und Qualifizierung von Selbsthilfe-Aktivisten,
- Entwicklung und Sicherstellung von Mindeststandards in den Arbeitsfeldern der Selbsthilfe, insbesondere von Leitlinien für unabhängige und kompetente Beratung,
- aktive Beteiligung bei Maßnahmen zur Prävention und Entstigmatisierung im Bereich Seelische Gesundheit, wie z. B. im Nationalen Aktionsbündnis für seelische Gesundheit,

- Beratung und Information von Politikern und Entscheidungsträgern,
- Information und Aufklärung der Öffentlichkeit und die aktive Zusammenarbeit mit den Medien.

6. Unterstützung der Familien und des sozialen Umfeldes

Familie steht in unserem Verständnis für den sozialen Rahmen, den jeder Mensch braucht – sei er nun gesund oder krank. Jeder hat in diesem Rahmen Rechte und Pflichten, ist Geber und Nehmer zugleich. Wenn ein Familienmitglied psychisch krank wird, gerät dieser Rahmen nicht selten aus den Fugen. Zwar hat der Erkrankte besonderen Anspruch auf Hilfe und Rücksichtnahme, aber auch die anderen Familienmitglieder haben Rechte, die auf Dauer nicht unbeachtet bleiben können, wenn man nicht den Zerfall des familiären Zusammenhalts riskieren will. Wer Angehörige von psychisch kranken Menschen fragt, was ihnen in ihrer Lage am meisten fehlt, hört als Antwort meist: Information und Verständnis.

Wir erwarten

- Ansprechpartner und Unterstützung auch dann, wenn das erkrankte Familienmitglied selbst keinen Kontakt zum sozialpsychiatrischen Versorgungssystem hat,
- allgemeine Information und Einbeziehung in die Behandlung und Rehabilitation,
- eine eigenständige, von der Familie unabhängige berufliche und soziale Sicherung für psychisch Kranke, die ihnen nicht nur einen ausreichenden Lebensstandard sichert, sondern ihnen auch die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglicht,
- Unterstützung der Familien durch Anerkennung ihrer Leistungen durch das professionelle Versorgungssystem, Akzeptanz als gleichberechtigte Gesprächspartner sowie Unterstützung bei Problemen in der konkreten häuslichen Situation.

Familienförderung muss auch immer eine Förderung von Familien mit besonderen Belastungen sein! Sie ist das Kernelement des »Sozialraumes« und schafft Möglichkeiten zur Integration in das Gemeinwesen.

Die Agenda 2020 entstand im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes.

Aufgaben der Selbsthilfe aus Sicht des BPE

Jurand Daszkowski

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) betrachtet sich als politische Selbsthilfe und gleichzeitig Interessenvertretung von psychiatrienerfahrenen Menschen. In diesem Sinne geht er mit ihren Aktivitäten weit über das übliche Interessensgebiet einer Selbsthilfeorganisation hinaus.

Die psychiatrische Unterbringung und Behandlung geschieht nicht immer freiwillig, sondern oft unter Zwang. Die Psychiatrie ist nicht nur ein Gebiet der Medizin, sondern auch eine Ordnungsmacht, die die Gesellschaft vor tatsächlich oder vermeintlich psychisch Kranken schützen soll.

Das führt dazu, dass die Psychiatrie-Erfahrenen sich oft nicht, oder nur teilweise als Patienten bzw. Nutzer empfinden, sondern überwiegend als Opfer und Überlebenden des psychiatrischen Systems, das sie dann keineswegs als hilfreich, sondern als traumatisierend empfunden haben.

In manchen Fällen führt das dazu, dass die Psychiatrie als medizinische Wissenschaft überhaupt negiert wird. Das Hauptziel der Selbsthilfeaktivitäten sind dann die Anstrengungen, sich gegen künftige psychiatrische Untersuchungen und Behandlungen, bzw. Übergriffe auf dem rechtlichen Wege z. B. durch Patientenverfügungen zu schützen oder Versuche, politische Veränderungen im Sinne der Betroffenen zu bewirken.

Zu den Zielen unserer Selbsthilfe gehört auch, Alternativen zu der traditionellen Psychiatrie zu schaffen beispielsweise durch Krisenbegleitung im Rahmen der Selbsthilfe in den Weglaufhausinitiativen oder auch im Verwandten- und Freundeskreis.

Diese besonderen Aktivitäten gehen über die üblichen Ziele der Gesundheits-selbsthilfe im somatischen Bereich hinaus und lassen sich auch nicht immer über die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen finanzieren weil z. B. der unmittelbare gesundheitliche Bezug verneint wird.

Allgemein kann ich die Finanzierung des BPE und seiner Landesorganisationen als bescheiden bezeichnen – es gibt eine relativ niedrige Pauschalförderung und hohe Hürden bei der kassenindividuellen Projektförderung.

Was die Perspektiven der Betroffenen-selbsthilfe in der Psychiatrie betrifft, sehe ich die Situation als kompliziert, aber ich bin trotzdem relativ optimistisch.

Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch Deutschland und die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes von 2011 und Bundesgerichtshofes von 2012 haben die Situation geschaffen, die dem politisch und psychiatriekritisch motivierten Teil der Selbsthilfe neuen Anschub gegeben hat. Es gibt jetzt realistische Ziele, um die sich zu kämpfen lohnt - Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie der Psychiatriebetroffenen und Zurückdrängung und Einschränkung des Zwangs in der Psychiatrie. Die Erfolge in diesem Bereich können dazu führen, dass die Zahl der Mitglieder und Aktiven steigt und die Selbsthilfe sich immer mehr in der Öffentlichkeit bemerkbar macht.

Gleichzeitig sehe ich die weitere Entwicklung der Selbsthilfe als nicht unproblematisch.

Die mangelhafte und einseitige Finanzierung der Selbsthilfe und die Organisationsprobleme haben dazu geführt, dass auf einigen Stellen die noch instabilen Selbsthilfestrukturen geschwächt wurden oder im Einzelfall zusammengebrochen sind.

Grundsätzlich kann man bei den Selbsthilfeaktiven Überalterung beobachten, die meisten haben das fünfzigste Lebensjahr längst überschritten. Die Selbsthilfe ist wohl auf Dauer nicht attraktiv genug für die jüngeren Menschen, die trotz der psychiatrischen Behandlung noch fit genug sind für den ersten Arbeitsmarkt und eher ihre psychiatrischen Episoden vergessen - oder verdrängen - und in die sogenannte Normalität zurück wollen. Auch die Menschen mit Migrationserfahrung und Migrationshintergrund sind in der Selbsthilfe deutlich unterrepräsentiert, was in der Zukunft zu ändern wäre. Es wird deswegen in den nächsten Jahren nicht einfach, die Kontinuität der Selbsthilfestrukturen zu gewährleisten und Übernahme der Funktionen durch nachfolgende Generation der Aktiven zu schaffen.

Die Arbeit in der Selbsthilfe wird auf Dauer komplexer und vielschichtiger. Um in den Gremien auf gleicher Augenhöhe mitzuarbeiten und sogar eigene Forderungen durchzusetzen, bedarf es eines gewissen professionellen Hintergrundes.

Bei den Patientenvertretern spricht man beispielsweise über sogenannte sachkundige Personen, die sich diese Sachkunde durch die eigene freiwillige Tätigkeit in der Selbsthilfe über eigene Betroffenheit hinaus erworben haben.

Um auf Dauer auf dem adäquaten Niveau agieren zu können, schaffen es meiner Meinung nach Verbände wie unserer nicht ohne professionelle, zum Beispiel juristische Hilfe Stellungnahmen zu schreiben. Ein gutes Beispiel ist für mich die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Es müssen aber ähnliche Strukturen auch auf der Länderebene entstehen.

Auch lassen sich manche Aufgaben innerhalb des Bundesverbandes und auch der Landesverbände zum Beispiel im Bereich der Organisation und Mitgliederverwaltung nicht auf Dauer nur auf ehrenamtlicher Basis durchführen. Es muss deswegen dem Staat, der Politik und Verwaltung klar werden, dass ohne entsprechende Entlohnung sich manche Aufgaben nicht, oder nur schlecht bewältigen lassen. Selbsthilfeverbände, wie unserer wären in der Lage, auch einige Arbeitsplätze zu schaffen und zur Wiedereingliederung der betroffenen Menschen beizutragen, die möglicherweise in einem traditionellen, hierarchisch organisierten Betrieb nicht zurecht kommen könnten.

Selbsthilfe müsste in der Zukunft attraktiver werden vielleicht auch durch mehr gemeinsame Veranstaltungen mit Kultur- und Freizeitbezug, was besonders in dem psychiatrischen Bereich auch der Krisen- bzw. Krankheitsbewältigung dienen kann und sich nicht von der übrigen Selbsthilfefarbeit trennen lässt.

Selbsthilfe hat Entwicklungsperspektiven und -potenziale, aber dafür braucht es mehr finanzielle und organisatorische Unterstützung von Seite des Bundes, der Länder, der Kommunen und der Kostenträger.

Es muss aber noch viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, damit es für diese Institutionen klar wird, dass es sich wirklich lohnt, in die Selbsthilfe zu investieren und sie zu unterstützen. Ich denke dass auch die jetzige APK-Tagung und insbesondere unsere Arbeitsgruppe etwas dazu beitragen kann.

II Patientenrechte in der Behandlung stärken

Einleitung

Matthias Rosemann

Die subjektive Seite des psychisch erkrankten Menschen in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen, sollte eigentlich selbstverständlicher Standard in der psychiatrischen Versorgung sein. Der Umstand, dass auch in der neueren wissenschaftlichen Literatur immer mehr das »shared-decision-making« als »besonderer« Behandlungsweg »entdeckt« wird, zeigt allerdings, dass wir im psychiatrischen Alltag offensichtlich doch noch weit weg von einer selbstverständlichen Begegnung im Sinne des »Verhandelns statt Behandeln« sind.

Demgegenüber steht aber ein gesellschaftlicher Trend, der spätestens seit der Einführung des Patientenverfügungsrechts in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) zumindest juristisch eine neue Dimension erhalten hat. Das Recht auf Selbstbestimmung in allen Fragen der Behandlung wird sehr betont und der Bundestagsbeschluss zum Patientenverfügungsrecht zeigt, dass der rechtlichen Normierung auch eine lange ethische Debatte vorausging.

Durch verschiedene neue Gesetzgebungen – als jüngstes sei das Patientenrechtegesetz genannt – und durch die aktuellen Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs wird das Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung über die Behandlung der eigenen Erkrankung besonders betont. Wie aber ist die Situation zu bewerten, wenn die Erkrankung selbst die Urteilsfähigkeit eines Menschen zweitweise beeinträchtigt?

Die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) durch den Deutschen Bundestag und vor allem die unterschiedliche Wahrnehmung über die Realität in der Bundesrepublik, wie sie z. B. im Staatenbericht der Bundesregierung¹ gegenüber der UN und der Parallelberichterstattung durch die Zivilgesellschaft² zum Ausdruck kommt, zeigt zwei verschiedene Spannungsverhältnisse auf:

Einerseits wird affirmativ das Recht auf Selbstbestimmung betont, gleichzeitig wird andererseits aber in der politischen Realisierung dieses Rechts auf die Möglichkeiten zur Durchsetzung verzichtet. So führt das Patientenrechtegesetz eben nicht zur Einführung von flächendeckend zur Verfügung stehenden unabhängigen Beschwerdestellen für psychisch kranke Menschen, obwohl die Bundesregierung die Prüfung von unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten im Staatenbericht zur UN-BRK zugesagt hat³. Die Verpflichtung, jedem Patienten unterschiedliche Be-

1 Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Vom Bundeskabinett beschlossen am 3. August 2011.

2 www.brk-allianz.de

3 Staatenbericht a. a. O. S.37

handlungsalternativen aufzuzeigen, hat ebenso wenig Eingang in das Patientenrechtegesetz gefunden, wie die Verankerung des Rechtsanspruchs auf einen abgestimmten Behandlungsplan.

Das andere Spannungsverhältnis besteht darin, dass die Rechtsprechung das Recht auf Krankheit betont, die Politik aber in den Fällen, in denen das Recht auf Krankheit mit dem ebenso bedeutenden Recht auf Schutz und Behandlung zu kollidieren scheint, nicht die erforderlichen Strukturen bereitstellt, um mit ausreichend Zeit und fachlicher Sorgfalt den Konflikt in jedem Einzelfall sorgfältig abzuwägen. So steht zu erwarten, dass in der Frage der gesetzlichen Normierung der Möglichkeiten zur Zwangsbehandlung im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Verfahrensrecht (FamFG) der Prozess des sorgfältigen Abwägens nicht ausreichend Berücksichtigung finden wird, da dieser Prozess einen nicht unerheblichen Aufwand – auch und gerade finanzieller Art – bedeuten würde. Dissens besteht schon in der Frage, welche Qualifikation ein Sachverständiger haben muss, und über die für den Betroffenen kostenfreie Beordnung eines Rechtsanwalts in dieser wesentlichen Entscheidung spricht heute niemand.

Also: Das Feld der Rechte psychisch erkrankter Menschen in der Behandlung wird von großen Gesten und Worten und weitreichenden Entscheidung von Gerichten abgesteckt, denen aber in der Umsetzung sowohl in der psychiatrischen Wirklichkeit, wie auch in den konkreten gesetzlichen Vorgaben in Bund und Ländern nur kleine Schritte am Rand dieses Feldes folgen.

Diese Spannungsverhältnisse gilt es unter verschiedenen Aspekten auszuloten: in den verschiedenen psychiatrischen Wirklichkeiten, in den Forderungen der Menschen mit persönlicher Psychiatrie-Erfahrung, in der rechtlichen Ausgestaltung und in den Gesetzgebungsverfahren, die gerade anhängig sind.

Martin Zinkler zeigt einführend auf, was im psychiatrischen Alltag schon – oder gerade – heute möglich und sinnvoll ist. Sein Aufschlag für die weitere Diskussion macht deutlich, wie viele Möglichkeiten zu einer veränderten Behandlung wir schon heute haben, wenn wir uns auf die Menschen, um die es geht, konsequent einlassen. Heinz Kammeier steckt den aktuellen rechtlichen Rahmen auf den verschiedenen Ebenen, die es zu berücksichtigen gilt, ab. Norbert Konrad erörtert speziell die Rechte von Patienten im Straf- und Maßregelvollzug. Klaus Laupichler und Margret Osterfeld stellen konkrete Forderungen aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen auf. Klaus Obert beschreibt den Prozess der Entwicklung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Baden-Württemberg, einem der Bundesländer, in denen es bisher kein PsychKG gab und dessen Unterbringungsgesetz den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts nicht mehr genügt hat. Peter Kruckenberg zeigt am Beispiel des Landes Bremen, welche Entwicklungen durchaus Mut machen können, für die Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten systematisch einzutreten.

Was bleibt zu tun? Einige Aspekte wurden in den Diskussionen der Tagung deutlich:

1. Die Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium hat auf der Tagung der APK am 6. November 2012 die Teilnehmer aufgefordert, das Patientenrechtegesetz

weiter zu begleiten, nicht nur im Gesetzgebungsverfahren (das nun abgeschlossen ist), sondern auch bei der Umsetzung, da jedes neue Gesetz einer Überprüfung und ggf. einer Korrektur bedarf. Diese Aufforderung sollten wir nicht ungehört lassen. In der Tat kann dieses Gesetz nur ein erster Schritt sein. Formulierten Rechte können verbessert werden. Es ist an uns, zum einen konsequent darauf zu achten, dass aus dem Gesetz Rechts-Wirklichkeit wird, und zum anderen Mängel konsequent und hörbar vorzutragen, um auf eine Verbesserung hinzuwirken. Dazu muss auch die Forderung gehören, dass Patienten ein Recht auf einen abgestimmten Behandlungsplan haben und dass Beschwerdemöglichkeiten finanziert werden müssen (beispielhaft ist hier das Land Berlin).

2. In der näheren Zukunft wird es um die Behandlungsrechte von psychisch kranken Menschen in der Krankenhausbehandlung gehen. Das neue Pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) wird beweisen müssen, dass es den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht wird. Andernfalls müssen alle Akteure sich deutlich gegenüber den zuständigen Institutionen (z. B. dem InEK), dem Ministerium und dem Bundestag artikulieren, um Veränderungen durchzusetzen
3. Die Gesetzgebung in den Ländern (PsychKG oder PsychKHilfeG) muss gewährleisten, dass wirkungsvolle Hilfen flächendeckend zur Verfügung stehen, um die Anwendung von Zwang und Gewalt auf das absolut geringste Minimum («Ultima Ratio») zu reduzieren. Auch im FamFG muss gewährleistet werden, dass der Schutz der Betroffenen oberste Priorität genießt und ihre Rechte tatsächlich und nicht nur dem oberflächlichen Scheine nach gewahrt werden.
4. Wir werden Patientenverfügung und./oder Behandlungsvereinbarungen entwickeln müssen, die den Anforderungen der Praxis tatsächlich gewachsen sind. Dazu brauchen wir Modelle, die tragfähig und belastbar sind und beispielgebend wirken können.
5. Die Alltagspraxis der psychiatrischen Versorgung muss sich verändern. Wer das Vertrauen von psychisch kranken Menschen gewinnen will, benötigt Zeit, Ruhe und Geduld. Kreativität, um Alternativen auszuprobieren, »krumme Wege« zu gehen und Unkonventionelles zu versuchen, gelingt nur in einem Alltag, der nicht ständig von einem ökonomischen Druck, sondern von einer Grundhaltung gemeinsamen Bemühens die individuell passende Hilfe zu finden durchdrungen ist. Leitlinien sind nur die eine Seite einer guten Behandlung. Die andere besteht darin, jedem Einzelnen und seiner besonderen Situation gerecht zu werden. Auch unter den heutigen Bedingungen ist schon viel mehr möglich, als vielerorts geschieht. Das zeigt sich an der unterschiedlichen Realität unter vergleichbaren Bedingungen. Wir sollten daher Mut zu Veränderungen haben, die wir schon heute aus unseren Kräften heraus gestalten können. Ein zentraler Aspekt dabei bildet der Gemeindepsychiatrische Verbund, in dem die einzelnen Anbieter aus ihrer isolierten Betrachtung heraus und zu einem gemeinsam verantworteten Hilfesystem finden, das Verantwortung für die Bürger seines Einzugsgebietes übernimmt.

Freiwilligkeit und Zwang in der psychiatrischen Klinik

Martin Zinkler, Jose Marie Kousemou

... it is to be observed, that although unanimous in expressing disapprobation of the non-restraint system, no one of them has given it a trial.

John Conolly: Treatment of the insane without mechanical restraints – 1856 – zur Kritik deutscher und französischer Psychiater am non-restraint approach

... Treatment may only be provided to a person with mental disorder with his or her consent if he or she has the capacity to give such consent, or, when the person does not have the capacity to consent, with the authorisation of a representative, authority, person or body provided for by law.

Council of Europe: Recommendation No. REC(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum

In weithin beachteten Entscheidungen hat das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2011 die Vorschriften zur zwangsweisen Behandlung im rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsgesetz und im baden-württembergischen Unterbringungsgesetz für verfassungswidrig und nichtig befunden (2 BvR 882/09, R&P 2011, 168 und 2 BvR 633/11, R&P 2012, 31). Beide Entscheidungen bezogen sich auf den Maßregelvollzug. Eine zwangsweise Behandlung nach diesen Vorschriften war seitdem nicht mehr zulässig. In den Begründungen für diese Entscheidungen sieht das Verfassungsgericht eine Zwangsbehandlung nur noch ausnahmsweise vor: wenn die geplante Behandlung bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten geeignet ist, die Einwilligungsfähigkeit wieder herzustellen und weniger eingreifende Mittel dafür nicht zur Verfügung stehen. Seitdem wurden von den Gerichten in Baden-Württemberg im Vorgriff auf die ausstehende Gesetzesänderung kaum mehr Zwangsbehandlungen genehmigt – mit dem Verweis, eine Rechtsgrundlage dafür gebe es seit den Entscheidungen des Verfassungsgerichts nicht mehr, denn die einschlägigen Urteilsbegründungen seien auch auf Zwangsbehandlungen nach dem Betreuungsgesetz anzuwenden. Schließlich entschied folgerichtig am 20.06.2012 der Bundesgerichtshof, dass es auch im Kontext betreuungsrechtlicher Unterbringung an einer Rechtsgrundlage für die Zwangsbehandlung fehle (XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12, R&P 2012, 206).

Seitdem gibt es Patienten, die nach der alten Rechtslage mit entsprechender gerichtlicher Genehmigung zwangsbehandelt werden konnten, nun aber gerichtlich untergebracht in stationärer Unterbringung bleiben und zwar zunächst ohne eine medikamentöse Behandlung, die bei der vorliegenden Erkrankung angezeigt und wirksam wäre. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) befürchtete deshalb eine »Rückkehr zur Verwahrpsychiatrie«; Ärzte würden zu unterlassener Hilfeleistung gezwungen (DGPPN 2012). Dieser Stellungnahme ist auch aus Fachkreisen entschieden widersprochen worden (ZINKLER 2012).

Seit Oktober 2011 gab es in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim keine gerichtlich genehmigten Zwangsbehandlungen mehr. Bei über 1300 stationären Aufnahmen zwischen Oktober 2011 und November 2012 (davon etwa 5 % mit Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz oder dem Baden Württembergischen Unterbringungsgesetz) waren es drei Patienten, bei denen wir nach der alten Rechtslage eine gerichtliche Genehmigung einer Zwangsbehandlung angestrebt haben bzw. hätten. In einem Fall wurde die Zwangsbehandlung vom Gericht nicht genehmigt; in den beiden anderen Fällen wurde von uns in Anbetracht der neuen Rechtslage keine gerichtliche Genehmigung einer Zwangsbehandlung mehr angestrebt. Über diese drei Fälle soll hier berichtet werden. Die Daten der Patienten wurden geringfügig verändert, um eine Identifizierung der Patienten zu verhindern.

Fall 1

Herr A, 29 Jahre alt, war von September 2011 bis Januar 2012 in stationärer Behandlung. Er hatte nach dem Abitur sein Studium abgebrochen, und lebte allein und zunehmend verwahrlost. Auf Anregung der Eltern bestand bereits eine Betreuung, der Betreuer erwirkte bei Gericht eine stationäre Unterbringung. Unserer diagnostischen Einschätzung nach war eine Schizophrenie vom desorganisierten Typ gegeben. Auf der Station blieb er meist in seinem Zimmer, räumte nachts stundenlang das Zimmer um, im Gespräch zeigten sich viele Floskeln, viele Intentionen, viele Gedanken mit wenig inhaltlichem Zusammenhang; selbst einfache Vorhaben konnte er nicht in die Tat umsetzen, er brauchte Stunden für die Körperpflege.

Mehrere Gespräche mit dem Patienten, den Eltern, dem Betreuer und dem Behandlungsteam blieben ohne umsetzbares Ergebnis. Herr A wollte nach Hause in seine verwahrloste Wohnung zurück, die Eltern wünschten eine psychotherapeutische Behandlung, der Betreuer und das Behandlungsteam wollten medikamentös behandeln. Der Betreuer stellte schließlich mit unserem Attest einen Antrag auf Zwangsbehandlung. Das Gericht gab jedoch dem Antrag nicht statt.

Im Dezember 2011 endete die gerichtliche Unterbringung. Deshalb wurde eine erneute Behandlungskonferenz mit allen Beteiligten anberaunt. Die Wohnung war inzwischen gekündigt und ausgeräumt, der Patient realisierte, dass er wohnsitzlos geworden war: Nun wünschten auch die Eltern eine medikamentöse Behandlung. Wir boten eine Fortsetzung des stationären Aufenthalts auf freiwilliger Basis an, mit medikamentöser Behandlung. Alle erbaten sich Bedenkzeit, und nach einigen Tagen willigten Herr A und sein Betreuer in eine neuroleptische Behandlung ein.

Unter dieser Behandlung besserten sich die Denkstörungen, es gelang Herrn A allmählich Intentionen ins Handeln umzusetzen. Das Behandlungsteam hätte ihn gerne in eine Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) vermittelt, Patient und Eltern wünschten jedoch die Entlassung in eine Familienpflege.

Fall 2

Frau B, 33 Jahre alt, war von Mai 2012 bis August 2012 in unserer stationären Behandlung. Sie ist gelernte Friseurin, geschieden und hat drei Kinder; sie lebte alleine, das Sorgerecht für ihre Kinder war ihr vor der aktuellen Einweisung wegen paranoider Vorstellungen und vielen Behandlungsabbrüchen nach stationären Unterbringungen mit Zwangsmedikation entzogen worden. Die erneute stationäre Aufnahme erfolgte mit gerichtlicher Unterbringung im Rahmen der bestehenden Betreuung. Zu Beginn der Behandlung verhielt sie sich misstrauisch, sie war unruhig, ständig unterwegs, und rief mehrmals täglich die Polizei und den Notruf um ihre paranoiden Überzeugungen mitzuteilen.

Sie blieb im Krankenhaus zunächst ablehnend gegenüber jeglichen Therapie- und Gesprächsangeboten und provozierte Mitarbeiter und Mitpatienten durch Beschimpfungen und herablassendes Auftreten. Sie betätigte ununterbrochen den Notruf. Unsere diagnostische Einschätzung war eine schizoaffektive Störung. Ein Antrag auf Zwangsbehandlung wurde von uns anders als bei früheren Aufenthalten in Anbetracht der neuen Rechtslage nicht gestellt. Es wurde mit ihr immer wieder zäh und kontrovers um eine medikamentöse Behandlung verhandelt. Viele Gespräche folgten dem Muster: Patientin: ich möchte entlassen werden – Arzt: auch wir möchten, dass Sie wieder entlassen werden; der schnellste Weg zur Entlassung führt über eine medikamentöse Behandlung.

Schließlich – für uns eher überraschend – akzeptierte die Patientin nach einem dieser abendlichen Gespräche die Behandlung mit einem Neuroleptikum, später auch mit einem stimmungsstabilisierenden Medikament; die Wahndynamik nahm ab, sie betätigte nicht mehr den Notruf und hielt sich an Absprachen, die mit uns und den Angehörigen getroffen wurden. Beschimpfungen und herablassendes Verhalten waren nicht mehr zu beobachten.

Die gerichtliche angeordnete Unterbringung wurde aufgehoben und die Behandlung konnte tagesklinisch auf freiwilliger Basis fortgesetzt werden. Die Medikamenteneinnahme wurde durch regelmäßige Plasmaspiegelbestimmungen überprüft. In einer Behandlungskonferenz wurden die Entlassung und Weiterbehandlung in der Institutsambulanz vereinbart.

Fall 3

Frau C, 64 Jahre alt, befand sich seit August 2012 in unserer stationären Behandlung. Sie ist gelernte Einzelhandelskauffrau, verheiratet, hat drei erwachsene Kinder. Sie wurde vor dem aktuellen Aufenthalt schon viermal stationär psychiatrisch behandelt und hatte bereits medikamentöse Zwangsbehandlung erfahren, zuletzt in 2007. Unter Begleitung der Institutsambulanz war die neuroleptische Behandlung ab 2010 über einen Zeitraum von zwei Jahren ganz allmählich reduziert und im Mai 2012 schließlich beendet worden.

Die aktuelle Aufnahme erfolgte direkt von einem ambulanten Termin. Die Angehörigen hatten sich schon einige Tage vorher besorgt über ihren psychischen Zustand geäußert. Die Patientin kam zum vereinbarten Ambulanztermin: sie war psychisch verändert, misstrauisch, verworren, ratlos und wurde noch am gleichen Tag stationär aufgenommen. Sie blieb freiwillig in stationärer Behandlung, jedoch unter der von ihr

klar formulierten Bedingung, dass sie keine Psychopharmaka einnehmen werde. Diagnostisch handelte es sich um eine erneute Episode einer paranoiden Schizophrenie. Nach einer Woche zeigten sich zunehmende paranoide Symptome, auch des Klinikpersonal wurde von ihr verdächtigt; sie reagierte häufig gereizt, an die Stelle von Ratlosigkeit und Verwirrung traten wahnhaftige Überzeugung und bestimmtes Auftreten. Sie versuchte die Station zu verlassen und forderte schließlich die Entlassung. Wir regten eine gerichtliche Unterbringung an. Bei der Anhörung erklärte sie sich gegenüber der Richterin bereit, freiwillig stationär zu bleiben.

Sie wurde nun aggressiv gegenüber Klinikpersonal, drohte mit Gewalt. Wiederholte Versuche, sie zur Einnahme eines Neuroleptikums oder eines Benzodiazepins zu bewegen, blieben zunächst vergeblich, die Patientin besuchte aber gerne die Bewegungs- und Musiktherapie. Immer wieder erfolgten ausführliche Gespräche, in denen die Patientin ihre Befürchtungen und Verdächtigungen äußerte und gleichzeitig ihre Entschlossenheit betonte, ohne Psychopharmaka aus der Klinik zu kommen.

Wir vermittelten ihr immer wieder, dass wir sie nicht gegen ihren Willen medikamentös behandeln würden, dass wir ihr aber eine medikamentöse Behandlung empfehlen und dass wir beim aktuellen psychischen Befund einer Entlassung nicht zustimmen. Wir versicherten ihr, dass unser einziges Interesse ihre Gesundheit ist und dass wir damit rechnen, dass bei einer medikamentösen Behandlung in drei bis vier Wochen eine Entlassung möglich wäre. Zwei Wochen später willigte sie in eine niedrig dosierte neuroleptische Behandlung ein, die zu einer allmählichen Besserung der Symptome führte.

Bei allen drei geschilderten Behandlungsverläufen wurde eine von den Klinikärzten vorgeschlagene neuroleptische Behandlung von den Patienten zunächst vehement abgelehnt. Im ersten Fall wurde von uns die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung attestiert aber vom Gericht nicht genehmigt. In den beiden anderen Fällen wurde eine Zwangsbehandlung von uns angesichts der ablehnenden Entscheidungen in Baden-Württemberg gar nicht mehr angestrebt. Es vergingen mehrere Wochen ohne medikamentöse Behandlung, aber mit vielfältigen Bemühungen seitens der Klinik, der Angehörigen und des Betreuers eine Zustimmung zur medikamentösen Behandlung auf freiwilliger Basis zu erreichen. Gleichzeitig wurde versucht, psychotherapeutisch ein gemeinsames Krankheitsmodell zu erarbeiten und milieutherapeutisch ein entspannteres und weniger antagonistisches Verhältnis zwischen Patient und Mitarbeitern zu schaffen. Mehrere Male wurde mit allen Beteiligten einschließlich der Patienten in Behandlungskonferenzen das bisher Erreichte und Erreichbare besprochen. Schließlich erklärten sich alle drei Patienten mit einer niedrig dosierten medikamentösen Behandlung einverstanden und konnten einige Wochen später in eine ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

Zwei der drei Patienten hatten bereits Erfahrungen mit Zwangsbehandlungen bei früheren stationären Behandlungen gemacht und wir versicherten diesen Patienten wiederholt, dass sie bei diesem Aufenthalt angesichts der neuen Rechtslage nicht zwangsbehandelt würden oder zu einer Behandlung genötigt würden. Sicher spielte beim zweiten und dritten Beispiel eine Rolle, dass den Patienten

eine schnellere Entlassung aus der stationären Behandlung unter medikamentöser Behandlung in Aussicht gestellt wurde. Dabei handelte es sich nicht in erster Linie um eine Verstärkung erwünschten Verhaltens, sondern um eine Erklärung über den Zusammenhang zwischen effektiver Symptomkontrolle und besseren Chancen, damit außerhalb der Klinik klarzukommen und nicht gleich wieder in die Klinik eingewiesen zu werden.

Bei allen drei Beispielen gehen wir davon aus, dass unter der alten Rechtslage eine Zwangsbehandlung gerichtlich genehmigt worden wäre. Erst nach langen Verhandlungen mit wiederholtem Austausch der Argumente, mit entsprechender Information über die Folgen der Behandlung mit Medikamenten, bzw. die Folgen einer Behandlung ohne Medikamente, kam dann eine freiwillige Behandlung, ganz im Verständnis von *shared decision making*, zustande.

Die Fallbeispiele zeigen:

1. Das Bemühen um eine optimale Behandlung endet nicht mit einer gerichtlichen Entscheidung gegen eine medikamentöse Zwangsbehandlung. Der Verzicht auf eine Zwangsbehandlung kann zu einem neuen Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Klinikpersonal beitragen: Die Patienten erfahren, dass sie nicht zwangsbehandelt werden; die Klinikmitarbeiter erfahren, dass Geduld, »Dabei sein«, Konstanz in der Beziehung und hartnäckiges Eintreten zu einer guten Behandlung ohne den Einsatz von Zwang führen können.
2. Engere Kriterien für die Zwangsbehandlung stellen die stationäre Psychiatrie vor neue Aufgaben beim Austausch mit den Patienten über gegensätzliche Positionen und beim geduldigen Begleiten der Patienten in einer Psychose. Auch nach einer Entscheidung gegen eine Zwangsbehandlung gibt es Chancen für ein *shared decision making*.
3. Befürchtungen, die neue Rechtslage führe zu einer Rückkehr zur Verwahrspsychiatrie, Patienten würden einem eigengesetzlich verlaufenden Krankheitsschicksal überlassen, es gebe mehr Zwangsmaßnahmen und mehr Übergriffe auf Mitpatienten und Klinikpersonal, bestätigten sich in unserer Klinik bisher nicht.

Literatur

- DGPPN (2012): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In: www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/browse/1/article/141/zum-urteil-d-1.html, zuletzt aufgerufen am 01.12.2012
- ZINKLER, M. (2012): Aufforderung zum Rechtsbruch? Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In: *Recht & Psychiatrie* 30: 62–63

Rechtslagen und Reformbedarf

Heinz Kammeier

Grundstrukturen des Behandlungsrechts

Eine Behandlung kann auf der Grundlage des öffentlichen Rechts oder des Zivilrechts erfolgen.

Zum Bereich des *öffentlichen Rechts* zählt die Behandlung einer Person, die im Maßregelvollzug nach § 63 oder § 64 Strafgesetzbuch (StGB) strafrechtlich untergebracht ist. Gleiches gilt für die gefahrenabwehrende Unterbringung auf der Grundlage eines Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) bzw. Unterbringungsgesetz (UBG).

Mit dem Begriff »Unterbringung« wird ein staatlich angeordneter Freiheitsentzug oder eine Freiheitsbeschränkung bezeichnet. Die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung des Behandlungsrechts in diesem Bereich liegt bei den Ländern. Sie normieren die Leistungsansprüche, die Rechtsstellung der Beteiligten und die ggf. notwendige Anwendung von Zwang.

Für eine Behandlung auf *zivilrechtlicher* Grundlage steht in erster Linie das Vertragsrecht des BGB zur Verfügung. Ein Behandlungsvertrag wird üblicherweise zur Kategorie des Dienstvertrags gezählt. Die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung des Behandlungsrechts in diesem Bereich liegt beim Bund. Auf der Grundlage der vertraglichen Dispositionsfreiheit in diesem Bereich schließen die Parteien – Patient und Behandler (z. B. Arzt) – einen individuell gestaltbaren Vertrag miteinander. Daneben haben sich im Laufe der Zeit gewisse »standardisierte« Rechte und Pflichten herausgebildet, die zum Teil unabhängig vom individuellen Behandlungsvertrag Geltung beanspruchen können.

Sie waren bisher nicht gesetzlich normiert, sondern durch Richterrecht herausgearbeitet und geprägt. Inzwischen (Stand: Ende November 2012) hat der Bundestag das sog. Patientenrechtegesetz mit den §§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verabschiedet. Es gibt in weiten Teilen das bisherige Richterrecht in Gesetzesform wieder. (Weitere Hinweise hierzu siehe unten bei Ziffer 5.)

Grundlagen der Behandlung

Nach Art. 2 II 1 Grundgesetz (GG) hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Dies Grundrecht bezeichnet eine Garantie der *Integrität* des Körpers, aber auch der Psyche bzw. des Geistes.

Nach Art. 2 I GG hat jeder das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit. Hiermit wird die allgemeine Handlungsfreiheit garantiert, insbesondere das Recht auf *Selbstbestimmung*, – in vielerlei Hinsichten.

In der deutschen Rechtsordnung stellt die ärztliche Behandlungsmaßnahme als Heileingriff, d. h. selbst wenn sie lege artis, also ohne Fehler, ausgeführt wird, den

Tatbestand einer Körperverletzung dar. Deshalb ist der behandelnde Arzt darauf angewiesen, dass der Patient im Blick auf die von ihm gewollte Behandlung einen Verzicht auf seinen diesbezüglichen grundrechtlichen Schutz ausspricht. Dies kann er tun, indem er von seinem hierauf bezogenen Selbstbestimmungsrecht Gebrauch macht und in die Körperverletzung *einwilligt*. Dann entfällt die Rechtswidrigkeit des ärztlichen Eingriffs, § 228 StGB, wie auch die Schutzbereichsverletzung nach § 823 BGB.

Exkurs 1: Vom Heil des Patienten (*salus aegroti*) zum Willen des Patienten (*voluntas aegroti*)

Obwohl hinsichtlich der rechtlichen Geltung der oben beschriebenen Begriffe von Vertragsfreiheit, Selbstbestimmung und Einwilligungsbefähigung in eine Behandlung schon lange Zeit Klarheit bestand, mussten sich diese Kategorien in der praktischen Lebenswirklichkeit gesundheitlicher Versorgung erst mithilfe weiterer Entwicklungsschritte des Rechts durchsetzen. Hier einige Stichworte zur Entwicklung des Selbstbestimmungsrechts bzw. der Patientenautonomie:

- seit Mitte der 1970er Jahre: Diskussion über die Patientenverfügung
- 1994: Entscheidung eines Strafsenats des BGH zur Sterbehilfe = Ernährungsabbruch aufgrund »mutmaßlichen Willens«
- in den 1990er und frühen 2000er Jahren: Diskussionen über Behandlungsvereinbarung und psychiatrisches Testament
- 2003: Anerkennung der Patientenverfügung durch einen Zivilsenat des BGH
- 2004: Enquete-Kommission des BT und Kutzer-Kommission
- 2009: UN-BRK = keine Ungleichbehandlung psychisch kranker Personen gegenüber gesunden Personen
- 2009: Patientenverfügungsgesetz = Stärkung der Autonomie des Patienten
- 2010: BGH: erneute Stärkung des Patientenwillens beim Behandlungsabbruch
- 2011: BVerfG: kaum noch medikamentöse Zwangsbehandlung einer psychisch erkrankten Person zulässig, – auch um den »Preis« ihrer Selbstschädigung, Chronifizierung
- 2012: BGH: betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung bedarf verfass.-konformer Grundlage.

Exkurs 2: Die Problematik der Einwilligungsfähigkeit bzw. -unfähigkeit

- Einwilligungsfähigkeit ist kein medizinischer, sondern normativer Begriff
- Sie orientiert sich am Verstehen von »Grund, Bedeutung und Tragweite« dessen, worum sich Diagnose und Behandlung drehen (sollen)
- Jemand ist einwilligungsfähig, wenn er aufgrund seiner Einsicht (kognitiv) fähig ist, eine Handlungsentscheidung zu treffen
- Die Entscheidung muss nicht »vernünftig« im allgemeinen oder medizinischen Sinne sein
- Jeder hat das Recht, unbehandelt zu bleiben, wenn er nicht behandelt werden will

- Einwilligungsfähigkeit ist nicht identisch mit Geschäftsfähigkeit, sie ist ein »natürliches« Vermögen
- *Fazit*: Demnach ist jemand einwilligungsunfähig, wenn er nicht in der Lage ist, »Grund, Bedeutung und Tragweite« seiner Krankheits-Situation einzusehen und eine auf dieser Voraussetzung beruhende Entscheidung zu treffen.

Exkurs 3: Die Patientenverfügung als antizipierte Einwilligung

- §§ 1901 a und 1901 b BGB bieten die Möglichkeit einer Vorausverfügung
- bindet den Betreuer und verpflichtet ihn zur Durchsetzung des Patientenwillens
- bindet den Behandler bei nicht vorhandenem Betreuer, die Patientenverfügung als Behandlungswunsch bzw. als mutmaßlichen Willen rechtlich verbindlich zu akzeptieren
- keine Reichweitenbegrenzung: der Verfügende ist nicht durch zeitliche oder diagnostische Grenzen bei seiner Bestimmung eingeschränkt.

Ein *Unfall* bzw. ein *Notfall*, bei der eine verletzte Person nicht zur Abgabe einer Willenserklärung als Einwilligung in oder Verweigerung von Hilfsmaßnahmen in der Lage ist, befreit den Behandelnden in dieser Ausnahmesituation vom Einwilligungserfordernis seines Tuns. Die Rechtsgrundlagen hierfür werden üblicherweise in den §§ 323 c, 13, 34 StGB, § 680 BGB gesehen.

Seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 23.03.2011 ist die Behandlung einer psychisch erkrankten Person ohne oder gegen ihren Willen unter Anwendung von *Unmittelbarem Zwang* erheblich eingeschränkt und bedarf einer gesetzlichen Regelung (Wesentlichkeitstheorie), die dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot entspricht.

Regelungen nach zu schaffendem Recht (*de lege ferenda*) zur zwangsweisen medikamentösen Behandlung nach öffentlichem Recht: Maßregelvollzug und PsychKG

Die Zulässigkeit einer Behandlung ohne oder gegen den Willen einer Person ist rechtlich als Ausnahme von der Einwilligungsbedürftigkeit des Grundrechtseingriffs zu fassen. Im Folgenden werden drei dieser Ausnahmekomplexe vorgestellt:

Ausnahmekomplex 1: Zwangsweise Behandlung in strafrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Unterbringung (Maßregelvollzug und PsychKG)

Das BVerfG hat im Beschluss vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09 (= NJW 2011, 2113 = R&P 2011, 168 = BtPrax 2011, 112 m. Anm. Kammeier) zur nur noch sehr eingeschränkten Zulässigkeit einer medikamentösen Zwangsbehandlung bei einer einwilligungsunfähigen Person im *Maßregelvollzug* klare Vorgaben dazu gemacht, was eine künftige gesetzliche Regelung detailliert zu enthalten hat.

Da auch die Unterbringung einer psychisch erkrankten Person nach dem *PsychKG* zur Abwendung einer Gefahr für Dritte oder zum Schutz vor einer erheblichen Selbstgefährdung gegen oder ohne ihren Willen erfolgt, gilt für diese Vollzugsart mit ihrem hoheitlichen Eingriffen ebenfalls das öffentliche Recht. Selbst wenn bei einer PsychKG-Unterbringung die Eingriffs-Intensität und die Eingriffs-Dauer in Grundrechte nicht so gravierend ausfallen wie im Maßregelvollzug, so ist die Regelung von zulässigen Grundrechtseingriffen hier ebenfalls strukturell an denen beim Maßregelvollzug auszurichten.

Es wird ein kurzer Überblick über die Voraussetzungen und die Zulässigkeit einer medikamentösen Zwangsbehandlung als den Kernaussagen der o. g. Entscheidung des BVerfG gegeben (in eckigen Klammern die jeweiligen Randziffern im Beschluss):

Tatbestandsvoraussetzung:

- Eine krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit oder Unfähigkeit zu einsichtsgemäßem Verhalten liegt vor [47, 51, 54, 55]

Zwangsmedikation als Grundrechtseingriff:

- Dies stellt eine besonders schwerwiegende Form des Eingriffs in das Recht auf körperliche Unversehrtheit dar [44]
- Die betroffene Person wird genötigt, eine Maßnahme zu dulden, die den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt [44]
- Der besonders schwere Grundrechtseingriff ist auch im Hinblick auf die Wirkungen beachtlich:
 - auf die nicht auszuschließende Möglichkeit schwerer, irreversibler und lebensbedrohlicher Nebenwirkungen
 - hinsichtlich einer Veränderung seelischer Abläufe
 - weil die Psychopharmaka den Kern der Persönlichkeit berühren [44]

Entscheidungsvorrecht (prärogative) des Gesetzgebers:

- Gesetzgeber ist berechtigt – nicht verpflichtet –,
 - unter engen Voraussetzungen
 - Behandlungsmaßnahmen (keine Disziplinarmaßnahmen)
 - gegen den natürlichen Willen
 - ausnahmsweise
- zu ermöglichen [49]

Zulässigkeit des Grundrechtseingriffs:

- Zulässig sind Eingriffe in die Grundrechte auf körperliche Integrität und auf das Selbstbestimmungsrecht, Art. 2 II 1 GG [39],
 - die darauf zielen,
 - die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung wiederherzustellen [51]

- um die betroffene Person entlassungsfähig zu machen [54]
- Nicht zulässig ist ein solcher Eingriff im Hinblick auf den Schutz Dritter [46]

Regelungserfordernisse:

Sie sind als Konkretisierung der »engen Voraussetzungen« zu verstehen:

1. materielle Erfordernisse:

- Die Zwangsmedikation als Eingriff muss Erfolg versprechen [57]
- Die zulässige Dauer ist zu begrenzen [57, 59]
- Sie darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden [58]
 - eine weniger eingreifende Behandlung ist aussichtslos [58]
 - es muss zuvor versucht worden sein, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen [58]
 - die Auswahl der konkret anzuwendenden Maßnahmen ist nach Art und Dauer einschließlich Medikation und Kontrolle genau zu bestimmen [60]
- Der Nutzen muss deutlich feststellbar die Belastungen überwiegen [61]

2. verfahrensrechtliche Sicherungen:

Auf der Grundlage von Art. 12 IV UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK):

- Es sind Sicherungen gegen Interessenkonflikte, Missbrauch und Missachtung vorzusehen
 - Die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme ist zu gewährleisten
- Auf der Grundlage des Beschlusses des BVerfG:
- Die beabsichtigte Vornahme einer Zwangsmedikation ist anzukündigen – und zwar so rechtzeitig, dass die Möglichkeit gegeben ist, dagegen Rechtsschutz zu suchen [63]
 - Die angekündigte Maßnahme ist so genau zu konkretisieren, dass eine gerichtliche Überprüfung möglich ist [64]
 - Die Konkretion hat auch die Dauer und mögliche Wiederholungen zu nennen [65]
 - Anordnung und Überwachung haben durch einen Arzt zu erfolgen [66]
 - Der gesamte Vorgang ist ausführlich zu dokumentieren [67]
 - Wegen der asymmetrischen Machtverteilung (vgl. Art. 12 IV 2 UN-BRK) zwischen der Einrichtung/Vollzugsbehörde und der betroffenen Person ist ihr in dieser außerordentlichen Abhängigkeit zu ihrer Sicherung eine von der Einrichtung unabhängige Prüfung zu gewährleisten [68 ff.]

Ausnahmekomplex 2: Akute Krisensituation mit vitaler Indikation

- In akuten Krisensituationen, d. h. bei Lebensgefahr, schwerer bzw. erheblicher Gefahr für eigene Gesundheit, deren Ursache in der psychischen Erkrankung liegt, darf »erst recht« ein der Behandlung möglicherweise entgegenstehender Wille und ggf. der Widerstand des Betroffenen durch eine zwangsweise Behandlung überwunden werden.

- Die Begründung hierfür liegt in der staatlichen Fürsorgepflicht gegenüber Personen, die sich unfreiwillig in staatlichem hoheitlichem Gewahrsam befinden. Dies gilt auch dann, wenn sich die Einrichtung in privater Trägerschaft befindet, aber mit der Befugnis zur Ausübung hoheitlicher Aufgaben beliehen ist.
- Erforderlich: ist eine Abwägungsentscheidung hinsichtlich der kollidierenden Rechtsgüter Selbstbestimmung und Obhutspflicht.
- Da auch in diesen Fällen zunächst grundsätzlich das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person zu beachten ist, greift die Voraussetzung der Ausnahmeregelung erst bei Vorliegen folgender Tatbestands-Voraussetzungen ein (z. B. wenn die betroffene Person in ein Koma verfällt):
 - Es kann nicht mehr von einer »freien Willensbestimmung« der betroffenen Person ausgegangen werden, vgl. die Regelung in § 101 I 2 Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung (StVollzG).
 - Auch ein »natürlicher Wille«, der die Ablehnung einer angebotenen Behandlung rechtlich beachtlich ausdrückt, ist nicht mehr wahrnehmbar.
- Die zwangsweise Behandlung ist zu beenden, wenn die betroffene Person wieder über ihre Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit verfügt und in eine Weiterbehandlung einwilligt oder diese untersagt.

Ausnahmekomplex 3: Besondere Sicherungsmaßnahmen (keine Behandlung im engeren Sinn)

- Bei der Durchführung von »besonderen Sicherungsmaßnahmen« halte ich es gegenwärtig für fraglich, ob hierbei »zur Sedierung« Psychopharmaka und/oder andere sedierende Medikamente gegen den Willen der betroffenen Person eingesetzt werden dürfen, vgl. OLG Celle, Beschl. v. 03.08.2011 (= R&P 2011, 239).
- Ein Entscheidungskriterium könnte in der Ursache bzw. in der Zielrichtung für die Durchführung einer besonderen Sicherungsmaßnahme zu suchen sein: die Anlass-Erkrankung oder ein sonstiger Grund bzw. (auch) Behandlung oder (nur) Ruhigstellung, Sicherung:
 - wenn *Anlass-Erkrankung*: dann ist nur mechanische Fixierung zulässig; »medikamentöse Zwangsbehandlung« allenfalls zur Abwehr von Suizid und erheblicher Selbstverletzung (wie bei »Ausnahmekomplex 2«)
 - wenn aufgrund »*sonstiger Krankheit*«: dann nur mechanische Fixierung zulässig; jegliche Form medizinischer Intervention nur mit Einwilligung der betroffenen Person oder ihrer gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertretung
 - aus anderen nicht krankheitsbedingten Gründen (Frust, Aggression, Fluchtversuch): ebenfalls nur mechanische Fixierung zulässig; jegliche Form medizinischer Intervention nur mit Einwilligung.

Regelungen de lege ferenda zur zwangsweisen medikamentösen Behandlung nach (zivilrechtlichem) Betreuungsrecht

Durch den Beschluss des BGH vom 20.06.2012 – XII ZB 99/12 (= NJW 2012, 2967; R&P 2012, 206) ist die bisher durch § 1906 I Nr. 2 BGB als gerechtfertigt erachtete zwangsweise Behandlung bei betreuungsrechtlicher Unterbringung nicht mehr zulässig, da diese Norm im Anschluss an die o. g. BVerfG-Entscheidung vom 23.03.2011 nicht mehr dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot entspricht. Deshalb ist der Bundes-Gesetzgeber gefordert, eine verfassungskonforme Neuregelung vorzunehmen.

Da sich zu diesem Thema im Detail andere Referenten äußern, beschränke ich mich hier auf den Vorschlag, die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Anwendung von Zwang zur Durchführung einer Behandlung und die freiheitsentziehenden bzw. -beschränkenden Maßnahmen im Zusammenhang mit einer betreuungsrechtlichen Unterbringung in zwei Paragraphen – klar unterscheiden – zu regeln.

Eine solche Aufteilung könnte de lege ferenda in der Grundstruktur wie folgt aussehen:

§ 1904 Ärztliche Behandlungsmaßnahmen

(1) wie bisheriger Abs. 1

(2) Befindet sich eine unter Betreuung stehende Person in einem Zustand, in der sie nicht in der Lage ist, die Behandlungsbedürftigkeit ihrer Krankheit einzusehen und ihre Entscheidungen und ihr Handeln danach auszurichten, dann kann ihr Betreuer in eine zwangsweise durchzuführende Behandlung einwilligen. Vor der Durchführung der zwangsweisen Behandlung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. ... nur als letztes Mittel [Verhältnismäßigkeit] ...
2. ... eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung ist nicht zu erhalten ...
3. ... muss Erfolg versprechend sein [Nutzen und Belastung abwägend] ...
4. ... muss auf (Wieder-) Herstellung der Einsichtsfähigkeit zielen und dadurch in Art und Dauer begrenzt sein ...
5. ... ärztliche Aufklärung muss vorausgehen ...
6. ... ein Sachverständiger ist einzuschalten ...
7. ... vorbeugender Rechtsschutzes ist durch das Betreuungsgericht (BtG) zu ermöglichen bzw. die Ablehnung von Rechtsschutz entspricht der Genehmigung der zwangsweisen Behandlung durch BtG ...
8. ... die Wirksamkeit der Genehmigung tritt erst nach 14 Tagen ein.

(3) Eine Maßnahme nach Absatz 2 kann unabhängig davon durchgeführt werden, ob für die unter Betreuung stehende Person bereits freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet worden sind. [Dies würde die Zulässigkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung bedeuten.]

Alternativ:

(3) Eine Maßnahme nach Absatz 2 darf nur im Zusammenhang mit einer Unterbringungsanordnung oder wenn für die unter Betreuung stehende Person bereits freiheitsbeschrän-

kende oder freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet worden sind durchgeführt werden.
[Ich favorisiere diese Variante.]

- (4) wie bisheriger Abs. 2
- (5) wie bisheriger Abs. 3
- (6) wie bisheriger Abs. 4
- (7) wie bisheriger Abs. 5

§ 1906 Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen

(1) Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind bei einer unter Betreuung stehenden Person nur zulässig, wenn und solange sie zu ihrem Wohl unabdingbar erforderlich sind.

(2) Besteht bei einer unter Betreuung stehenden Person, die sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer anderen Einrichtung aufhält, die Gefahr, dass sie sich infolge ihres Verhaltens selbst erheblichen Schaden zufügt, so können bei ihr durch mechanische Vorrichtungen oder auf andere Weise zu ihrem Selbstschutz freiheitsbeschränkende Maßnahmen vorgenommen werden.

Der zusätzliche Einsatz einer sedierenden Medikation durch eine Ärztin oder einen Arzt ist nur zulässig, wenn die unter Betreuung stehende Person selbst, auch mittels einer Patientenverfügung, oder ihr Betreuer oder ihr Bevollmächtigter hierin eingewilligt haben. Eine zwangsweise Verabreichung ist unzulässig.

- (3) Freiheitsentziehende Unterbringung: etwa wie bisher Abs. 1 Nr. 1
- (4) Vornahme bzw. Einwilligung und Anzeigepflicht des Betreuers ...
- (5) Regelung für den Bevollmächtigten ...
- (6) Genehmigung durch das Betreuungsgericht ...

Patientenrechtegesetz

Um das bisherige richterrechtlich geprägte vertragliche Behandlungsrecht normativ zu regeln, hat der Bundes-Gesetzgeber am 29. November 2012 ein Patientenrechtegesetz (BT-Drs. 17/10488 und 17/11710) in zweiter und dritter Lesung beschlossen. Der Bundesrat wird sich zu Beginn des Jahres 2013 mit dem Gesetzesbeschluss des Bundestages befassen.

Vielfache Stimmen aus der Rechtswissenschaft und -praxis betrachten diese Normgebung skeptisch, da sie kaum Fortschritte im Hinblick auf eine tatsächliche Stärkung der Patientenrechte bringe, insbesondere was den Ausgleich der »Machtverteilung« zwischen Krankenhäusern bzw. Ärzten und Patienten betreffe. Hier spielt die Frage eine ganz erhebliche Rolle, wer in einem Haftungsprozess für was die Beweislast zu tragen habe. Die im vom Bundestag beschlossenen Gesetz enthaltenen Regelungen werden hier kurz vorgestellt:

- § 630 a Behandlungsvertrag:
 - Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen

- Die Behandlung kann nicht nur durch Ärzte erfolgen, sondern auch durch andere Personen, die einen *Heilberuf* ausüben
- § 630 c Informationspflichten:
 - Ein Behandelnder ist auch zur Offenbarung eines *eigenen* Fehlers verpflichtet
- § 630 d Einwilligung:
 - nicht geregelt wird die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger (bleibt es also beim bloßen Vetorecht eines Minderjährigen?)
- § 630 e Aufklärung:
 - es kommt dabei nunmehr deutlicher als bisher auf die Beachtung des »Empfängerhorizonts« des Patienten an
 - auch für den *ausländischen* Patienten muss die Aufklärung verständlich sein
- § 630 f Dokumentation:
 - bei nachträglichen Änderungen in den Patientenakten muss die Ursprungseintragung erkennbar bleiben
- § 630 g Einsichtsrecht:
 - ist jederzeit ist unverzüglich Einsicht in die vollständige Patientenakte zu gewähren
 - Ausschluss nur bei erheblichen *therapeutischen* Gründen bzw. zum Schutz von Rechten Dritter
 - eine Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen
- § 630 h Beweislast bei Haftung:
 - ein Fehler des Behandlers wird vermutet, wenn sich ein *allgemeines* Behandlungsrisiko verwirklicht hat = der Anscheinsbeweis der Fahrlässigkeit wird in die Vermutung eines Fehlers umgeformt
 - es bleibt aber weiterhin ungeklärt, was ein *grober* Behandlungsfehler ist

Behandlungs- und Patientenrechte im Straf- und Maßregelvollzug

Norbert Konrad

Rahmenbedingungen forensisch-psychiatrischer Behandlung

Psychisch gestörte Rechtsbrecher werden stationär in drei hinsichtlich rechtlicher Voraussetzungen und Organisationsstrukturen völlig unterschiedlichen Institutionen betreut (Tabelle 1): In der allgemeinen Psychiatrie, im Maßregelvollzug des psychiatrischen Krankenhauses gemäß § 63 StGB und der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB sowie in psychiatrischen Abteilungen von Justizvollzugskrankenhäusern (KONRAD 2008). Selektionswege im Umgang mit psychisch gestörten Rechtsbrechern werden vor allem durch vier Instanzen determiniert. Die Polizei entscheidet unmittelbar nach deviantem Verhalten (wie z. B. Randalieren im U-Bahnhof) eines psychisch Auffälligen, ob sie ihn der zuständigen psychiatrischen Klinik zuführt oder ein Ermittlungsverfahren eröffnet. Die Amts-/Staatsanwaltschaft entscheidet bei eher geringfügigen Taten, ob z. B. ein Begutachtungsauftrag zur Frage der Schuldfähigkeit ergeht oder ein Strafbefehlsverfahren erfolgt. Der involvierte Gutachter trägt mit seinen zumeist vom Auftraggeber übernommenen Bewertungen (z. B. sichere Annahme von § 21 StGB eröffnet bei den sonst vorliegende Voraussetzungen die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, während »§ 21 nicht auszuschließen« diesen Weg verstellt) wesentlich zur Entscheidungsfindung bei. Letztlich wählt das erkennende Gericht, ggf. auch unter Hinzuziehung eines Gutachters, die angemessen erscheinende Spur im Rahmen der Zweispurigkeit unseres Strafrechtssystems aus.

Tab. 1: Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West), Strafgefangene und Patienten der allgemeinen Psychiatrie (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West 1970–1990, ab 1995 Deutschland)

Jahr	Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB		Zum Vergleich	
	Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63)	Entziehungsanstalt (§ 64)	Strafvollzugsanstalt	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
1970	4222	179	35209	117596
1975	3494	183	34271	115922
1980	2593	632	42027	108904
1985	2472	990	48212	94624
1990	2489	1160	39178	70570
1995	2902	1373	46516	63807
2000	4098	1774	60798	54802
2005	5640	2473	63533	53021 (2004)
2010	6620	3354	60067	53789 (2009)

Die Entwicklung der Strafgefangenen und der Maßregelvollzugspatienten in Deutschland ist in der Tabelle 1 nach 5-Jahresintervallen gegliedert dargestellt. Im psychiatrischen Maßregelvollzug gab es nach der Psychiatrie-Enquête – welche

die Schlusslichtposition des Maßregelvollzuges immerhin verbalisiert hat, während die Gefängnispsychiatrie mit keinem Wort Erwähnung findet – im Rahmen der Fortentwicklung von Behandlungsstrategien Tendenzen, die Belegung zu senken. Das hat sich dann zwischen 1970 und 1980 im damaligen Deutschland, also den alten Bundesländern, auf 2.500 Patienten im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB eingependelt. Erst nach der Wende gab es einen Anstieg, der vielleicht bis 1995 noch mit dem Zuwachs mit den neuen Bundesländern erklärt werden kann. Danach ist immer noch anhaltend eine deutliche Steigerung der Belegungszahlen zu registrieren.

In den Erziehungsanstalten war 1970 im Grunde die Zahl der nach § 64 StGB Untergebrachten vernachlässigbar, mittlerweile sind es 20 mal so viel wie 1970. Betrachtet man die Belegung im Strafvollzug, dann gibt es Schwankungen zwischen 1970 und 1980, bis 1995 entsprechend der Zunahme im psychiatrischen Maßregelvollzug auch hier eine gewisse Zunahme, aber dann nach 1995 eine ganz deutliche Belegungszunahme. Gegenübergestellt sind die Betten in der Allgemeinpsychiatrie, wo man ganz deutlich nach der Psychiatrie-Enquête, insbesondere Mitte der 70er Jahre im Rahmen der Enthospitalisierung, eine kontinuierliche Abnahme der aufgestellten Betten registriert, die zuletzt in der Tendenz des Abbaus so langsam zur Ruhe gekommen ist, während es im Bereich des Maßregelvollzugs gemäß §§ 63 und 64 StGB in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme der belegten Betten gibt.

Betrachtet man die Zahl der Gefangenen, ist es seit etwa 2000 in Deutschland zu einer recht gleich bleibenden Belegung um 60000 Strafgefangene gekommen. Die letzten verfügbaren Daten aus 2011 weisen eine Belegung von 6620 in den psychiatrischen Krankenhäusern der alten Bundesländer einschl. Berlin und von 60067 im Strafvollzug aus. 2009 gab es 53789 belegbare Betten in der Allgemeinpsychiatrie. In Deutschland gibt es mittlerweile einige Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Justizvollzug: In einer Studie an Gefangenen der JVA Bielefeld Brackwede (VON SCHÖNFELD et al 2006) ergab sich beispielsweise eine Prävalenz von 15,1 % psychotische Störungen, auch wenn man die Repräsentativität der Daten (von 197 ausgewählten männlichen Gefangenen konnten 76, von 105 ausgewählten weiblichen Gefangenen 63 vollständig untersucht werden) bezweifeln kann. Geht man von den Prävalenzdaten dieser Studie aus sowie von ca. 40 % Psychosekranken im psychiatrischen Maßregelvollzug (KONRAD und RASCH 2013) sowie ca. 10 % gerichtliche Unterbringungen in der Allgemeinpsychiatrie (Deutsches Ärzteblatt, Heft 44, 2. November 2012), bedeutet dies, dass das Thema der Zwangsbehandlung von untergebrachten Menschen mit einer Psychosediagnose aktuell ca. 5400 Patienten der Allgemeinen Psychiatrie, ca. 3200 Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses gemäß § 63 StGB sowie ca. 9000 Strafgefangene betrifft. Die Zwangsbehandlungsthematik ist also keineswegs eine Domäne der Allgemeinpsychiatrie.

Die rechtlichen Bestimmungen für die Zwangsbehandlung bei allgemeinpsychiatrischen Patienten finden sich in den (Länder-)PsychKGs, die für Maßregelvoll-

zugspatienten ebenfalls dort, sofern keine gesonderten (Länder-)Maßregelvollzugsgesetze erlassen wurden. Die rechtlichen Bestimmungen für die Zwangsbehandlung bei Strafgefangenen finden sich (noch) im § 101 Strafvollzugsgesetz (Bund), sofern das jeweilige Land nicht ein eigenes (Landes-)Strafvollzugsgesetz erlassen hat.

Die BVerfG-Entscheidung v. 23.3.2011

Die aktuellen juristischen Entwicklungen haben eine erhebliche Rechtsunsicherheit sowie zahlreiche Probleme für die klinische Praxis verursacht (MÜLLER et al 2012a). Bundesverfassungsgerichtsurteile haben bisher geltendes Landesrecht für verfassungswidrig erklärt: Teile des Maßregelvollzugsgesetzes von Rheinland-Pfalz (2 BvR 882/09, 23.03.2011) sowie des Unterbringungsgesetzes von Baden-Württemberg (2 BvR 633/11, 12.10.2011). Juristen gehen davon aus, dass auch die entsprechenden Gesetze anderer Bundesländer einer gerichtlichen Überprüfung anhand der neuen Maßstäbe nicht standhalten würden. Allerdings bleiben sämtliche Gesetze wirksam, solange das Bundesverfassungsgericht sie nicht für nichtig erklärt hat.

Generell verboten hat das Verfassungsgericht Zwangsbehandlungen nicht: Der schwerwiegende Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG), der in der medizinischen Behandlung eines im Maßregelvollzug Untergebrachten gegen dessen natürlichen Willen liegt, kann auch zur Erreichung des Vollzugsziels gerechtfertigt sein. Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels ist nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen stehen. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.

Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung. Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren. Denn die grundrechtlich geschützte »Freiheit zur Krankheit« könne nicht losgelöst von den tatsächlichen Möglichkeiten einer freien Willensentschließung betrachtet werden, die krankheitsbedingt eingeschränkt sein können. Der Staat sei nicht verpflichtet, untergebrachte Patienten aufgrund eines prinzipiellen Vorrangs der krankheitsbedingten Willensäußerung dem Schicksal der dauerhaften Freiheitsentziehung zu überlassen. Damit solche schwerwiegenden Grundrechtseingriffe gerechtfertigt werden können, hat das Bundesverfassungsgericht verschärfte materielle Eingriffsvoraussetzungen und verfahrensrechtliche Anforderungen aufgestellt. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel eingesetzt werden, und nur wenn sie im Hinblick auf das rechtfertigende Behandlungsziel Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen stehen.

Auswirkungen auf die forensisch-psychiatrische Praxis

Im Justizvollzug stützte sich die bisherige Zwangsbehandlungspraxis auf § 101 Strafvollzugsgesetz (StrVollzG). Ob bei einwilligungsunfähigen Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten Behandlungen nach § 101 StrVollzG nur noch als Akutbehandlung zulässig sind, wenn der Gefangene krankheitsbedingt einwilligungsunfähig ist, die Behandlung der Wiederherstellung einer durch die Erkrankung bedrohten Gesundheit bzw. der Gesundheit Dritter dient und der Nutzen die Risiken deutlich überwiegt, ist derzeit umstritten.

Die Unterbringungs- und Maßregelvollzugsgesetze der Länder unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland. In Niedersachsen ist im Maßregelvollzug keine Zwangsbehandlung zum Schutz von Dritten erlaubt. So hat das Oberlandesgericht (OLG) Celle festgestellt, dass das Maßregelvollzugsgesetz von Niedersachsen keine Zwangsbehandlung zur Abwehr von Gefahren für Leib und Gesundheit von Mitpatienten oder Pflegepersonal erlaubt. Hierfür könne auf die besonderen Sicherungsmaßnahmen zurückgegriffen werden (OLG Celle, 1 Ws 233/11, 03.08.2011). Anlass war die Klage eines nach § 63 StGB untergebrachten Patienten mit einer wahnhaften Störung, der bereits mit einer Eisenstange auf Ärzte und Pflegekräfte eingeschlagen hatte. Da er weitere Gewalt androhte, wollte die Klinik ihn mit Neuroleptika behandeln, was er ablehnte. Nach dem niedersächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) ist dagegen eine Zwangsbehandlung erlaubt, wenn diese notwendig ist, um die Gesundheit Dritter zu schützen.

Dagegen erlaubt in Rheinland-Pfalz das Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) Behandlungen ohne Einwilligung des untergebrachten Patienten, wenn eine Gefahr für die Gesundheit anderer Personen von ihm ausgeht (§ 6 Abs. 1 Satz 1 MVollzG Rh.-Pf.). Diese Ermächtigungsgrundlage zur Zwangsbehandlung bei Selbst- oder Fremdgefährdung hat das Bundesverfassungsgericht *nicht* für verfassungswidrig erklärt, sondern nur die Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels (BVerfG, 2 BvR 882/09, 23.03.2011). Demnach sind offenbar in Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern mit entsprechenden Landesgesetzen (z.B. NRW, Schleswig-Holstein, Sachsen) derzeit Zwangsbehandlungen zur Abwehr akuter Lebens- oder schwerer Gesundheitsgefahren für Dritte erlaubt.

Auch für Baden-Württemberg hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die gesetzlichen Vorschriften zur Zwangsbehandlung teilweise für verfassungswidrig erklärt (BVerfG, 2 BvR 633/11, 12.10.2011), und zwar konkret § 8 Abs. 2 S. 2 des UBG Baden-Württemberg. Dieser Satz besagt, dass ein Untergebrachter diejenigen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen zu dulden habe, die nach der ärztlichen Kunst erforderlich sind, um die Krankheit zu untersuchen und zu behandeln, sofern sie keinen operativen Eingriff erfordern oder mit einer erheblichen Gefahr für Gesundheit oder Leben verbunden sind. Diese Vorschrift genügt nicht den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts an eine klare und bestimmte gesetzliche Regelung, insbesondere weil darin die medizinische Zwangsbehandlung nicht auf die krankheitsbedingt fehlende Einsichtsfähigkeit begrenzt wird.

In den meisten Bundesländern sind im Fall von Selbstgefährdung bei nach Unterbringungs- bzw. Maßregelvollzugsgesetz untergebrachten Patienten Zwangsbehandlungen erlaubt, wenn entweder die Behandlungsmaßnahme unaufschiebbar ist (z. B. in Bayern und Berlin) oder eine gegenwärtige Gefahr einer erheblichen Schädigung der Gesundheit oder des Lebens des Patienten besteht (z. B. in Schleswig-Holstein).

Spezielle Problembereiche

Insbesondere drei Problembereiche zeichnen sich bislang ab:

- Aufgrund der durch die aktuellen juristischen Entwicklungen entstandenen Rechtsunsicherheit hat sich das Behandlungsklima (auch) in den Maßregelvollzugs-, aber auch Psychiatrischen Abteilungen von Justizvollzugskliniken mancherorts verändert, und es dürfte wieder verstärkt auf Isolierung und Fixierung zurückgegriffen werden. Empirische Daten hierzu liegen jedoch nicht vor.
- Menschen, die wegen ihrer psychischen Störung gefährlich sind und eine Behandlung ablehnen, könnten zunehmend aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden; Patienten mit Psychosen droht eine zunehmende Forensifizierung (MÜLLER et al 2012b), entsprechend der früheren Entwicklung in den USA (WILLIAMS und CAPLAN 2012).
- Obwohl das Bundesverfassungsgericht herausgestellt hat, dass die krankheitsbedingte Einwilligungsunfähigkeit entscheidend für die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen ist, hat es nicht entsprechend ausgeführt, wie bei schweren psychischen Erkrankungen krankheitsbedingte Einschränkungen der Einwilligungs- bzw. Einsichtsfähigkeit zu operationalisieren sind. Der Bundes- bzw. die Ländergesetzgeber sind gefordert, im Rahmen der Überarbeitung der Psych-KGs bzw. Maßregelvollzugsgesetze mehr Rechtssicherheit zu schaffen. Möglicherweise wird das Konstrukt der Einwilligungs(un)fähigkeit in der Rechtspraxis bei Vorliegen einer Wahnsymptomatik weiter gefasst werden als bisher.

Aktuelle Gesetzentwürfe

Soweit aktuell absehbar, zeichnen sich zwei Regelungstypen für die Zwangsbehandlung ab, wobei der erste sich eng an die Bundesverfassungsgerichtsentscheidung anlehnt:

»Bei Lebensgefahr, schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der oder des (Patienten/Gefangenen/Sicherungsverwahrten) oder für andere Personen sind medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie Ernährung gegen den natürlichen Willen der oder des (Patienten/Gefangenen/Sicherungsverwahrten) unter den Voraussetzungen... zulässig, wenn diese oder dieser zur Einsicht in die Schwere der Krankheit und die Notwendigkeit der Maßnahme oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist.«

Als Voraussetzungen werden genannt:

- *Erfolgloser Versuch, die Einwilligung zu der Maßnahme zur erwirken*
- *Aufklärung über Art, Umfang und Dauer der Maßnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt*
- *Maßnahme zur Abwendung der Gefahren geeignet und erforderlich*
- *der erwartete Nutzen überwiegt die mit der Maßnahme verbundenen Belastungen deutlich*
- *die Maßnahme ist nicht mit einer erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit verbunden*
- *Durchführung nur auf Anordnung und unter Leitung einer Ärztin oder eines Arztes*
- *Zustimmung eines (weiteren) unabhängigen/neutralen Arztes*
- *Dokumentation der Gründe für die Anordnung, der Voraussetzungen, der ergriffenen Maßnahme einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der Wirkungsüberwachung sowie Untersuchungs- und Behandlungsverlauf*
- *Belehrung über Möglichkeiten des Rechtsschutzes einschließlich Antrag auf gerichtliche Entscheidung*
- *Zuwarten mit der Anordnung, bis zur Gelegenheit, eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen, es sei denn bei Gefahr im Verzug*

Der zweite Typ lehnt sich an den bisherigen § 101 StrVollzG an:

»Medizinische Untersuchung und Behandlung sowie Ernährung sind zwangsweise nur bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der Untergebrachten oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen zulässig; die Maßnahmen müssen für die Beteiligten zumutbar und dürfen nicht mit erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit der Untergebrachten verbunden sein.

Zur Durchführung der Maßnahmen ist die Einrichtung nicht verpflichtet, solange von einer freien Willensbestimmung der Untergebrachten ausgegangen kann.«

Als Begründung wird angeführt:

Auch im Vollzug der (Maßregel, Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung) setzen alle medizinischen Maßnahmen eine wirksame Einwilligung nach entsprechender Aufklärung der Untergebrachten voraus. Anderes gilt, wenn die Voraussetzungen für eine zwangsweise Behandlung vorliegen. Diesen Sonderfall des unmittelbaren Zwanges durch ärztliche Zwangsmaßnahmen regelt die Bestimmung abschließend. Recht und Pflicht zur Zwangsbehandlung ergeben sich insbesondere aus der Fürsorgepflicht der Einrichtung, aus der allgemeinen Pflicht zur Hilfeleistung und dem ärztlichen Gebot der Lebenserhaltung. Solange die Untergebrachten ihren Willen frei äußern können und einer Behandlung nicht zustimmen, ist die Einrichtung zur Durchführung von medizinischen Maßnahmen zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet. Die Regelungen des Betreuungsrechts (§§ 1896 ff Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) bleiben unberührt.

Bedeutsam ist hier, dass beim zweiten Typ die Möglichkeit der Zwangsbehandlung unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit existiert, also auch bei Einwilligungsfähigkeit durchgeführt werden kann, wenn auch nicht muss. Ob Einwilli-

gungsunfähigkeit bzw. Einsichtsunfähigkeit notwendige Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung darstellen, ist letztlich eine Rechtsfrage. Es dürfte sich – wie bei der »psychischen Störung« gemäß Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) (KONRAD 2012) – um einen missbrauchsanfälligen, unbestimmten Rechtsbegriff handeln. Betroffene erleben das Konstrukt der Einwilligungsunfähigkeit als Diskriminierung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (z. B. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2012). In ihrer ablehnenden Haltung stimmen sie mit denjenigen Psychiatern überein, welche das Konstrukt als unnötig die Handlungsspielräume einengend erleben.

Literatur

- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (2012): Schriftliche Stellungnahme zum Gespräch am 06.08.2012. Dem Autor überreicht im Rahmen der APK-Jahrestagung am 6.11.2012
- KONRAD, N. (2008): Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: FOERSTER K, DRESSING H (Hrsg.) Venzlaff. Foerster. Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 5. Aufl. Urban & Fischer, München, Jena
- KONRAD, N. (2012): Sozialtherapie statt Sicherungsverwahrung? R&P 30:2
- KONRAD, N./RASCH, W. (2013): Forensische Psychiatrie. 4.Auflage. Kohlhammer, Stuttgart (in Vorbereitung)
- MÜLLER, S./WALTER, H./KUNZE, H./KONRAD, N./ HEINZ, A. (2012a): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlungen einwilligungsunfähiger Patienten mit psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 83:1142–1149
- MÜLLER, S./WALTER, H./KUNZE, H./KONRAD, N./HEINZ, A. (2012b): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis – Vorschläge zur Verbesserung. Nervenarzt 83:1150–1155
- VON SCHÖNFELD, C. E./SCHNEIDER, F./SCHRÖDER, T./WIDMANN, B./BOTTHOFF, U./DRIESSEN, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen gefangenen. Nervenarzt 77: 830–841
- WILLIAMS, A. R./CAPLAN, A. L. (2012): Art of medicine. Thomas Szasz: rebel with a questionable cause. Lancet 380:1378–1379

Beachtung der Patientenwünsche und Patientenrechte

Klaus Laupichler, Margret Osterfeld

Seit vier Jahrzehnten, seit der Psychiatriereform gibt es zwei Leitsätze in der psychiatrischen Behandlung und Versorgung:

1. Ambulant vor stationär
2. Verhandeln statt behandeln

In den letzten zwei Jahrzehnten kam immer mehr der Kundengedanke hinzu. Kunden haben Rechte und Wünsche und sind nicht nur auf der Welt, damit an ihnen Geld verdient werden kann.

Nun, leider sieht die psychiatrische Alltagspraxis anders aus und dass sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich. Viel zu oft sind die Leitgedanken der Psychiatriereform heute immer noch nicht umgesetzt. Dagegen steigt die Zahl der psychiatrischen Patienten unaufhörlich und leider steigt auch die Zahl der Menschen, die zwangseingewiesen oder gar zwangsbehandelt werden. Die wichtigsten Wünsche von Patienten sind erst einmal, dass ihre Grund- und Menschenrechte beachtet werden und das fängt bei Kleinigkeiten an. In seelischen Krisen ist die menschliche Zuwendung das Wichtigste, das Gespräch, die Zeit und natürlich die Beziehungsgestaltung. Für all dieses werden die psychiatrisch Tätigen bezahlt.

Zu nennen ist das Recht auf Aufklärung über die Behandlung, über Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung, aber auch über unerwünschte Wirkungen einer Behandlung. Im März 2011 und wohl als Auswirkung der Ratifizierung der UN Behindertenrechts-konvention (UN-BRK) hat das Bundesverfassungsgericht deutliche und klare Vorgaben gemacht. Auch Menschen, die nicht einwilligungsfähig sind, müssen über eine Behandlung aufgeklärt werden, sie sind Partner in der Behandlung, keine Gegner.

Lauscht man den Verlautbarungen der DGPPN, dann möchte diese so schnell wie möglich ein neues Gesetz zur Zwangsbehandlung. Wir vermissen jegliche selbstkritische Auseinandersetzung dieses Verbandes mit der häufigen Zwangspraxis der letzten Jahre. Als Kunden und Partner wünschen wir uns, dass die einzelnen Kliniken transparenter und offener umgehen mit dem Thema Zwang. Es wurde viel zu lang von der Fachöffentlichkeit als Tabu betrachtet. Jede Klinik sollte sich und ihren Kunden *quartalsweise* Rechenschaft darüber ablegen, wie oft sie zu Zwangsmaßnahmen greifen musste und was sie zu tun gedenkt, um die Zahlen der Zwangsmaßnahmen sinken und nicht weiter wachsen zu lassen. So etwas ist im Rahmen des vorgeschriebenen Qualitätsmanagements ohne Mehraufwand möglich. Um das Vertrauen von uns Kunden zu erwerben und zu behalten, muss die »Blackbox Psychiatrie« offener und vertrauensvoller mit uns umgehen, sie kann nicht nur mehr Geld aus Mitteln der Solidargemeinschaft fordern und gleichzeitig ihre Ordnungsmacht hinter medizinisch-paternalistischen Floskeln verbergen. Es ist uns ein Wunsch und gleichermaßen unser Recht, dass die Psychiatrie die

therapeutischen Erfolge von Zwangsmaßnahmen belegt. Diverse Studien belegen bisher, dass Zwangsmedikation nicht zu besseren Therapieergebnissen führt. (vgl.: DFPP 2012)

Hilfreich und lebensnäher würden Behandlungen, wenn nicht nur ausgebildete Peerberater sondern auch ehemalige Mitpatienten durch Gruppen- und Beratungsangebote mit in den klinischen Alltag eingebunden werden. Sie können oft Brückenbauer sein, Dolmetscher zwischen Betroffenen und Profis. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass psychiatrische Mediziner die Wissenshintergründe der Experten aus Erfahrung als gleichberechtigt neben ihrer Sichtweise gelten lassen können. Nur ein so gelebter Dialog kann uns alle vor der Rückkehr zu »elenden unwürdigen Zuständen« in der Psychiatrie bewahren.

Ethikkommissionen an jeder Klinik helfen, Zwangsmaßnahmen genau zu bewerten und zu überlegen welche anderen Mittel in einer konkreten Situation möglich sind. Klar hat das Bundesverfassungsgericht vorgegeben, dass eine Zwangsmedikation nur das allerletzte Mittel sein kann, nachdem ausführlich versucht wurde, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zur Medikation zu erhalten. Ebenso klar ist, dass es im Moment keinerlei gesetzliche Grundlage gibt für eine Zwangsbehandlung. Vorschlagen würden wir, dass solche Ethikkommissionen durchaus auch dialogisch besetzt sind, denn es ist für Professionelle immer hilfreich, wenn auch Stimmen aus dem normalen Leben Gehör bekommen.

Sehr wichtig ist in unseren Augen, dass Ethikkommission und Besuchskommission in jeder Einrichtung, also in den Kliniken, in den Heimen, auch in den Institutionen des gemeindepsychiatrischen Verbundes, unangemeldete Kontrollbesuche und Gespräche mit Betroffenen durchführen dürfen. Nur so lässt sich aufdecken, wo ein eingefahrener Trott zu einer schlechten Behandlungs- und Versorgungsqualität führt. Menschen, die auf eine Heimbetreuung angewiesen sind, sei es wegen Demenz oder anderer schwerer psychischen Erkrankungen, haben oft keinen Zugang zu Ergo- oder Kunst- oder gar Psychotherapie. Immer wieder kommt es vor, dass sie stattdessen unter Umgehung ärztlicher Aufklärungspflichten mit Medikamenten an die Strukturen und Bedürfnisse der Einrichtung angepasst werden. Die Einrichtung, die mit ihren Bewohnern ihr Geld verdient, sollte für aufsuchende Angebote sorgen, doch gleichzeitig müssen die entsprechenden Berufsgruppen auch genügend Mobilität und Flexibilität zeigen und solche Angebote machen. Unbedingt notwendig ist, dass psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen die Rechte der Menschen mit Behinderungen schon im Rahmen der Ausbildung kennen lernen, sonst wird immer wieder ein falsch verstandenes Fürsorgeprinzip zur Exklusion statt zur Inklusion beitragen.

Wir Betroffenen wünschen schon lange, dass wir unsere seelischen Krisen möglichst weitgehend in der heimischen Umgebung bewältigen können, dass »ambulant vor stationär« endlich Wirklichkeit wird. Wir begrüßen daher Entwicklungen hin zu einem regionalen Budget, das verhindern hilft, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen sofort in die Klinik zu schicken, sobald Schwierigkeiten auftauchen. Wir erhoffen, dass der Mechanismus: »Der eine Versorger ist das Problem los und der

andere Versorger verdient an dem Problem« dann eher ausgebremst wird. Für dringend erforderlich halten wir den Ausbau von Hometreatment, also aufsuchenden Teams, die sowohl Patienten als auch Angehörige bei der Überwindung von Krisen unterstützen. Dass dies möglich ist, beweist das regionale Budget in Geesthacht. Dort konnten die Klinikbetten um 60% abgebaut werden, gerade weil die Klinik bereit war, neue ambulante Versorgungswege zu gehen (vgl.: BOERMA 2012).

Literatur

- BOERMA, R. (2012): Wie die Psychiatrie nach Hause kommt, Vortrag auf der Jahrestagung der DGSP www.psychiatrie.de/dgsp/
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP) (2012): Positionspapier der bei der ZEKO am 4. 5. 2012 unter www.dfpp.de

Patientenrechte und Länderinitiativen ... in Baden-Württemberg

Klaus Obert

Aktueller Stand zur Erarbeitung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Baden-Württemberg

Eine kurze Anmerkung zur Funktion und Bedeutung eines Gesetzes. Das Recht, bzw. Gesetze können keine lebendige Realität schaffen, sondern nur den Rahmen festlegen, an dem sich alle Bürger/-innen eines Gemeinwesens zu orientieren haben. Die Umsetzung eines Gesetzes im Alltag kann nur im Zusammenwirken von Lebenswelt (Alltag), Institutionen der Macht (Staat, Institutionen, Recht) und Ökonomie (wirtschaftliche Bedingungen) umgesetzt werden. Logischerweise gilt dies auch für ein Gesetz für die Hilfe und zum Schutz für psychisch kranke Menschen.

Warum braucht man ein Gesetz für die Hilfe und zum Schutz psychisch kranker Menschen?

Nicht nur in Baden-Württemberg wird m. E. nicht selten vorschnell, zu wenig differenziert und fälschlicherweise ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz mit Gewalt, Zwang, Selbst- und Fremdgefährdung aufgrund der Existenz des Unterbringungsgesetzes (UBG, seit 1956) identifiziert. Selbstverständlich kann und darf diese Seite nicht ausgeblendet werden. Der lange Schatten der Vergangenheit einer staatlich organisierten Zwangspsychiatrie ist zweifellos nicht zu übersehen. Dieser ist Teil der Psychiatrie-Geschichte mit dem Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten als ihrem traurigen Höhepunkt.

Psychiatrische Versorgung heißt immer auch: Hilfe und Kontrolle, Recht auf Eigensinn und Recht auf Asyl, Autonomie aber auch teilweise Entzug von Verantwortung, Recht auf Verwahrlosung und auf Fürsorge, um nur auf einige wichtige gegensätzliche Begriffspaare des psychiatrischen Alltags hinzuweisen. Diesen Gegensätzen können wir uns in der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht entziehen, wenn die regionale Versorgungsverpflichtung umgesetzt werden soll. In diesen Diskussionszusammenhang eingebettet ist das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz als ein wesentliches Element des psychiatrischen Diskurses. Das Gesetz soll das Recht auf einen Anspruch auf Hilfe für psychisch kranke Menschen und zum Schutz vor staatlicher und anderer Willkür sicherstellen und garantieren.

Eine solche grundlegende Intention, die sozialpsychiatrisch bestimmt ist, steht im Gegensatz zur Logik der Ausgrenzung und Gewalt gegenüber psychisch kranken Menschen, wie wir dies aus der Psychiatrie Geschichte kennen. Trotzdem gilt es aufmerksam und achtsam zu bleiben. Die Rückendeckung durch die Forderungen der UN Behindertenrechtskonvention stellt allein keine Gewähr dafür dar. Zumindest beruht das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz jedoch auf der be-

währten Gewaltenteilung, die einen prozeduralen, rechtlich sicheren Rahmen vor Willkür schafft.

Ein modernes Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz leitet sich also aus dem sozial-psychiatrischen Paradigma ab und hat sich daran zu orientieren. Ein modernes Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz sichert den Anspruch auf Hilfe ab und soll den Schutz für psychisch kranke Menschen garantieren. Zwangsweise Unterbringungen, Zwangsbehandlungen, stationäre Unterbringungen überhaupt sollen die Ausnahme werden. Das ambulante Netz mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) und dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) als Kernelemente muss so ausgebaut und ausgestattet sein, dass Zwang, Gewalt und Ausgrenzung kontinuierlich weniger werden. Ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz stellt somit die gesetzliche Grundlage, den rechtlichen Rahmen für eine kontinuierlich gewaltfreier werdende Psychiatrie her. Und damit unterscheidet es sich schon im Wesen vom Unterbringungsgesetz, welches überhaupt nicht den Geist der Sozialpsychiatrie atmet, sondern letztlich »nur« dem repressiven Kern des medizinischen Modells entspricht, d.h. es ist die andere Seite der Medaille des naturwissenschaftlich geprägten Paradigmas von Ausgrenzung und Defizitorientierung.

Noch einmal zusammengefasst: Hilfen für psychisch kranke Menschen und ihren Schutz abzusichern muss heißen, die Absicherung und Gewährleistung angemessener, gemeindenaher und gemeinwesenorientierter Hilfen und dadurch die kontinuierliche Abnahme stationärer Unterbringungen. Und wenn eine zwangsweise Unterbringung im Extremfall nicht vermieden werden kann, muss diese klar und eindeutig geregelt sein. Ich bin mir darüber im Klaren, dass genau darüber mit dem radikaleren Flügel der Psychiatrie-Erfahrenen lebhaft und kontrovers gestritten wird.

Das Ziel eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes

Das wesentliche Ziel eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes besteht darin, das Recht psychisch kranker Menschen auf Hilfe und Schutz aus der Freiwilligkeit einer Kannleistung in eine Pflichtleistung zu transformieren. Das Recht und der Anspruch auf umfassende Hilfe für psychisch kranke Menschen in ihrer Lebenswelt werden damit rechtlich festgelegt und können eingefordert werden. Psychisch Kranke und ihre Angehörigen können dann nicht mehr in die Rolle von Bittstellern abgedrängt und im Zweifelsfall freundlich abgewiesen werden, sondern sie können das Recht einfordern. Damit ist beileibe noch keine Gewährleistung für die Umsetzung der Hilfen geschaffen. Jedoch ist der Staat – hier das Land und die Kommune – qua Gesetz verpflichtet, Abhilfe zu schaffen.

Die Hilfen und Unterstützung sollen so umfassend wie möglich gestaltet und strukturiert werden, dass sie den Verbleib im Gemeinwesen, in der Lebenswelt ermöglichen und gewährleisten. Nur in Ausnahmefällen, wenn alle anderen Hilfen ausgeschöpft sind, soll eine stationäre oder gar eine zwangsweise Unterbringung möglich sein.

So wird endlich nach 30 Jahren aus den SpDis ein Baustein der Pflichtversorgung im Unterschied zu der bis heute bestehenden Kann-Leistung. Dabei wird es nicht um hoheitliche Aufgaben im engeren Sinn gehen. M. E. geraten hier oft Begriffe mit unterschiedlichen Vorstellungen und Inhalten durcheinander. Hoheitliche Aufgaben betreffen die unmittelbare ordnungspolitische Funktion des Amtes für öffentliche Ordnung und die Umsetzung durch die Polizei bei zwangsweisen Unterbringungen. Und diese Funktion soll aus unserer Sicht in der bewährten Tradition der Gewaltenteilung in der BRD gerade vor dem Hintergrund der Deutschen Geschichte bestehen bleiben. Dies bedeutet wiederum nicht, die Rolle und Funktion der SpDis so zu belassen wie bisher. Sie sollten vielmehr den Kern der ambulanten Basis Versorgung (wieder) übernehmen – (wie dies z. B. in Stuttgart der Fall ist – mit einer klaren Aufgabenbeschreibung und deren vertraglichen Vereinbarung und Absicherung mit der Kommune oder dem Landkreis. Daraus leiten sich wiederum die Übernahme und Umsetzung von sog. Pflichtaufgaben für die SpDis ab wie z. B. gutachterliche Stellungnahmen gegenüber dem Sozialamt oder bei der Hilfeplanung (Koordinierende Bezugsperson, Hilfebedarfsermittlung etc.) aber auch gutachterliche ärztliche Stellungnahmen bei drohenden Zwangsunterbringungen und die schriftlich vereinbarte Kooperation mit dem Amt für öffentliche Ordnung. Die Festlegung und Übertragung solcher Aufgaben und Funktionen braucht keinen Trägerwechsel, in dem die SpDis an die Kommunen und Landkreise übergehen. Die vertragliche Vereinbarung zur Delegation dieser staatlichen Aufgaben an die SpDis in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege ist selbstverständlich möglich. In Stuttgart besteht eine derartige Regelung seit 1989 und hat u. a. dazu geführt, dass die SpDis in stürmischen und schwierigen Zeiten fast vollständig aus Kürzungs- und Einspardiskussionen herausgehalten werden konnten. Zudem hat die Übernahme sog. Pflichtaufgaben nicht zu Abbrüchen von Kontakten und Beziehungen zu psychisch kranken Menschen geführt, von wirklich wenigen Einzelfällen abgesehen.

Die Regelungsbereiche eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes

Die Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze enthalten allesamt die gleichen Regelungsbereiche, die auch durchaus kontrovers behandelt werden – vor allem innerhalb der Psychiatrie Erfahrenen selbst – und für die es auch in der Umsetzung keine allgemeingültigen Normen und sog. Königswege gibt, wenn auch selbstverständlich eine vereinheitlichte Praxis mit dem entsprechenden Versorgungsniveau anzustreben ist. Vor allem sollten wir uns Professionelle, Psychiatrie Erfahrene und Angehörige immer wieder ins Bewusstsein rufen: Es wird in einer nicht gewaltfreien – auch demokratischen und zivilen – Gesellschaft immer wieder brisante und heikle Situationen geben, die wir unter großen Anstrengungen gemeinsam aushandeln müssen, die mit Zwang und dem zumindest kurzfristigen Entzug von Verantwortung einhergehen können und die deswegen bei allen Beteiligten Widerspruch, Ärger, Enttäuschung und Unverständnis hervorrufen können.

Es handelt sich um folgende Regelungsbereiche:

In erster Linie ist das Unterbringungsrecht zu nennen, welches mit Sicherheit der Bereich ist, der mit Brisanz und Dissens verbunden ist und der auch am intensivsten in die Persönlichkeitsrechte eingreift, der für alle Beteiligten schwer umzusetzen und auch auszuhalten ist – auch für die professionell Tätigen. Für alle Beteiligten sind Zwangsunterbringungen schmerzhaft, geradezu im Einzelfall dramatisch. Es wird das Grundrecht auf Freiheit begrenzt und beschnitten, welches im Grundgesetz ein besonders hohes Gut darstellt. Umso wichtiger ist es, deshalb klare und eindeutige Verfahrensregeln und –instrumente im Rahmen der Gewaltenteilung festzuschreiben, welche die Menschenwürde und die individuellen Rechte der Person im Blick hat und diese respektiert. Das Unterbringungsrecht und damit verbundene zwangsweise Unterbringungen bleiben deshalb ein schwieriges und heikles Kapitel ohne Königswege und populistische Einfachlösungen. Das grundlegende Ziel und die konkrete Utopie lautet hier: Wir müssen alle daran arbeiten, die Zahl solcher heiklen Situationen zu verringern. Dies ist die zentrale Herausforderung für alle Beteiligten und wenn sie nicht zu vermeiden sind, dann müssen klare und eindeutig gesetzlich fixierte Regelungen bestehen.

Im Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste und Gemeindepsychiatrischen Verbände geht es vorrangig um die gesetzliche Festschreibung der Strukturen ambulanter, gemeindenaher Hilfen und wie diese angemessen ausgestattet sind.

Im Bereich der kommunalen Ebene erfolgt die Festschreibung der Organisation und Koordination der Versorgungsverantwortung für die gesetzlich verbrieftete Umsetzung einer an demokratischen und partizipatorischen Leitlinien orientierten regionalen Versorgungsverpflichtung. Allerdings gilt hier, wie in den anderen Regelungsbereichen ebenso, vor allem, wenn wir auf die unterschiedlichen Niveaus in den Bundesländern mit Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen blicken: Wie kann es gelingen, die Kommunen und Landkreise dazu zu bewegen, dass im Land ein einigermaßen einheitliches, menschenwürdiges Versorgungsniveau vorgehalten wird?

Beim vierten Regelungsbereich geht es um die Aufsicht, die Kontrolle und das Beschwerdewesen. Darin wird m.E. ein Kontrollinstrument – dynamisch und prozesshaft – festgeschrieben, welches das Hauptaugenmerk darauf legt, ob und wie zum einen in allen Regionen ähnliche, öffentlich und rechtlich legitimiert und lebensweltlich zwischen den Beteiligten aktiv und positiv gelebte Instrumente und Verfahren von Aufsicht, Kontrolle und Beschwerde eingerichtet und verwirklicht werden und die zum anderen darüber wachen und mit dafür auf allen Ebenen Sorge tragen, dass die Inhalte eines sozialpsychiatrisch sich legitimierenden Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes Wirklichkeit werden.

Und schließlich noch der fünfte Regelungsbereich, der in allen neueren Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen enthalten ist: Der Maßregelvollzug. Hier geht es vorrangig darum, in diesem heiklen und früher auch von der Sozialpsychiatrie kaum zur Kenntnis genommenen Feld der psychiatrischen Versorgung eindeutige und klare Regeln, Instrumente und Verfahrenswege festzulegen, welche zum einen die

Menschenwürde und die Persönlichkeit der betroffenen Menschen schützen, aber auch die Situation der unmittelbar davon betroffenen Umgebung..

Warum gibt es bisher kein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in Baden-Württemberg?

Nur drei Bundesländer sind bislang ohne ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Bayern, Hessen und Baden-Württemberg (BW): Warum und mit welchen Begründungen wurde bisher von der Vorgängerregierung und der CDU- Fraktion trotz massiver Forderungen seitens der Professionellen, der Psychiatrie Erfahrenen und der Angehörigen seit über 15 Jahren erfolgreich die Einführung des Gesetzes verhindert?

»Ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz würde eigentlich keine Vorteile für die Versorgungs- und Lebenslage der psychisch kranken Menschen bringen. Alles rechtlich Erforderliche wäre im UBG von 1956 geregelt«, hieß es immer wieder aus dem Sozialministerium.

Weitere Gründe entziehen sich m. E. der objektiven Betrachtung und sind deshalb nicht ganz ohne spekulativen Hintergrund:

- Z. B. hat das Land kein Durchgriffsrecht auf die Landkreise und Kommunen und kann deshalb nicht in deren Hoheitsrechte eingreifen.
- Aus unserer Sicht ist die Befürchtung bei der vorherigen Landesregierung und der CDU Fraktion zu vermuten, dass durch die Einsetzung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes Pflichtleistungen entstehen, die nicht zu verhindern sind und dadurch eventuell mehr Kosten entstehen. Vor allem könnte dies im pauschalfinanzierten Bereich der Versorgung, also gerade bei den SpDis der Fall sein, weil er rechtlich einklagbar wird. Und dies vor dem Hintergrund, dass das Land dafür Sorge tragen muss, ein einigermaßen einheitliches Versorgungsniveau im Land vorzuhalten, von dem augenblicklich wirklich nicht die Rede sein kann.
- Des Weiteren könnte die Befürchtung bestehen, dass die durchaus berechtigten Forderungen der Psychiatrie Erfahrenen und ihrer Angehörigen auf den Ausbau eines bedarfsorientierten Hilfesystems mehr öffentliches und politisches Gewicht erlangen als dies bisher aufgrund der fehlenden gesetzlichen Absicherung der Grundversorgung der Fall ist.

Mit Sicherheit könnten noch weitere Gründe ins Feld geführt werden, aber wie oben schon erwähnt, bewegen sie sich im Graubereich von Realität und Spekulation. Deshalb möchte ich es bei den genannten belassen. Halten wir vielmehr als positives Faktum an dieser Stelle schon einmal fest, dass mit der neuen Landesregierung die Weichen für ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz gestellt wurden, da die Regierungsparteien – und dies vor allem durch die Initiative und Aktivitäten des Kollegen und Landtagsabgeordneten Manfred Lucha – die Planung und Ratifizierung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in die Koalitionsvereinbarung aufgenommen haben. Diese Vorgabe muss jetzt in der aktuellen Legislaturperiode umgesetzt werden.

Einige Splitter zur psychiatrischen Versorgungslage in Baden-Württemberg, welche die Notwendigkeit eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes unterstreicht

- Grundsätzlich muss als nicht zu unterschätzendes Manko und Defizit konstatiert werden, dass das Niveau der psychiatrischen Versorgung zwischen einzelnen Regionen nicht unerheblich differiert. Es kann ohne Umschweife und ohne Übertreibung von sogenannten doch recht weit entwickelten Regionen hinsichtlich der sozialpsychiatrischen Hilfen und ihrer Vernetzung gesprochen werden im Unterschied zu eher zurückgebliebenen und nicht konsequent ausgebauten Regionen.
- In den weiter entwickelten Regionen bestehen gut funktionierende Gemeindepsychiatrische Verbünde mit verbindlichen Vereinbarungen und Verträgen, die ein gutes, vielleicht sogar annähernd bedarfsorientiertes Netz an sozialpsychiatrischen Hilfen vorhalten, zumindest jedoch auf einem guten Weg sind.
- Analog dazu finden wir den Trialog und die Selbsthilfe von Region zu Region sehr unterschiedlich ausgeprägt vor.
- Vom Sozialministerium wurde in der Vergangenheit zu passiv und zurückhaltend das Erreichen eines einheitlichen Niveaus gefordert und auch zu wenig gesteuert. Dem Landesarbeitskreis kommt zu wenig fachpolitisches Gewicht zu. De facto spielt er m. E. keine besondere Rolle hinsichtlich der Weiterentwicklung und auch der Steuerung sozialpsychiatrischer Hilfen.
- Ebenso fehlt ein landesweit gesteuertes Programm für die Umwandlung von stationär nach ambulant z. B. über trägerübergreifende Budgets. Eine diesbezügliche Entwicklung hängt von jeweiligen regionalen Aktivitäten und Initiativen ab. Das Gleiche gilt für Entwicklungen im Feld der Integrierten Versorgung und des Home-treatments im krankenkassenfinanzierten Bereich.
- Des Weiteren findet keine jährliche Gesundheitsberichtserstattung im Rahmen der permanenten Fortschreibung eines Landespsychiatrieplandes statt, um die sozialpsychiatrischen Hilfen kontinuierlich auszubauen, zu verbessern und ein einheitliches Versorgungsniveau anzusteuern.

Mit Sicherheit ist die psychiatrische Versorgung nicht wesentlich schlechter als in anderen Bundesländern. Trotzdem bestehen die oben erwähnten Defizite, und ich habe beileibe nicht alle aufgeführt. Diese gilt es zu überwinden. Und dafür braucht man ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz als Katalysator und Schubkraft in Richtung

- Pflichtversorgung,
- Vereinheitlichung des Versorgungsniveaus
- und dem Anspruch des Rechts auf Hilfe und auf Schutz.

Bis zur ersten Kürzungswelle konnten die flächendeckend ausgebauten SpDis zumindest als »kleine« Aushängeschilder im Land charakterisiert werden. Aufgrund der folgenreichen Entwicklung mit der zweimaligen Kürzung des Landeszuschusses

und unterschiedlicher Reaktionen seitens der Landkreise auf diese Aktion des Landes sowie der fehlgeschlagenen Kompensation über die Psychotherapie kann davon schon lang nicht mehr die Rede sein. Vielmehr hat die ambulante Basisversorgung darunter enorm gelitten (Personalschlüssel in den SpDis zwischen 1 : 23.000 Einw. (Stuttgart) und 1 : 70.000 Einw.).

Durch ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz allein kann diese defizitäre Entwicklung der letzten 10–15 Jahre nicht aufgearbeitet und beseitigt werden. Schließlich schafft ein Gesetz allein noch keine gelebte Realität (siehe Eingangsbemerkung). Die Erwartungen sollten nicht allzu hoch geschraubt werden. Als rechtliche Grundlage kann es aber einen Rahmen schaffen, auf dem aufgebaut werden kann, wenn die beiden anderen Dimensionen des Prozesses ebenfalls in eine konstruktive Richtung gewendet werden können: Die jeweiligen (fach-)politischen Aktivitäten aller Beteiligten in den Regionen sowie die sukzessive Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Ressourcen zum Ausbau der sozialpsychiatrischen Bausteine.

Ausblick – Wie geht's weiter?

Es handelt sich um einen ausgesprochen anspruchsvollen Zeitplan, bis Ende 2013 das Gesetz für BW verabschiedet zu haben. Allerdings kann dieses Vorgehen nur begrüßt und befürwortet werden, um zügig zu einem Gesetz für die Hilfe und zum Schutz psychisch kranker Menschen im Land zu kommen. Wer weiß, wie es nach den nächsten Landtagswahlen aussieht.

Das zu planende Gesetz wird/sollte sich an den fortschrittlicheren und neueren Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen anderer Bundesländer orientieren und Einiges von dort aufnehmen respektive der besonderen Begebenheiten in Baden-Württemberg. Wir müssen das Rad ja schließlich nicht neu erfinden. Vielmehr benötigen wir ein gutes und fortschrittliches Gesetz als rechtliche Grundlage für den weiteren Ausbau einer fortschrittlichen, humanen und gewaltfreieren Sozialpsychiatrie.

Vor allem liegt m. E. ein hohes Maß an Verantwortung für das Gelingen bei den beteiligten Akteuren selbst, die in erster Linie von einem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz betroffen sind und ein großes Interesse am zustande kommen haben: Die Psychiatrie Erfahrenen, die Angehörigen und die Mitarbeiter/-innen der sozialpsychiatrischen Hilfen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Wir haben diese einmalige Chance, wenn ich dies so ausdrücken darf. Und wenn dem so ist, dann sollten wir sie auch nutzen.

Patientenrechte und Länderinitiativen ... in Bremen

Peter Kruckenberg

In der UN-Behindertenrechtskonvention geht es um die Verwirklichung der Patientenrechte, um gelebte Partizipation und Teilhabe. Danach muss die Behandlung personen- und kontextbezogen sein, orientiert an den Bedürfnissen und Zielen des Patienten, ausgerichtet auf die Förderung der seelischen Gesundheit und vor allem auf Empowerment und Recovery. Sie muss von den Grundsätzen der UN-BRK und des BVerfG ausgehen und mit informierter Zustimmung des Patienten einhergehen – alles andere ist ein »Kunstfehler«!

Für die *Verwirklichung der Patientenrechte* muss das psychiatrische Hilfesystem finanziell, organisatorisch, konzeptionell und fachlich die Einhaltung grundlegender Qualitätsanforderungen sicherstellen. Im aktuellen psychiatrischen Hilfesystem werden diese Qualitätsanforderungen zwar etwas besser als zu Beginn der Psychiatriereform Anfang der 70er Jahre, aber noch immer sehr unzureichend erfüllt.

Zur *Weiterentwicklung* sollten und könnten alle Akteure beitragen, nicht zuletzt die Patienten selbst mit der Unterstützung von Initiativen und Organisationen der Experten aus Erfahrung und der Angehörigen und deren Mitwirkung auf allen Ebenen des Hilfesystems.

Eine besondere politische Verantwortung fällt der Landesebene zu im Hinblick auf ihre Aufgaben

- in der Krankenhausplanung,
- in der Rechtsaufsicht über das Gesundheitswesen und
- in der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens, zu der auch die Koordination des psychiatrischen Hilfesystems und der Prävention gehören.

Bremen

In Bremen gab es zukunftsweisende Erfahrungen, einige mit Unterstützung durch die Landesregierung z. B.

- in den 80er Jahren die Auflösung der Langzeitbereiche des Krankenhauses mit Wiedereingliederung der betroffenen Menschen
- nachhaltige Aktionen von kultureller Beteiligung – Blaue Karawane, Blaumeier Atelier, Zeitungsinitiative Irrtum
- Regionalisierung des Hilfesystems mit Pflichtversorgung, niedrigschwellige Tageskontaktstellen und mobiler Rund-um-die-Uhr-Krisendienst.

Aber es zeigten sich im Hilfesystem für psychisch schwer kranke Menschen viele fortbestehende und manche neue Probleme z. B.:

- zu wenig Kontinuität und integrierte Behandlungsprogramme
- Personalabbau im Krankenhaus entgegen den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung, zu viele Zwangseinweisungen.

In den letzten Jahren gab es wirksame Impulse und Aktivitäten für die Verwirklichung der Patientenrechte, gelebte Partizipation und Teilhabe von aktuellen Patienten, Experten aus Erfahrung und Angehörigen:

- Der Arbeitskreis Nutzerinteressen/Nutzerkontrolle im Krankenhaus
 - als niedrigschwellige Beratungs- und Beschwerdestelle
 - mit Stationsbesuchen der Experten aus Erfahrung
 - gemeinsamer Auswertung mit der Klinikleitung
 - monatliche Patientenzeitung mit Erfahrungsberichten, gesellschaftspolitischen Kommentaren und der besten Information über die Therapie-, Freizeit- und Selbsthilfeangebote
- Der Patientenfürsprecher gemäß Landeskrankenhausgesetz ist ein Experte aus Erfahrung

Der *Landesverband Psychiatrieerfahrener (LVPE)* führt monatliche offene Treffen mitten in der Stadt durch und gewährleistet eine Vertretung der Patienten in wichtigen Gremien, wie die Landes-Besuchskommission, den Landespsychiatrieausschuss, den AGs zur Umsetzung des Landespsychiatrieplans und die AG zur Vorbereitung des neuen Psych-KG.

Die *EX-IN-Ausbildung* ist ein EU-Projekt für die bundesweit koordinierte Ausbildung zur Einbeziehung des »Expertenwissens aus Erfahrung«. Von den inzwischen über 100 EX-IN ausgebildeten Bremer Erfahrenen sind viele in unterschiedlichen Bereichen tätig, z. B.

- in der Expertenpartnerschaft (EXPA) als Berater von Patienten und in den o.g. Gremien,
- als Fortbilder für Profis (u. a. psychiatrische Fachpflege; zusammen mit Profis von einer ganzen Klinik)
- im Antistigma-Schulprojekt mit der DGSP und der KulturAmbulanz des Klinikums
- als fest angestellte Mitarbeiter – »Genesungsbegleiter« – in der Klinik in Bremerhaven und in Bremer Wohngemeinschaften und Heimen

Die *Psychiatriepolitik* des Landes ist in Bewegung:

Seit 2010 gibt es einen neuen *Landes-Psychiatrieplan* Bremen mit breiter Beteiligung und dezidiert sozialpsychiatrischer Ausrichtung. Seit 2012 gibt es drei Arbeitsgruppen zu Umsetzungskonzepten bis 2013.

Seit 2012 gibt es den Auftrag des Landesparlaments zur Überarbeitung des Psych-KG. Hierzu gab es einen Fachtag »Zwangsbearbeitung in der Psychiatrie« mit breiter Beteiligung. Der Auswertungsbericht der Tagung (s. Homepage der DGSP Bremen ab Februar 2013) enthält Hinweise auf Unterbesetzung und Raumprobleme in der Klinik, dort zunehmende Probleme für die Behandlung nach den Kriterien des BVerfG und der UN-BRK sowie eine Zusage konsensorientierter Weiterarbeit.

Das Positionspapier *des Landesverbands Psychiatrieerfahrener* »zwecks Anpassung an internationale Chartas und Konventionen sowie nationale Grund- und Patientenrechte« enthält folgende Forderungen:

- Rechtssicherheit bei einer Unterbringung und während der Behandlung
- keine Behandlung gegen den Patientenwillen
- Einrichtung einer unabhängigen niederschweligen Beschwerdestelle
- Qualitätssicherung in einer »zweiten Psychiatriereform« mit
- Umsteuerung zu mehr Ambulanz
- Sicherstellung Personalstandard
- Kooperation und Koordination der Institutionen
- Beaufsichtigung durch die senatorische Behörde

Das *Landesparlament* bleibt aktiv:

Am 29.11. 2012 fand eine Arbeitstagung mit namhaften Referenten und Referentinnen zum Thema »Eine inklusive Gesellschaft und die Förderung der seelischen Gesundheit in Bremen verwirklichen. Konsequenzen aus der UN-Behindertenrechtskonvention ziehen« statt. Bei drei von sechs Arbeitsgruppen waren Psychiatrieerfahrene an der Moderation beteiligt. Die Veranstaltung war eine genutzte Chance für Bremen, gemeinsam die nächste Phase der Psychiatriereform auf den Weg zu bringen!

Und es geht weiter:

Der Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN

»Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!« (Landtag 3. Dezember 2012, 18. Wahlperiode) lag bei der APK-Tagung schon im Entwurf vor:

»Im psychiatrischen Hilfesystems bestehen – vor allem infolge der Fragmentierung des Leistungsgeschehens und der Finanzierung der Leistungen – bundesweit mit regionalen Unterschieden vielfältige und erhebliche Problemlagen, indem viele schwer oder chronisch psychisch kranke Bürger nicht oder zu spät erreicht werden sowie diskontinuierlich und oft nicht abgestimmt – letztlich unzureichend – behandelt und betreut werden; zu häufig stationäre und zu wenig intensive ambulante und lebensweltbezogen integrierte koordinierte Hilfen erfolgen, die nachhaltiger und wirtschaftlicher sind; entscheidende Leistungsbereiche unterfinanziert bzw. personell unterbesetzt sind, insbesondere auf Akutstationen und in Heimen, so dass dort nicht selten ein inhumanes letztlich traumatisierendes Klima herrscht und viel zu häufig auf Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen wird, bzw. werden muss; zu viele chronisch kranke Bürger nicht am Lebensort behandelt oder gar gemeindefern behandelt d.h. in andere Bundesländer verlegt werden, in den letzten Jahren auch in Bremen...«

»Die Psychiatrie-Reform hat bisher nur Teillösungen erreicht. Die gemeindenahe sozialpsychiatrische Versorgung ist in Deutschland lückenhaft und regional sehr unterschiedlich. Die Koordination und Kooperation zwischen den Versorgungsdiensten muss deutlich verbessert werden. Viele chronisch psychisch Kranke leben am Rand der Armutsgrenze. Sozialrechtlich sind sie körperlich Kranken immer noch nicht gleichgestellt. Zu wenig verändert hat sich auch das Verständnis der Gesellschaft für seelische Krankheiten. Diese Stigmatisierung verringert sich nach internationalen Erfahrungen, wenn sich die Qualität des psychiatrischen Hilfesystems verbessert. In Bremen gibt es Ideen und Bemühungen zur

Weiterentwicklung der Psychiatriereform, die aber häufig im Neben- und Gegeneinander der fragmentierten Versorgung mehr oder weniger stecken bleiben. Die Finanzierung der patientenbezogenen Versorgung bereitet Schwierigkeiten, da unterschiedliche Kostenträger – Krankenkassen, Rentenversicherung und Sozialhilfe koordiniert werden müssten. Die Weiterentwicklung der Psychiatriereform des Hilfesystems für schwer und chronisch kranke Bürger benötigt ein Gesamtkonzept für die regionale Pflichtversorgung, und zwar für das Land Bremen und für Teilregionen (Bremen-Mitte/West, Bremen-Ost/Süd, Bremen-Nord, Bremerhaven), in dessen Rahmen Teilaufgaben und Kooperation verantwortlich delegiert werden ...«

Die Bürgerschaft (Landtag) fordert deshalb den Senat auf, ein für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform wichtiges Vorhaben unter dem Titel

»Förderung von Inklusion und seelischer Gesundheit in Bremen und Bremerhaven – ein gesundheitspolitisches Entwicklungsprojekt 2013 bis 2021« zu erarbeiten.

Darin sollen die anstehenden Schwerpunktaufgaben definiert und durchgeführt werden. Dabei sind seitens des Senats zu erarbeiten und ggfs. mit den Leistungsträgern zu verhandeln:

- »1. Gemeindepsychiatrische Verbände (der Teilregionen und übergreifend für das Land Bremen) als Organisationsform: a) zur Abstimmung unter den relevanten Akteuren, b) zur Steuerung und weiteren Entwicklung sowohl in der personenzentrierten Behandlung als auch in der kooperativen Vernetzung der Anbieter c) zur Abstimmung der Angebote sowie d) für die Verhandlungen mit den Leistungsträgern;
2. Vorlagen zur Erprobung von Regionalbudgets im Bereich des SGB V § 64b und im Bereich des SGB XII;
3. Maßnahmen für die Einbeziehung von Experten aus Erfahrung und Angehörigen auf allen Ebenen, für Verbraucherschutz und für Evaluation im Prozess der Umsetzung;
4. Maßnahmen für die Festlegung der Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen;
5. Maßnahmen für den Aufbau eines niedrigschwellig aufgebauten Verbraucherschutzes als Teil der internen und einer wissenschaftlich fundierten regionalen Qualitätssicherung und Systemevaluation;
6. Ein Konzept, das im Kontext der Umsetzung des Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention Ansätze zur Prävention und Inklusion in den Lebensbereichen Familie und Wohnquartier, Bildung und Arbeit, Freizeit und Mitwirkung in der Zivilgesellschaft für das Land Bremen aufzeigt.«

(Abschließende Forderung der Deputation:)

»Der Deputation für Gesundheit ist regelmäßig über die Fortschritte des gesundheitspolitischen Entwicklungsprojektes zu berichten.

Der erste Bericht soll im Frühjahr 2013 erfolgen.«

Das kann spannend werden!

III Partizipation ermöglichen

Psychiatriethemen im Gemeinsamen Bundesausschuss

Leonore Julius

Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

- Organisation des öffentlichen Rechts
- Rechtsaufsicht: Bundesministerium für Gesundheit
- Implementiert seit 01.01.2004 mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz
- rd. 125 Mitarbeiter/innen
- Zusammenarbeit u. a. mit:
 - IQWiG -Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
 - AQUA -Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

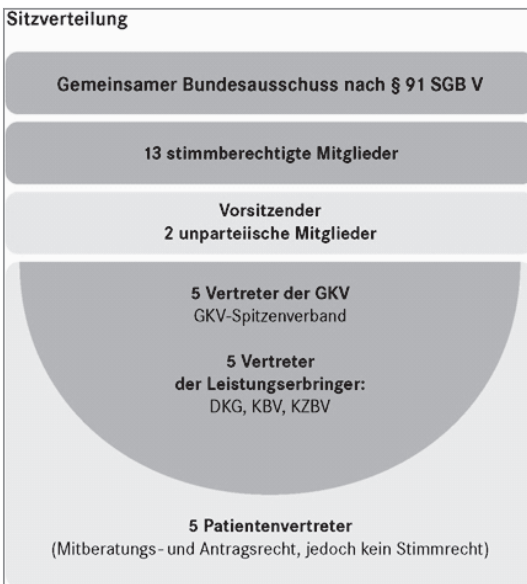


Abb. 1: Sitzverteilung; Quelle: www.g-ba.de

Entscheidungsgremium ist das Plenum; die Richtlinienkompetenz liegt bei den Unterausschüssen (derzeit neun Unterausschüsse). Innerhalb der Unterausschüsse gibt es zwischen einer und fünfzehn Arbeitsgruppen.

In allen Gremien nehmen Patientenvertreterinnen und -vertreter mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht.

In einzelnen Gremien nehmen Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung, des Deutschen Pflegerats, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer mitberatend teil (s. Abb. 2).

Herstellung von Öffentlichkeit

- Plenum: Sitzungen öffentlich
Mitglieder öffentlich
- Unterausschüsse: Sitzungen nicht öffentlich
Vorsitzende/r, stellvertretende/r Vorsitzende/r und Sprecher/
in der Patientenvertretung öffentlich
alle übrigen Mitglieder nicht öffentlich
- Arbeitsgruppen: Sitzungen nicht öffentlich
Mitglieder nicht öffentlich

Benennung Patientenvertreter/innen

Berechtigt zur Entsendung von Patientenvertretern gemäß Patientenbeteiligungsverordnung:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Die Benennung erfolgt einvernehmlich durch einen Koordinierungsausschuss; die Benennung von Patientenvertreter/innen aus der Selbsthilfe erfolgt über den Deutschen Behindertenrat

Patientenvertretung

Die Patientenvertretung setzt sich zusammen aus

- ständigen Vertretern (im Plenum, in den Unterausschüssen, in den Arbeitsgruppen),
- themenbezogenen Vertretern, sog. »sachkundigen Personen«, die für einzelne Sitzungen benannt werden,
- der Stabsstelle beim G-BA zur Unterstützung der Patientenvertreter mit derzeit drei Referentinnen, einer Sachbearbeiterin, einer Sekretärin; Aufgabe der Stabs-

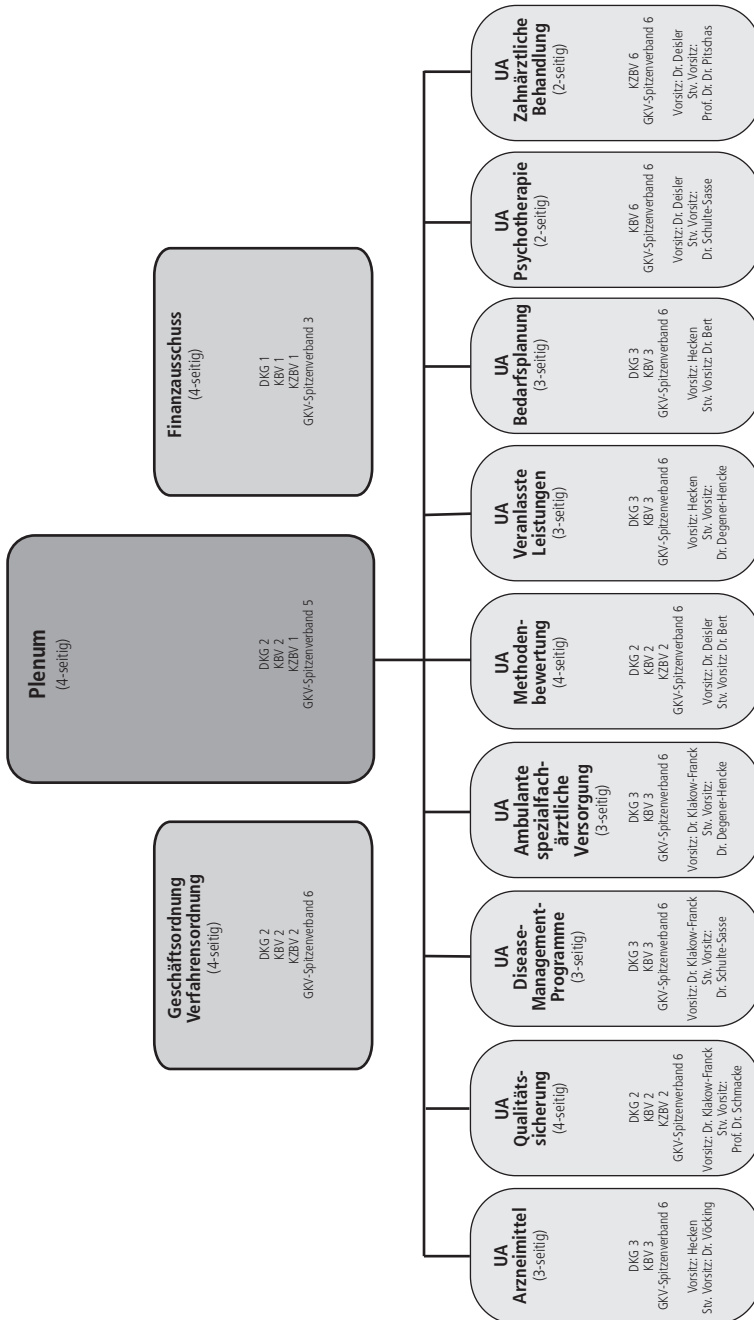


Abb. 2: Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Unterausschüsse; Quelle: www.g-ba.de

stelle ist die »organisatorische und inhaltliche Unterstützung bei der Durchführung des Mitberatungsrechtes sowie des Antragsrechts«.

Der G-BA bietet regelmäßig Fortbildungen für Patientenvertreter an.

Unterausschüsse (UA), in denen Psychiatriethemen behandelt wurden bzw. werden

Übersicht

1. UA Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	nein
2. UA Arzneimittel	ja
3. UA Bedarfsplanung	ja
4. UA Disease-Management-Programme	nein
5. UA Methodenbewertung	ja
6. UA Psychotherapie	ja
7. UA Qualitätssicherung	ja
8. UA Veranlasste Leistungen	ja
9. UA Zahnärztliche Behandlung	nein

Themen der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung kommen in unterschiedlicher Ausprägung in den meisten der Unterausschüsse vor.

Beratungsthemen, für die Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker in die Patientenvertretung berufen wurden, sind mit ❖ gekennzeichnet.

UA Arzneimittel

In diesem Unterausschuss werden regelmäßig Themen behandelt, bei denen es um einzelne Medikamente oder um Medikamentengruppen geht. Neben der ständigen Patientenvertretung in diesem Ausschuss erfolgen folglich recht häufig Benennungen zu diesen Einzelthemen.

- Themenbezogene Beteiligung, z. B.
 - Festlegung Festbetragsgruppen ❖
 - Bewertung »innovativer« Medikamente (Paliperidol <> Risperidon) ❖
 - Ausschluss aus der Verordnungsfähigkeit (Reboxetin) ❖
 - Off-Label-Use ❖
- erster Auftrag für eine Kosten-Nutzen-Analyse an IQWiG
 - Antidepressiva ❖

UA Bedarfsplanung

- Bedarfsplanungs-Richtlinien, z. B.
 - Anlage 1.1: Mustertabellen -Psychologische Psychotherapeuten

- Anlage 7: Berechnung des Versorgungsgrades Psychotherapeuten mit Demografiefaktor

UA Methodenbewertung und UA Psychotherapie

Die meisten der hier aufgeführten Themen werden in Arbeitsgruppen beraten, die sowohl dem Unterausschuss Methodenbewertung als auch dem Unterausschuss Psychotherapie zugeordnet sind.

- Für die Psychotherapie-Richtlinie wurden über 20 Einzelthemen beraten, darunter u. a.
 - Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen❖
 - Präzisierung zur Indikation Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten❖
 - Gemischte Störungen❖
 - Psychoanalytisch begründete Verfahren (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie) sowie Verhaltenstherapie (jeweils im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie)❖
 - Gesprächspsychotherapie❖
 - Schwellenkriterium❖

Während manche Einzelthemen in relativ kurzer Zeit beraten und entschieden werden können, beschäftigt sich z. B. die Arbeitsgruppen »Gesprächspsychotherapie« inzwischen seit mehreren Jahren mit der Frage, ob für diese Therapieform die Voraussetzungen gegeben sind, um sie in den Katalog der erstattungsfähigen Verfahren aufzunehmen. Bisher konnte kein Konsens zwischen den Entscheidern gefunden werden.

UA Qualitätssicherung

Die in diesem Unterausschuss behandelten Themen sind in der Regel indikationsübergreifend und maßgeblich sowohl für den klinischen als auch für den vertragsärztlichen Bereich; sie betreffen somit auch den psychiatrischen und psychotherapeutischen Sektor.

- Qualitätssicherungsrichtlinien und -vereinbarungen
- Qualitätsmanagementrichtlinien und -vereinbarungen
- Qualitätsprüfungsrichtlinien
- Dokumentationsbogen❖
- AG Qualität in der Versorgung psychisch Kranker (seit Ende 2011)❖

UA Veranlasste Leistungen

Dieser Unterausschuss ist zuständig für unterschiedliche Richtlinien, die in Teilen oder bezüglich Besonderheiten auch Leistungen für psychisch kranke Menschen betreffen, so z. B.

- Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
 - Ambulante psychiatrische Krankenpflege
- Chroniker-Richtlinie
 - Definition »geistig wesentlicher Behinderung«
- Rehabilitations-Richtlinie
 - Anlage: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Soziotherapie-Richtlinie❖

Arbeitsgruppen für Querschnittsaufgaben

Neben den Unterschüssen können zu bestimmten Themen Arbeitsgruppen zusätzlich eingesetzt werden. Auftrag der

- AG Versorgungsorientierung/Priorisierung am Beispiel Depression❖
war z. B. die Erprobung eines Verfahrens (am Beispiel Depression), das ausgehend von der Versorgungslage den Regelungsbedarf ermittelt und damit die Priorisierung von bestimmten Themen in der Arbeitsstruktur des G-BA ermöglicht.

Diskussionsthemen im Zusammenhang mit der Patientenbeteiligung im G-BA

Seit der Implementierung der Patientenbeteiligung im G-BA gab und gibt es Regelungsbedarf im Hinblick auf die Rechte, die Mitwirkungsmöglichkeiten und die Pflichten der Patientenvertreterinnen und -vertreter. So musste etwa das Anwesenheitsrecht der Patientenvertretung während der Abstimmungen in einzelnen den G-BA ergänzenden Ländergremien gerichtlich erstritten werden.

In der Diskussion sind Fragen wie

- Abstimmungsrecht für Patientenvertreter generell?
- Abstimmungsrecht für Patientenvertreter in Verfahrensfragen?
- Schweigepflicht (= eingeschränkte Berichtsmöglichkeiten an die entsendenden Verbände)
- Sicherstellung der Unabhängigkeit
- Herstellung von Öffentlichkeit in den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen bezüglich Inhalten und Personen wird von interessierter Seite verlangt
- Kontinuität <> Profi-Patientenvertreter

Die personelle Kontinuität in der Patientenvertretung ist wegen der oft sehr komplexen Beratungsinhalte wünschenswert bzw. notwendig, birgt aber die Gefahr der Entstehung eines (nicht erwünschten?) »Patientenfunktionärstums«

- Belastungsgrenzen der in der Regel ehrenamtlichen Tätigkeit als Patientenvertreter/in

Insgesamt können wir feststellen, dass die Patientenbeteiligung im G-BA inzwischen zu einer festen Größe geworden ist. In der Regel werden die Patientenvertreterinnen und -vertreter akzeptiert; ihre Einlassungen werden in den Sitzungsprotokollen dokumentiert.

Förderung der Partizipation durch Landesrecht

Gerd Künzel

Verankerung in der Verfassung

Das Heimgesetz der Bundesrepublik trat vor mehr als dreißig Jahren in Kraft, in den neuen Bundesländern gilt es seit der Wiedervereinigung. Es ist Ausdruck für den Schutzauftrag des Staates. Unter dem besonderen Schutz stehen die Grundrechte von Menschen, die in Einrichtungen leben und dort gepflegt und betreut werden. Daher enthielt es Regeln für jeden, der ein Pflegeheim oder eine Wohnstätte betreibt. Die Regeln sollen bewirken, dass Menschen, die in Heimen leben, respektiert werden und gut behandelt werden und keinen stärkeren Einschränkungen unterliegen, als der Zweck der Einrichtung oder »Anstalt« erforderte. Ausgangspunkt war ursprünglich das Anstaltsdenken, das besondere Gewaltverhältnis in einer Institution, der der Gesetzgeber nach und nach Grenzen im Interesse der Selbstbestimmung setzte.

Art 1 und 2 Grundgesetz

Menschenwürde und Freiheit sind oberste Verfassungsprinzipien



Schutz der Würde und Persönlichkeitsrechte von Menschen, die in Einrichtungen leben

Wahrung der Integrität der Person

Föderalismusreform und Innovationsschub

Gleichwohl erschien das Bundesheimrecht Mitte des letzten Jahrzehnts nicht mehr zeitgemäß. Es wurde im Zuge der Föderalismusreform 2006 – viel kritisiert – Ländersache. Das Heimvertragsrecht blieb in der Kompetenz des Bundes. Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) löste 2009 die alten heimvertraglichen Vorschriften ab.

Heute ist festzustellen, dass dies einen Innovationsschub auslöste. Das Heim ist überwiegend nicht mehr Anknüpfungspunkt, schon im Titel nicht mehr.

Bundesland und Gesetz In Kraft seit

- Baden-Württemberg: Landesheimgesetz (LHeimG) 01.07.2008 – Novelle i. V.
- Bayern: Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) 01.08.2008
- Berlin: Wohnteilhabegesetz (WTG) 01.07.2010
- Brandenburg: Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohnengesetz (Bbg-PBWöG) 01.01.2010
- Bremen: Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG) 21.10.2010

- Hamburg: Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) 01.01.2010
- Hessen: Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) 7.3.2012
- Mecklenburg-Vorpommern: Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V) 29.05.2010
- Niedersachsen: Niedersächsisches Heimgesetz (NHeimG) 06.07.2011
- Nordrhein-Westfalen: Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) 10.12.2008
- Rheinland-Pfalz: Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) 01.01.2010 Saarland: Landesheimgesetz Saarland (LHeimGS) 19.06.2009
- Sachsen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz vom 13.6.2012
- Sachsen-Anhalt: Wohn- und Teilhabegesetz 25.02.2011
- Schleswig-Holstein: Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) 01.08.2009
- Thüringen ./.

Die meisten Gesetzestitel machen deutlich, dass es um den Schutz der Menschen in einer bestimmten Wohnsituation geht, in der Abhängigkeiten auftreten können, um die Sicherung von Teilhabe und Qualität.

Heimrecht als Teil eines Gesamtkonzeptes

Auf dem DV Forum des Sozialen stellte Heike Hoffer in ihrem Überblick über die Entwicklungen in den Ländern vor einem Jahr fest:

- Heimgesetze der neuen Generation sind »Mischgesetze«, die sich über den ordnungsrechtlichen Rahmen weiter entwickelt haben.
- Die Verortung sozialpolitischer Weiterentwicklung im Heimrecht ist –auch vor dem Hintergrund der Inhalte der Pflege(infrastruktur)gesetze der Länder und des WBG – ist nicht immer überzeugend.
- Soll das Heimrecht dennoch als Instrument zur Durchsetzung bestimmter sozialpolitischer Vorstellungen genutzt werden, sind gerade die innovativen Aspekte weiter zu konkretisieren, auch, um Rechtsklarheit für die Einrichtungen zu schaffen.

Der ersten Aussage stimme ich zu, der zweiten nicht so ganz und der dritten gar nicht:

Verschiedene Ebenen des Schutzes

In Brandenburg haben wir das Landesheimrecht im Zusammenhang eines Gesamtkonzeptes erarbeitet. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Ordnungsrecht allein nicht geeignet ist, Teilhabe und Selbstbestimmung sicherzustellen. Auch der Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung und Übervorteilung kann nicht allein durch aufsichtliche Mittel gewährleistet werden.

Vielmehr müssen ganz verschiedene Wege gegangen werden, um den erforderlichen Schutz sicher zu stellen. Teilhabe und Selbstbestimmung sollen so weitestgehend verwirklicht werden. Es sollen zwischen den verschiedenen Politikfeldern durch die unterschiedlichen Akteure Maßnahmen vereinbart werden, die in den Ebenen

- Stärkung der Marktposition
- Fallsteuerung/Beratung/Koordination
- Soziale Aufmerksamkeit
- Mitwirkung
- und zum Schluss erst Ordnungsrecht

wirken. Das Ordnungsrecht ist also in diesem Konzept als ergänzende Regelung gedacht, die zum Tragen kommt, wenn die vorrangigen Systeme ihre Schutzfunktion nicht entfalten können oder nicht ausreichen.



Abb. 1

Zusammenwirken von Bundes – und Landesrecht

Dabei gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten, teils bei der Regelung, teils bei der Durchführung. Am Anfang stehen, wie im vorigen Schaubild dargestellt die individuellen vertraglichen Rechte. Die stehen im Fokus des WBVG, Ihre Einhaltung kann aber auch ordnungsrechtlich überwacht und die Nichteinhaltung Eingriffe nach sich ziehen. Deutlich wird hier, dass das Ordnungsrecht nicht auf den ersten Zugriff ausgelegt ist, sondern eine subsidiäre Bedeutung hat, wenn die vorrangigen Schutzrechte und Verfahren nicht ausreichen.

Die Zielsetzungen der Ländergesetze und des Bundesgesetzes lassen sich wie folgt fokussieren:

WBG

- Weiterentwicklung der im Heimgesetz enthaltenen zivilrechtlichen Vorschriften zu einem *modernem Verbraucherschutzgesetz*.
- Stärkung der Verbraucher bei der *Wahrnehmung der eigenen Interessen* und in ihrer Rolle als *gleichberechtigte Verhandlungs- und Vertragspartner*.

Landesgesetze

- *Schutz älterer, pflegebedürftiger oder behinderter volljähriger Menschen vor Benachteiligungen*
- und
- *Unterstützung in einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung*.

Der Ansatzpunkt ist unterschiedlich, die Ziele überschneiden sich aber im Ergebnis. Beide Aspekte bilden gemeinsam einen wesentlichen Teil des Gesamtkonzeptes.

Handlungsmöglichkeiten des Landes

Welche Handlungsmöglichkeiten hat ein Land nach dieser Einordnung?

- Anregung und Moderation
- Förderung
- Vertragliche Vereinbarungen
- Rechtssetzung
- Vollzug

Es sind nicht nur »rechtliche« Handlungsmöglichkeiten im engeren Sinne. Dem entspricht, dass auf vielen Gebieten moderne staatliche Steuerung heute nicht mehr allein mit den klassischen rechtlichen Instrumenten durchgeführt wird.

Die Steuerung durch Förderung ist in vielen Ländern der Finanzknappheit zum Opfer gefallen. Die Steuerung durch Moderation und Anregung ist dadurch bedeutsamer geworden und hat in einem Bereich, in dem viele zusammenwirken müssen einen besonderen Stellenwert.

Im Zusammenwirken damit und manchmal erst nachrangig oder hilfsweise kommt Rechtssetzung, der Titel dieses Vortrags und Vollzug zum tragen.

Entsprechend dem Grundgedanken des Gesamtkonzeptes ist das Nachfolgerecht zum Heimrecht nur ein Baustein der Förderung von Partizipation durch Landesrecht.

Zusammenspiel mit anderen gesetzlichen Regelungen

In Brandenburg (Brb) wurden im engen zeitlichen Zusammenhang

- das Brandenburgische Pflege- und Betreuungswohngesetz (BbgPBWoG) vom 08.07.2009,
- das Ausführungsgetz zum Sozialgesetzbuch XII (AG SGB XII) v. 3.11.2010,
- das (Änderungs)Gesetz über die pflegerische Versorgung im Land Brandenburg (Landespflegegesetz) 12.7.2011

und das

- Behindertengleichstellungsgesetz (Kabinettsbeschluss vom 14.8.2012) neu erlassen bzw. novelliert. Darin steckt ein roter Faden.

Transparenz, Beratung, soziale Aufmerksamkeit, individuelle Wohn- und Betreuungsformen, die zum Gesamtkonzept gehören, werden im Ausführungsgesetz zum Sozialgesetzbuch VIII (AG SGB XII) angesprochen. § 3 Abs. 2 AG SGB XII Brb lautet:

(2) Die zuständigen Träger der Sozialhilfe wirken im Rahmen ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz auf eine *sozialräumliche Entwicklung* hin. Dies geschieht

- unter Berücksichtigung der Stärkung des Ehrenamtes, der *sozialen Aufmerksamkeit* und der Transparenz der vorhandenen Hilfsangebote sowie durch die *Einbindung* von Einrichtungen *in die Gemeinde* und
- durch ein abgestimmtes und vernetztes Versorgungssystem einschließlich einer unabhängigen *wohnnahen Beratung und Betreuung*, insbesondere zu Maßnahmen und Hilfen, die einen *Verbleib in der eigenen Häuslichkeit* sichern sowie der *Förderung individueller Wohn- und Betreuungsformen*.

Sie arbeiten dabei eng mit den Ämtern und amtsfreien Gemeinden zusammen, deren Zuständigkeit unberührt bleibt.

Eine fast gleichlautende Regelung enthält § 3 Abs. 2 des Landespflegegesetzes.

Mitwirkung

Aus dem PBWoG will ich den Bereich der Mitwirkung herausgreifen. Wichtig ist, dass sich die Regelung nicht auf die Gremien beschränkt, sondern die individuellen Rechte auch ordnungsrechtlich untermauert:

Individuelle Mitwirkung

Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte der einzelnen Person

§ 15

Gemeinschaftliche Mitwirkung

Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte der Wohnergemeinschaft (Ehrenamt, Angehörige, rechtliche Betreuer, etc.)

§ 16

Interessenvertretung

Eine oder mehrere Ombudspersonen

§ 16

Im Bereich der individuellen Mitwirkung werden z. B. die zivilrechtlichen Rechtspositionen hinsichtlich der persönlichen Pflege und Betreuung und bezüglich der Gestaltung des eigenen Wohnbereichs ordnungsrechtlich abgesichert und damit stärker gegen vertraglichen Gestaltungsmissbrauch abgesichert.

Die Regelung über die kollektive Mitwirkung schlägt eine Brücke zur sozialen Aufmerksamkeit und verstärkt die Wahrnehmung der Bewohnerinteressen bei komplizierten Fragen und berücksichtigt die Einschränkungen, denen die Interessenwahrnehmung der Bewohner faktisch unterliegen.

Kollektive Mitwirkung

Ombudsperson(en)

Mitglieder von örtlichen Seniorenvertretungen und örtlichen Behindertenorganisationen, Angehörige, rechtliche Betreuer

- Einbindung der Bewohner in das Leben in der Gemeinde/im Stadtteil
- Assistenz und Unterstützung der kollektiven Mitwirkung im erweiterten Mitwirkungsbereich
- Wahrnehmung qualifizierter Beteiligungsrechte mit Zustimmung des Bewohnerschaftsrates, wenn kollektive Mitwirkung nicht leistbar (Verträge, Umbau, Entgelt)
- Ernennung von Ombudspersonen vor Ort

Ordnungsrechtliche Kontrolle

Abgesichert werden die landesrechtlichen Handlungsmöglichkeiten durch die ordnungsrechtliche Kontrolle

Ordnungsrechtliche Kontrolle

Kriterien für Autonomie

- Definierte Leistungs- und Qualitätstransparenz
- Sicherung der Verbraucherinformation
- Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten
- Kooperation mit offenen Beratungsstellen
- Förderung sozialer Einbindung
- erweiterte Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte
- Beachtung ziviler Rechtsposition
- aktive Mitwirkung an Fallsteuerung
- modernes Beschwerdemanagement

Dieser Katalog ist relativ weit. Dies scheint im Widerspruch zur beschriebenen Nachrangigkeit ordnungsrechtlicher Eingriffe zu stehen. Die Weite rechtfertigt sich aber gerade durch den Nachrang hinter z. B. der Beratung, der leistungsrechtlichen Qualitätssicherung und freiwilligen Maßnahmen der sozialen Einbindung.

Wenn der Schutzbedarf der Person es aber gebietet, soll eine Eingriffsmöglichkeit bestehen.

EX-IN Projekte

Jörg Utschakowski

Partizipation

Partizipation ist schon lange ein Thema in der Psychiatrie. Seit den 70er Jahren, insbesondere im Rahmen der Psychiatriereform, ist Teilhabe ein zentrales Anliegen. Erneuert wurde die Forderung nach Partizipation der Patienten und Klienten, der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen im Rahmen der Umorientierung der psychiatrischen Versorgung von der Institutionszentrierung zur Personenzentrierung.

Auch die WHO unterstützt die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen. Im Anschluss an die europäische ministerielle Konferenz 2005 hat die WHO ein Papier verfasst, in dem konstatiert wird:

»Die Einbeziehung von Nutzern psychiatrischer Dienste und ihrer Familien ist ein wichtiger Bestandteil des Reformprozesses. Es ist belegt, dass die aktive Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Familien die Qualität der Dienste und der Versorgung erhöht. Sie sollten ebenso an der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen beteiligt werden, um den psychiatrischen Fachkräften ein besseres Verständnis von ihren Bedarfen und Bedürfnissen zu vermitteln.« (WHO, 2005:108)¹

In jüngster Zeit ist Teilhabe nicht mehr nur ein Konzept zur Flexibilisierung, individuellen Anpassung und Verbesserung von Behandlung und Begleitung, sondern ein verbrieftes Recht. Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die deutsche Bundesregierung hat eine gesetzliche Grundlage für das einklagbare Recht auf Inklusion, Einbeziehung und Beteiligung geschaffen.

Doch welche Konzepte für Beteiligung gibt es? Inwieweit wird Partizipation realisiert? Wo stecken Möglichkeiten und Fallstricke?

Diesen Fragen möchte ich anhand einer kleinen Reflektion der EX-IN Bewegung in Deutschland nachgehen.

Partizipation in der psychiatrischen Praxis

Partizipation wird schon seit über 30 Jahren durch den Bundes- und die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und durch die Angehörigenverbände gefordert und erkämpft. Die Trialogbewegung hat in vielen Bereichen einen wichtigen Beitrag zur Partizipation geleistet. Trialogseminare, auf denen sich Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und psychiatrische Fachkräfte auf Augenhöhe begegnen, trialogische Tagungen und trialogisch besetzte Gremien sind aus dem psychiatrischen Alltag nicht mehr wegzudenken.

In einigen Regionen gibt es auch Beschwerdestellen, ein Fürsprachewesen und Beratungsangebote, in denen die Rechte und Anliegen der Betroffenen wahrge-

1 www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf

nommen und verteidigt werden. All dies fördert die Teilhabe und die Teilhabemöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrene und Angehörigen.

Seit einigen Jahren ist ein neuer Bereich hinzugekommen – die Mitarbeit Psychiatrie-Erfahrener in psychiatrischen Diensten.

Professionelle Peer-Arbeit in Deutschland

Es hat sie immer schon gegeben – Menschen, die schwere seelische Erschütterungen durchlebt haben und in psychiatrischen Diensten arbeiten. Die meisten haben über ihre Psychiatrie-Erfahrung nicht gesprochen, nur einige wenige haben sich geoutet oder sind sogar aufgrund ihrer Erfahrung eingestellt worden.

Seit dem 2005–2007 EU-geförderten Pilotprojekt EX-IN (Experienced-Involvement), in dem eine Qualifizierung zum Experten durch Erfahrung entwickelt wurde, werden psychiatrienerfahrene Menschen an 20 Standorten in Deutschland, aber auch in der Schweiz und bald auch in Österreich zu Genesungsbegleitern und Dozenten ausgebildet. Der Kurs dauert ca. ein Jahr und umfasst zwölf Module, sowie zwei Praktika und die Erstellung eines umfangreichen Portfolios.

Mittlerweile finden wir EX-IN Absolventen in allen psychiatrischen Praxisbereichen, auf Akutstationen in Tageskliniken, in Krisenhäusern, im Hometreatment in der ambulanten psychiatrischen Pflege, in Wohnheimen, im Betreuten Wohnen und in Tagesstätten.

Dieser Trend hat auch einen guten Grund, denn die Beteiligung von Experten durch Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung und Behandlung führt nicht nur zu einer Horizonterweiterung für die Kollegen und zu einem besseren Kontakt mit den Klienten, sondern erhöht auch die Qualität und verbessert die Ergebnisse der angebotenen Leistungen (DAVIDSON 2008)².

Partizipation und EX-IN

Unter welchen Bedingungen die EX-IN Idee wirksam wird, welche Auswirkungen EX-IN auf den Partizipationsprozess für Klienten psychiatrischer Dienste und der EX-IN Absolventen hat und welche Herausforderungen sich für die Dienste selbst stellen, soll im Folgenden herausgearbeitet werden.

Partizipation für die Klienten

Die mittlerweile sehr umfangreichen praktischen Erfahrungen mit dem Einsatz von Genesungsbegleitern zeigen, dass die Nutzer psychiatrischer Dienste auf sehr unterschiedlichen Ebenen davon profitieren. Ein wichtiger Wirkfaktor der Arbeit von EX-IN Absolventen ist die Kommunikation. Klienten berichten, dass die Ge-

2 DAVIDSON, L./CHINMAN, M./SELLS, D./ROWE, M. (2006): Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field, *Schizophrenia Bulletin* 32(3), S. 443–450

nesungsbegleiter dieselbe Sprache sprechen und sie sich verstanden fühlen, ohne lange Erklärungen abgeben zu müssen. Aufgrund des Erfahrungshintergrundes der Genesungsbegleiter wird von den Nutzern geschätzt, dass sie direkt und ehrlich kommunizieren und die Dinge auf den Punkt bringen.

Insbesondere in Akuteinrichtungen aber auch in Diensten, die mit Menschen arbeiten, die besonders schwer zu erreichen sind, fassen die Klienten leichter Vertrauen zu den Peer-Mitarbeitern und sind eher bereit, sich auf Kontakt und Unterstützungsangebote einzulassen. Auch in anderen Diensten schätzen die Nutzer die Bestärkung und Parteilichkeit durch die Genesungsbegleiter. Sie werden oft als »Vorbild« gesehen, von denen man neue Selbsthilfestrategien lernen kann. Ihr Zuspruch und die Vermittlung von Hoffnung wird oft überzeugender wahrgenommen, als von den anderen psychiatrischen Fachkräften. Ihr Vorhandensein an sich wird schon als stärkend und ermutigend empfunden, weil sie vermitteln, dass es Licht am Ende des Tunnels gibt und sie ein lebendiger Beweis dafür sind, dass es auch nach schweren Krisen möglich ist, wieder auf die Beine zu kommen.

Durch die EX-IN Genesungsbegleitung wird die Partizipation der Nutzer gestärkt, weil sie sich mehr in den Behandlungsprozess einbringen, ihre Rechte besser wahrgenommen werden und angemessenere Unterstützung geboten wird.

Partizipation für die Peer-Arbeitenden

Während der Pilotphase des EX-IN Projektes und in verschiedenen noch nicht veröffentlichten Erhebungen in EX-IN Kursen wurde der Lernprozess und der persönliche Zugewinn durch den EX-IN Kurs untersucht. Von den Teilnehmern wurde neben der professionellen Kompetenz der eigene Empowermentprozess als die stärkste Auswirkung des Kurses angegeben. Das Selbstwertgefühl ist nicht trotz, sondern wegen der seelischen Erschütterung und des daraus gewonnenen Erfahrungswissens gestärkt.

Weitere Untersuchungen zeigen, dass die Arbeit der Genesungsbegleiter nicht nur den Klienten zugutekommt, sondern für sie selbst zu mehr Recovery und Partizipation führt. Eine Studie aus Boston und Haifa belegt, dass sich die Arbeit für die Peer-Experten sehr positiv auswirkt auf:

- das grundsätzliche Wohlbefinden, da die Unterstützung anderer auch zu einem besseren Verständnis der eigenen Situation beiträgt
- das Gefühl der Arbeitsfähigkeit, da neue Kapazitäten entdeckt werden und Berufstätigkeit erfolgreich erledigt wird
- das soziale Wohlbefinden durch den Aufbau wertvoller und wertgeschätzter Beziehungen
- das emotionale Wohlbefinden durch positive Erfahrungen und Wertschätzung
- das seelische Wohlbefinden durch Selbstverwirklichung und persönliche Weiterentwicklung.³

3 MORAN, G. S./RUSSINOVA, Z./GIDUGU, V./YIM, J./SPRAUGE, C. (2012): Benefits and mechanisms of peer providers with mental illnesses. *Qualitative Health Research* 22, 304–319

Durch die Arbeit als Genesungsbegleiter wird grundsätzlich Partizipation gefördert, weil die Betroffenen etwas geben können, sich als kompetente Akteure erleben, einen wichtigen Beitrag in der Gesellschaft leisten, eine Arbeit haben und Geld verdienen.

Herausforderungen

Aber bedeutet die Einstellung von Experten durch Erfahrung automatisch mehr Partizipation für sie und die Klienten? Diese Frage lässt sich eindeutig mit NEIN beantworten. Die Integration von Genesungsbegleitern in die psychiatrischen Dienste allein reicht nicht aus. Damit sie ihre Wirksamkeit entfalten können, ist es ebenso wichtig, dass auch ihr Erfahrungswissen integriert wird, dass sie als Experten durch Erfahrung respektiert werden.

Das beginnt bei der Frage, welche Rolle die neuen Kollegen einnehmen.

Viele Genesungsbegleiter beschäftigen sich zu Beginn ihrer Beschäftigung mit der Frage, wo ihr Platz ist, welcher Seite sie sich näher fühlen und wie sich die Loyalität gegenüber den Klienten mit der Loyalität gegenüber den Mitarbeitern vereinbaren lässt. Diese Fragen sind meiner Meinung nach nicht Ausdruck mangelnder Vorbereitung, denn diese Fragen werden in den EX-IN Kursen thematisiert und auch nicht ein Mangel an professioneller Abgrenzung. Gerade professionelle Traditionen und Gewohnheiten sind es, die durch die Genesungsbegleiter auf den Prüfstand gestellt werden und zu fruchtbaren Neuanregungen führen können, wenn es in der Organisation eine Offenheit dafür gibt. Gerade in den zu Anfang auftretenden Fragen und Problemen liegt ein großes Potential für Erneuerung und eine stärkere Nutzerorientierung. Wenn dies gleich mit Phrasen wie »das haben wir immer schon so gemacht« oder »der kann das nicht beurteilen, der ist ja viel zu nah dran« abgetan wird, sind die Chancen für Veränderung schnell vergeben. Auch für die Folgezeit ist es wichtig, dass die Genesungsbegleiter als Experten anerkannt sind, dass sie nicht nur aus dem Bauch heraus, sondern auf Basis des in der EX-IN Ausbildung erworbenen Wir-Wissens über eine besondere Fachkompetenz verfügen. Gerade wenn diese ungewöhnlich ist oder quer zu den bisherigen Herangehensweisen liegt, kann dies ein besonderes Potential sein, die gewohnten Strukturen zu überdenken.

Diane Rose vom Kings College in London, die sich viel mit Beteiligungsprozessen beschäftigt, sagt dazu:

»Der Prozess der Betroffenenbeteiligung bei der Veränderung der Praxis kann ebenso bedeutend sein wie seine Ergebnisse. Die Annahme, dass Probleme gelöst sein sollten oder könnten, bevor der Änderungsprozess begonnen hat, ist ein Fehler«.⁴

4 ROSE, D./FLEISCHMANN, P./TONKISS, F. (2003): User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of Literature, report of the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO) November 2002 (revised November 2003)

Die Partizipation von Experten durch Erfahrung in den psychiatrischen Diensten braucht also Veränderungsbereitschaft.

Voraussetzung in den Organisationen

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Einbeziehung von Genesungsbegleitern in psychiatrische Dienste ist, dass die Leitung von der EX-IN Idee überzeugt sein muss. Die Beteiligung einer neuen Berufsgruppe verursacht Veränderungen in der gesamten Organisation, dies führt zu Reibungen, Neuorientierungen und Herausforderung auf verschiedenen Ebenen, die begleitet und getragen werden müssen. Dies geht ohne die Unterstützung der Leitung nicht.

Eine gute Vorbereitung der Organisation vor der Beteiligung von Genesungsbegleitern zahlt sich aus. Dazu gehört eine gute Information über das Konzept von Genesungsbegleitung, oft ist es hilfreich, dass Fortbildungen durch Psychiatrie-Erfahrene angeboten werden, so dass sich die Mitarbeiter einen Eindruck von ihrer Kompetenz gewinnen können. Es ist aber wichtig, dass offen über Hoffnungen und Vorbehalte gesprochen werden kann. Es sollte vor Einstellung klar sein, welche Aufgaben und Kompetenzen ein Genesungsbegleiter in der Organisation haben soll. Eine Haltung wie »der soll erst mal kommen und mit der Zeit werden wir schon sehen, welche Aufgaben zu ihm passen«, zahlt sich in der Regel nicht aus. Viel eher führt diese Herangehensweise zu Konflikten und Unklarheiten, die den Prozess erschweren. Es hat sich auch gezeigt, dass ein Mentor in der Organisation, der gemeinsam mit den Genesungsbegleitern die Zusammenarbeit mit den Kollegen reflektiert und bei Konflikten moderiert oder eine Zusammenarbeit in Tandems, sehr förderlich ist.

Beispiel Klinikum Bremerhaven

Seit einigen Jahren wird im hohen Norden, an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremerhaven, ein umfangreicher Umstrukturierungsprozess vollzogen. Neben Um- und Neubaumaßnahmen und der Einführung neuer Behandlungsansätze wie Open Dialog und Behandlungskonferenzen, hat man sich auch entschieden, das Behandlungsangebot mit Genesungsbegleitern zu erweitern. Natürlich gab es zu Anfang viele Skeptiker, die befürchteten, dass alle bisherigen Vorgehensweisen auf den Kopf gestellt werden (»Muss man jetzt krank sein, um hier 'nen festen Job zu kriegen?«). Auf der ersten Bremerhavener EX-IN Tagung ein Jahr nach Arbeitsaufnahme der Genesungsbegleiter waren viele positive Stimmen zu hören (»Die machen super Arbeit, die müssen die gleiche Bezahlung bekommen wie wir!«).

Mittlerweile sind sechs EX-IN Absolventen auf vier Stationen mit halben oder $\frac{3}{4}$ Stellen eingestellt. Weitere sollen folgen. Zu den Aufgaben der Genesungsbegleiter gehören u. a. die Milieugestaltung, Mobilisierung und körperliche Aktivitäten, die Förderung sozialer Beziehungen und Kontakte sowie Einzel- und Gruppenange-

bote. Dem Wir-Wissen der EX-IN Absolventen wird konsequent Raum verschafft, die Folgen sind, so berichten Mitarbeiter, weniger Gewalt auf den Stationen und mehr Kommunikation unter allen Beteiligten. Die Umstrukturierungsprozesse in Bremerhaven werden wissenschaftlich begleitet, wir dürfen gespannt auf die Ergebnisse sein.

Fazit: Die Beschäftigung von Genesungsbegleitern führt nicht automatisch zu mehr Partizipation. Beteiligung bedeutet die psychiatrienerfahrene Person und ihr Expertenwissen in den Dienst zu integrieren, dann besteht die Chance auf neue, innovative Erfahrungen auf allen Seiten.

IV Durch Behandlung Inklusion fördern

Einleitung

Heinrich Kunze, Nils Greve

Das Thema der APK-Jahrestagung 2012: »Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe« gilt als Anspruch auch für *Behandlung* von Menschen mit psychischen Erkrankungen, und nicht nur für deren Rehabilitation und Eingliederungshilfe. Erinnert sei als Beispiel an eines der häufigsten Behandlungsziele, die Arbeitsfähigkeit, in Verbindung mit der entsprechenden Beurteilung: arbeitsfähig – ja oder nein? Die Folgen von guter oder unzureichender Behandlung können der Erhalt und die Besserung – oder die Beeinträchtigung – von Partizipation und Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen sein, nicht nur Arbeit. Deshalb sind diese möglichen Folgen psychischer Erkrankungen bei der Behandlung nach SGB V zu berücksichtigen.

Dieses Spektrum von Folgen psychischer Erkrankungen und ihrer Folgen durch Behandlung sollte Thema des Symposiums sein, weil für die Krankenhausbehandlung ein neues Entgeltsystem entwickelt und eingeführt wird: seit 2009, bis 2021! Das neue Entgeltsystem muss auch diese Aufgaben von Behandlung erhalten und weiter entwickeln. Das ist nicht selbstverständlich, denn der Auftrag heißt nur, das im stationären Sektor *vorhandene Geld* leistungsgerechter und transparenter zu verteilen, aber ohne Norm für die *notwendigen* Leistungen und das dafür *notwendige* Geld. Die bisherige Norm für Versorgungs- und Qualitätsziele, die Psych-PV wird 2017 außer Kraft gesetzt. In der Psych-PV von 1990 wurde der notwendige Bedarf an therapeutischem Personal von den Versorgungszielen und Qualitätsanforderungen hergeleitet, die von einer Expertenkommission des damals zuständigen Arbeitsministeriums entwickelt und vom Ministerium als Grundlage akzeptiert wurden. Im Kern ging es darum, nicht nur die Symptome der psychischen Erkrankung zu bessern oder zu beseitigen, sondern die Patienten auch zu befähigen, außerhalb von Institutionen möglichst selbständig zu leben.

Diese Anforderung wird jetzt durch das nun in Deutschland gültige Prinzip der »Inklusion« der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) präzisiert und verstärkt. Dazu können die verbesserten Möglichkeiten für Modellvorhaben (§ 64b SGB V neu) genutzt werden, von denen die Entwicklung des Entgeltsystems lernen soll. Dass Behandlung auch das Prinzip der Inklusion zu beachten hat, ist eine wichtige Vorgabe auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der mit der Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beauftragt wurde (§ 137 Abs.1c). Es geht insbesondere um »Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich.«

Als Impulsbeiträge für die Diskussion hatten wir vorgesehen: zunächst zwei Beispiele für Kranken(haus)behandlung, mit unterschiedlichen Ausgangssituationen und Entwicklungen, die in übereinstimmenden Zielen konvergieren.

1. Die Behandlungsformen nach SGB V, über die Nils Greve sprach, ist als Teil des Psychosozialen Trägervereins Solingen e. V. entstanden. Ausgehend von der ursprünglichen Aufgabe – gemeindepsychiatrische orientierte Eingliederungshilfe für chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen in Solingen – hat der Träger auch ambulante und teilstationäre Behandlung, eine Krisenwohngruppe und Akutbehandlung zu Hause entwickelt.

2. Das Psychiatrische Behandlungszentrum Bremen Nord, über das Martin Bührig referierte, wird traditionell finanziert, aber alle verantwortlichen Stellen (Klinik-Leitung und -Träger, Land Bremen, Krankenkassen) unterstützen das Bestreben, die Behandlungspfade möglichst flexibel am individuellen Bedarf und Bedürfnis der Patienten mit psychischen Erkrankungen auszurichten, jedoch man stößt immer wieder an Grenzen der Finanzierung und des ordnungspolitischen Rahmens.

Für den 3. Impulsbeitrag hatte sich Stefan Wöhrmann bereit erklärt. Er ist als Abteilungsleiter zuständig für Krankenhausbehandlung im Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin, und kümmert sich seit der Entwicklung der Psych-PV um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Er ist aus Sicht seines Kassenverbandes auf die Perspektiven und Schwierigkeiten eingegangen, die Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen für die Patienten bedarfsgemäßer und für die Krankenkassen effizienter zu entwickeln.

Hometreatment in Deutschland

Nils Greve

Ich bin seit Anfang 2011 einer von zwei Geschäftsführern einer Managementgesellschaft, die für das Bundesland Nordrhein-Westfalen Integrierte Versorgung betreiben will, und zwar in Form ambulanter, ggf. auch aufsuchender Komplexbehandlung. Wir sagen Patienten, die sich für eine Teilnahme interessieren: Statt dass Sie ins Krankenhaus gehen, bringen wir die Behandlung zu Ihnen nach Hause.

Solange intensive Behandlung nur außerhalb der persönlichen Lebensverhältnisse in einem abgeschlossenen Raum, in einer eigenen Einrichtung stattfinden kann, ist es mit der Inklusion nicht weit her. Es ist einer der letzten großen weißen Flecken der psychiatrischen Versorgung im Gefolge der Psychiatriereform: die ambulante intensive Behandlung mit Komplexleistungsangebot, die im Bedarfsfall auch aufsuchend arbeiten kann.

Ambulante Komplexbehandlung

In Deutschland besteht ein groteskes Missverhältnis zwischen der Finanzierung der ambulanten und der stationären Behandlung mit dem Ergebnis, dass die ambulante Behandlung längst nicht so leistungsfähig ist wie in anderen Ländern. Wir haben infolgedessen sehr viel Krankenhausbehandlung, die nicht nötig wäre. Selbstverständlich ist Krankenhausbehandlung in vielen Fällen angezeigt und richtig. In unserem Gesundheitssystem wird teilstationäre und stationäre Behandlung aber oft auch da erforderlich, wo sie – etwa zur Gefahrenabwehr oder aus medizinischen Gründen – gar nicht nötig wäre. Die Krankenhausbehandlung wird zum Lückenbüßer, aus Sicht der Krankenkassen ein sehr teurer Lückenbüßer.

Auf dem Weg einer Veränderung dieser Situation sind viele Hindernisse zu überwinden. Zum einen die sogenannten »Sektoren«, also die Aufspaltung in ambulante Behandlung mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und Krankenhausbehandlung andererseits, mit der Folge der »doppelten Facharztschiene«. Das zweite Hindernis, das einer personenzentrierten ganzheitlichen Hilfe entgegensteht, ist die Aufspaltung in diverse Sozialgesetzbücher. Das muss ich in diesem Kreis nicht näher ausführen.

Im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung haben wir gelernt, dass sich z. B. die Kassen als Kostenträger auch dazu passend organisiert haben: Die Abteilungen innerhalb von Krankenkassen, die für ambulante Behandlung zuständig sind, und diejenigen, die für Krankenhausbehandlung zuständig sind, sind voneinander getrennt und wechselseitig sehr wenig durchlässig. Sie können auch nicht zur Flexibilisierung der Versorgung gegenseitig auf ihre Töpfe zugreifen. Das scheint das Standard-Organisationsmodell zu sein, auf Kostenträgerseite spiegelbildlich zu den aufgespaltenen Strukturen, die wir auf der Leistungserbringerseite vorfinden. Die

einzelnen Leistungserbringer und ebenso die Krankenkassenabteilungen entwickeln dann dazu passende Konzepte.

Beispielsweise konzipieren Krankenhäuser, um es plakativ zu sagen, von der stationären oder teilstationären Einrichtung her ihre Hilfen. Gemeindepsychiatrische Leistungserbringer organisieren sich dagegen vom Lebensfeld und von pragmatischen Hilfen aus. Ganzheitliche Konzepte kommen auf diese Art und Weise allerdings auch nicht unbedingt zustande. Die »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung« (IBRP) wird vor allem in der Eingliederungshilfe zum Wohnen eingesetzt. Dann stehen genau diese Hilfen im Hilfeplan und alle anderen Hilfen kommen im Plan und in den Hilfeplankonferenzen kaum vor. Und die unterschiedlichen Kompetenzen der Mitarbeiter der hilfeleistenden Einrichtungen sind auch entsprechend verteilt. Das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der ganzheitlich alle Hilfen in der Region gewähren kann und dazu alle Kostenträger und alle Leistungserbringer vernetzt, kommt gerade in der ambulanten Behandlung kaum zum Tragen.

Unsere Leitlinien

(Kompetenzen der Gemeindepsychiatrie)

... zusätzlich zu Behandlungs- Leitlinien:

- Regionale »Pflichtversorgung«
- Netzwerkstrukturen
- Lebensweltorientierung
- Aufsuchende Hilfen (Hometreatment)
- Bedürfnisangepasste Behandlung, Offener Dialog
- Ganzheitliche Hilfen
- Bezugspersonen über alle Hilfearten
- Trialog, EX-IN

Die Krankenhäuser sind sicher diejenigen Einrichtungen mit den differenziertesten und ausgefeiltesten Behandlungskonzepten von Psychotherapie oder Pharmakotherapie bis hin zu sonstigen Therapien. Welche Kompetenzen bringt demgegenüber die Gemeindepsychiatrie mit? Vor allem langjährige Erfahrungen mit den Grundprinzipien, die seit Beginn der Psychiatriereform ihre Leitlinien sind (siehe Abbildung). Dazu einige Erläuterungen: Wir verstehen das Prinzip der *Pflichtversorgung* so, dass wir in der Region alle Hilfen abbilden und alle Hilfe anbieten, die Menschen brauchen. Niemand soll die Region verlassen müssen, weil die erforderliche Hilfe vor Ort nicht zu haben ist. Bis heute eine sehr hochliegende Latte, die wir leider immer wieder nieder reißen, aber sie verschiebt sich ja immerhin. Wir sind *Netzwerker*, wir arbeiten von der *Lebenswelt der Klienten* her und wir können bei Bedarf *aufsuchend* arbeiten. Wir können alle diese Prinzipien auch im Bereich der Behandlung organisieren. »*Bedürfnisangepasste Behandlung*« und »*Offener Dialog*« sind dazu geeignete Konzepte aus Skandinavien, die Thomas Bock schon angesprochen hat. Unsere Hilfen sind in der Tendenz *ganzheitlicher* und über Sozialgesetzbücher

(SGB) hinweg organisiert als andere. Und mit *Trialog und Ex-In* haben wir inzwischen auch einige Praxiserfahrung. Es gibt bereits viele Einrichtungen, die Ex-In-Mitarbeiter beschäftigen, allerdings nur in wenigen Bundesländern. – Wie es eben so ist mit den Leitlinien: Man hat sie nie vollständig verwirklicht, aber immerhin richtet man seine Arbeit nach ihnen aus.

Pilotprojekte

Was gibt es bisher an intensiver ambulanter Behandlung, über das KV¹-System der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten hinaus? Zum einen gibt es schon seit Jahren eine Reihe von Hometreatment-Projekten: den Bamberger Hof in Frankfurt am Main, die Alexianer in Krefeld, das Bezirkskrankenhaus in Günzberg, die Eppendorfer Universitätsklinik in Hamburg und neuerdings Matthias Heißler in Geesthacht. Mit diesen Pilotprojekten des Hometreatment sind einzelne Krankenhäuser kräftig über den Gartenzaun hinaus gewachsen und in die Breite gegangen, zu den behandlungsbedürftigen Menschen hin, und sie bekommen dafür auch eine Finanzierung, wenn auch nicht in allen Fällen eine Vollfinanzierung.

Es gibt wohl auch weiterhin einzelne »sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen«. Mir ist nur eine bekannt, in Hürth bei Köln, Frau Dr. Schreckling – auch das kann ein Modell für ambulante Komplexbehandlung sein.

Viele gemeindepsychiatrische Träger haben einzelne SGB-V-Angebote aufgebaut. Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie sind sicher am verbreitetsten, haben aber den Nachteil, überall in Deutschland unterfinanziert zu sein, sodass sie sich nie richtig etabliert haben. Weiterhin gibt es ambulante Ergotherapie sowie berufliche oder medizinische Rehabilitationsprojekte. In einigen wenigen Orten existieren Krisenwohnungen mit unterschiedlichen Namen: Die Krisenpension in Berlin, die Rückzugsräume in Bremen und die Krisenwohngruppe in Solingen sind mir bekannte Beispiele. Und wiederum nur wenige Träger haben sich auf das Feld der Krankenhausbehandlung im eigentlichen Sinne vorgewagt, z. B. Tageskliniken aufgebaut. Mein Träger gehört dazu, in Schwerte (Nordrhein Westfalen) gibt es eine ähnliche Struktur. Alle diese Angebote sind aber, das kann man zusammenfassend sagen, Pilotprojekte geblieben. Keines davon war bisher so überzeugend und so gut finanziert, dass man es bundesweit hätte ausbauen können.

Integrierte Versorgung: neue Möglichkeiten

Seit ca. zehn Jahren eine neue Möglichkeit: die Integrierte Versorgung (IV) nach §§ 140 a–d SGB V. Einzelne Leistungserbringer können mit einzelnen Krankenkassen Verträge über Zusatzleistungen gegen Zusatzfinanzierung abschließen. Patienten werden eingeladen, sich in das Programm einzuschreiben. Und dann können die ausgewählten Vertragspartner die vertraglichen Leistungen zusätzlich zur Regelver-

1 Kassenärztliche Vereinigung

sorgung erbringen. Ziel des Gesetzgebers ist die Überwindung von Sektorengrenzen und von Grenzen zwischen den medizinischen Disziplinen.

Die Hauptpartner der Kassen in der Psychiatrie waren unglücklicherweise in allen mir bekannten Verträgen *entweder* Krankenhausträger *oder* Facharztnetze aus dem KV-Bereich oder gemeindepsychiatrische Träger. Nach meiner Überzeugung braucht man aber für gute ambulante Komplexleistung alle drei. Insofern ist das ein Geburtsfehler der vorhandenen IV-Verträge.

Zusammenfassend kann man sagen, im Bereich Psychiatrie ist Integrierte Versorgung bisher ein Flickenteppich gewesen, aus mehr oder weniger innovativen Verträgen mit mehr oder weniger eingeschriebenen Versicherten. Einige waren gut ausgedacht, haben aber kaum Zuspruch gefunden. Andere haben eigentlich nicht mehr zum Inhalt gehabt, als dass die beteiligten Leistungserbringer endlich miteinander reden. Das nennt sich dann »Behandlungspfad« oder »Überleitungsmanagement«. Viele enttäuschende Projekte waren darunter, die zum Teil von den Kassen gekündigt worden sind. Die Krankenkassen verbinden mit Verträgen der Integrierten Versorgung auch immer einen sehr handfesten Nutzen, nämlich Geld einzusparen.

IV-Verträge vom Typ »Netzwerk psychische Gesundheit«

Die Blaupause der neueren Verträge ist das »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG), gemeinsam entwickelt von der Techniker Krankenkasse und dem Dachverband Gemeindepsychiatrie. Dieser Vertrag wird in verschiedenen Regionen Deutschlands umgesetzt, neben der Techniker Krankenkasse ist in allen Regionen auch die KKH Allianz (ab 2013 wieder KKH) dabei. Die AOK Rheinland/Hamburg ist inzwischen in ihren beiden Regionen beigetreten, im Rheinland erst kürzlich. Die DAK ist in Schleswig Holstein dabei, und verschiedene andere Krankenkassen sind in einzelnen Regionen beigetreten. Die ersten Regionen, in denen dieser Vertrag umgesetzt wurde, waren Berlin, Schleswig-Holstein und Bremen. Inzwischen wird er verwirklicht in Teilen Nordrhein-Westfalens, in Hamburg, in Stuttgart, in Darmstadt, in mehreren Großstädten Bayerns, in Dresden, in Nord- und Süd-Niedersachsen usw. Der Vertrag ist nach allem, was wir wissen, allein von der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten inzwischen der größte IV-Vertrag der Psychiatrie mit etwa 4000 eingeschriebenen Versicherten in ganz Deutschland.

Es gibt einen ähnlichen Vertrag, den die GWQ Service Plus AG mit uns abgeschlossen hat, eine Managementgesellschaft von Betriebskrankenkassen, die dann einzeln beitreten können. Dazu gehören z. B. die Siemens BKK und verschiedene andere. Dieser Vertrag ist ganz ähnlich strukturiert wie der NWpG-Vertrag, hat aber quantitativ bisher längst nicht den gleichen Umfang. Wir haben als gemeindepsychiatrische Vertragspartner mit einzelnen Krankenkassen weitere Verträge abgeschlossen.

Allgemeine Charakteristika der Verträge

Die Verträge bieten Zusatzleistungen, wie das bei IV üblich ist, ergänzend zur Regelbehandlung. Diese ist in der Regel nicht Teil der Verträge, sondern läuft wie bisher.

Die meisten der Verträge werden mit einer Jahreskopfpauschale vergütet, d. h. der Vertragspartner muss aus dieser Pauschale alle erforderlichen Leistungen erbringen. Die Versicherungsmathematiker rechnen uns vor, dass das auch damit zu schaffen ist. Das würde aber nur zutreffen, wenn alle in Frage kommenden Versicherten sich einschreiben würden, denn das war die Grundlage der versicherungsmathematischen Berechnungen. Da dies nicht so ist, verhandeln wir zurzeit mit den beteiligten Krankenkassen. Mit besonderer Aufmerksamkeit haben wir dabei die Entwicklung der Bonus- und Malus-Zahlungen verfolgt. Wir bekommen einen – nicht allzu hohen – Bonus, wenn sich ein Teilnehmer im Laufe eines Jahres gar nicht ins Krankenhaus begibt, müssen aber die Krankenhausbehandlungen ganz oder größtenteils bezahlen, wenn sie doch stattfindet (Malus). Das hat sich in den schon länger teilnehmenden Regionen doch als erhebliches Problem herausgestellt. In den unteren Vergütungsgruppen genügen gerade mal drei Krankenhaustage, und schon ist die Jahrespauschale aufgebraucht. Im oberen Bereich ist das allerdings deutlich anders.

Die Verträge umfassen im Grunde das gesamte Spektrum der Allgemeinen Psychiatrie und beschreiben einzelne Leistungen, die zur ärztlichen und psychotherapeutischen Regelbehandlung hinzukommen. Ärztlich geleitetes Assessment und gemeinsame Behandlungsplanung sind selbstverständlich. Im Kern des Geschehens steht ein Fallmanager – wir würden lieber sagen, eine koordinierende Bezugsperson – die der leistungserbringende Vertragspartner stellt. Wir sagen dem Patienten: Diese Person von unserem Dienst ist für Sie zuständig, Sie können sie jederzeit anrufen und sie kümmert sich darum, dass Sie die erforderlichen Hilfen bekommen, besonders dann, wenn es Ihnen mal schlecht geht. Wir sind Tag und Nacht für sie erreichbar; Sie können immer eine Fachkraft zu Hilfe holen, die Sie berät, und wenn es denn wirklich zu Hause nicht mehr geht, haben wir auch Krisenbetten, in die Sie für eine Nacht oder mehrere Tage kommen können. Als Alternative zur Krankenhausaufnahme können Sie zu uns kommen. Das ist eine sehr niederschwellige Einladung. Hinzu kommen Soziotherapie, häusliche Pflege und auch – in den Verträgen zumindest vorgesehen – kurzzeitige psychotherapeutische Krisenintervention.

Vertragspartner

Die Vertragspartner der Kassen sind in der Regel nicht die Leistungserbringer selbst, sondern regionale Managementgesellschaften, die dann ihrerseits mit allen Leistungserbringern Verträge abschließen. Diese leistungserbringenden Partner sind bei den Verträgen, über die ich Ihnen berichte, primär die gemeindepsychiatrischen

Netzwerke. Also diejenigen, die bisher Betreutes Wohnen, Tagesstätten und das ganze klassische SGB-XII-Spektrum und daneben auch schon ein SGB-V-Angebot wie zum Beispiel ambulante psychiatrische Pflege vorhalten. Weitere unverzichtbare Leistungserbringer sind die Krankenhäuser mit ihren Fachabteilungen und insbesondere den Institutsambulanzen, und dann natürlich die Vertragsärzte, die Psychotherapeuten und weitere Leistungserbringer.

Beteiligung der Krankenhäuser

Das Ziel für die Beteiligung der Krankenhäuser ist die Zusammenführung aller Kompetenzen, die man braucht, um gute Komplexbehandlungen zu ermöglichen. Wir in der Gemeindepsychiatrie sind die Netzwerker, die sich mit Lebensweltorientierung auskennen. Die Krankenhäuser verfügen über die differenzierten Behandlungskonzepte, Maßnahmen der Gefahrenabwehr usw. Diese Kompetenzen, vereinfacht gesagt, gilt es zusammenzubringen. Dafür muss man gemeinsam nach regional spezifischen Lösungen suchen. Es gibt einzelne Krankenhäuser – bisher sehr wenige – die in einer Region den Vertrag vollständig alleine umsetzen, den sie mit der Managementgesellschaft abschließen. Das wichtigste Beispiel ist die Charité, die in Berlin-Mitte vollständig die Vertragsinhalte umsetzt.

Die zweite Möglichkeit ist, dass Krankenhäuser lediglich einzelne Leistungen erbringen, insbesondere ärztliche Leistungen, weil bei der Gemeindepsychiatrie ja nur selten Ärzte angestellt sind, oder auch die psychotherapeutische Krisenintervention.

An solchen Modellen arbeiten auch wir in NRW und wollen es schaffen, den Geburtsfehler der IV-Verträge zu überwinden, indem wir von vorneherein die Gemeindepsychiatrie und das Krankenhaus als Leistungsgemeinschaft definieren. Dazu gibt es verschiedene rechtliche Möglichkeiten, die es auch ermöglichen, gemeinsame Teams zu bilden. Das ist nicht unkompliziert, aber wir arbeiten dran.

Weitere Modelle

Der Vollständigkeit halber will ich erwähnen, es gibt natürlich weitere Modelle, die aufsuchende Arbeit zumindest erlauben. Als erstes wären hier die regionalen Gesamtbudgets für Krankenhausbehandlung zu erwähnen. Vorbild war und ist der Kreis Steinburg, Kreisstadt Itzehoe, Projektleiter ist Arno Deister. Matthias Heißler im Kreis Herzogtum Lauenburg hat das regionale Gesamtbudget im großen Stil für eine Umsteuerung von stationärer und teilstationärer in ambulante und aufsuchende Behandlung genutzt. Sehr viel aufsuchende Arbeit integriert hat auch das UKE in Hamburg mit seinem Modell, für das Thomas Bock und Martin Lambert stehen. Es gibt weiterhin einen IV-Vertrag der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie, die gleichzeitig Träger der Krankenhäuser und der Gemeindepsychiatrie sind, und es gibt neuerdings einen Vertrag der Techniker Krankenkasse, die sich sozusagen selber Konkurrenz macht, namens OVP (»Optimierte Versorgung Psy-

chiatrie«). Diesen Vertrag haben einige Krankenhäuser abgeschlossen, z. B. Hanau und Rudersdorf in der Nähe von Berlin. Nachteil aus meiner Sicht ist, dass diese Vertragspartner keine gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer einschließen, sondern dass sie das alleine versuchen.

Es wird noch etwas Bewegung in die Situation kommen durch den neuen § 64 b im SGB V, der aus meiner Sicht der einzige Lichtblick des neuen Psychiatrieentgeltgesetzes ist. Er erlaubt es, IV-ähnliche Modelle anzubieten, vorzugsweise mit allen Krankenkassen, ohne Einschreibverfahren und mit einer Laufzeit bis zu acht Jahren. Ausdrücklich ist damit die Perspektive verbunden, wenn sich ein Modell bewähren sollte, dieses in die Regelversorgung zu übernehmen. Wie diese neue Möglichkeit genutzt wird, muss sich erst noch zeigen. Ich glaube, in seiner Entstehungsgeschichte war dieser § 64 b zunächst eher für Krankenhäuser als Vertragspartner gemeint. Ich begrüße aber ausdrücklich, dass jetzt alle Leistungserbringer des SGB-V-Bereichs solche Modellverträge abschließen können, insbesondere wenn sie dies gemeinsam tun.

Ganzheitliche Hilfen?

Die Türen bleiben somit dafür offen, dass wir die ambulante Komplexbehandlung gemeinsam verwirklichen können. Wächst da bereits zusammen, was zusammen gehört? Oder könnten wir, wenn wir parallel von verschiedenen Kostenträgern an den Start gelockt werden, auch der Versuchung erliegen, Doppelstrukturen aufzubauen? Also etwa so: Wir haben gemeindepsychiatrische Netzwerke in den Regionen, und die Krankenhausträger installieren neue Netzwerke daneben. Oder umgekehrt: Das Krankenhaus macht gute Behandlungen, und wir meinen, wir müssten das jetzt neu erfinden. Diese Diskussion läuft nach meinem Überblick sehr unterschiedlich. Es gibt Regionen, die mit dem Willen zur Kooperation über diese Fragen diskutieren, aber es gibt auch Regionen, in denen die Beteiligten im Entweder-oder-Stil miteinander ringen. Das finde ich ziemlich problematisch, und ich hoffe, wir können das noch überwinden.

Abschließend möchte ich daran erinnern, dass wir vor lauter SGB-V-Integration nicht aus den Augen verlieren sollten, dass es auch noch andere Leistungsarten gibt. Der Gesetzgeber war ja so vollmundig, die Vorschriften der §§ 140 a–d »Integrierte Versorgung« zu nennen. Ich finde, es hätte eigentlich »Integrierte Behandlung« heißen müssen, denn es integriert ja nur Leistungen des SGB V. Nun ist das für uns als Leistungserbringer der Gemeindepsychiatrie insofern keine unüberwindliche Hürde, als wir die anderen Sozialgesetzbücher kennen. Wir kommen aus dem SGB-XII-Bereich, wir haben aber auch sehr oft Hilfen aus den Bereichen Rehabilitation, Jugendhilfe, Hilfen zur Arbeit usw., also aus anderen Sozialgesetzbüchern. Mein Eindruck ist, auf der Seite der Leistungserbringer tun wir uns relativ leicht, dem Klienten/Patienten ganzheitliche Hilfen anzubieten, indem wir im Alltag die Leistungsbereiche unserer Kostenträger zusammenführen. Bei meinem Verein z. B., und da sind wir nicht die Einzigen, gibt es Mitarbeiter, die nebeneinander Leistungen

des Betreuten Wohnens – also der Eingliederungshilfe –, der Institutsambulanz und der Integrierten Versorgung erbringen. Das kann ein und derselbe Mitarbeiter für ein und denselben Klienten tun, nichts spricht dagegen. Ich würde mir zwar auch wünschen, dass die Kostenträger zueinander finden und ähnlich integrierte Budgets oder integrierte Hilfen anbieten, aber ich denke, sie werden sich damit noch auf absehbare Zeit erheblich schwerer tun.

Krankenhäuser im Aufbruch

Martin Bührig

Im Folgenden möchte ich Ihnen das Behandlungskonzept des Psychiatrischen Behandlungszentrums Bremen-Nord vorstellen. Motto unseres Behandlungskonzeptes ist: »Persönliche Hilfe vor Ort«. Vorausschicken darf ich, dass wir im Rahmen der psychiatrischen Regionalisierung des Bundeslandes Bremen im Jahre 2003 vom Krankenhaus Bremen-Ost in das im Bremer Norden befindliche allgemeine Krankenhaus Bremen-Nord gezogen sind. Unser Auftrag war, den Bremer Norden als einen von fünf Sektoren der psychiatrischen Pflichtversorgung sicherzustellen. Die schon zuvor sektorisierten allgemeinspsychiatrischen Stationen inklusive der Suchtstation zogen dann in das gemeindepsychiatrische Zentrum. Hierbei ist erwähnenswert, dass wir 16 stationäre Betten in akuttagesklinische Plätze umwandelten und so gemeinsam mit den regeltagesklinischen Plätzen insgesamt 28 tagesklinische Plätze installierten sowie 36 stationäre Betten. Die Akuttagesklinik ist an sieben Tagen in der Woche geöffnet, im Gegensatz zur Regeltagesklinik, die an fünf Tagen in der Woche geöffnet ist. Die Akuttagesklinik hält werktags bis 20.30 Uhr und am Wochenende um die Mittagszeit für vier Stunden ein entsprechendes Behandlungsangebot vor. Mit dieser Organisation wollten wir demonstrieren, dass Patienten, die sonst stationär behandelt wurden, im akuttagesklinischen Setting behandelt werden können. In diesem Zusammenhang ist vielleicht erwähnenswert, dass die aufgestellten Betten angesichts der Bettenmessziffer von 0,36 bei 110.000 Einwohnern des Versorgungsgebietes relativ gering sind.

Als zweiten wichtigen Punkt möchte ich Ihnen das PTB-System erläutern. Dies bedeutet, dass jeder Patient, der aufgenommen wird, einen persönlichen therapeutischen Begleiter (PTB) bekommt. Dieser kann Arzt, Psychologe oder auch Mitarbeiter aus einer anderen Berufsgruppe sein. Die PTB-Person hat die Aufgabe, den Patienten im Primärbezug über die Settings hinweg (stationär, tagesklinisch, ambulant) zu begleiten, also den manchmal lästigen institutionell bedingten Beziehungsabbruch zu verhindern. Wenn also jemand auf der Station aufgenommen wird, hat er beispielsweise Herrn Meyer als PTB-Person. Herr Meyer begleitet den Patienten dann tagesklinisch und auch hinterher ambulant. Dieses Prinzip bedeutet, dass die PTB-Person stationäre, tagesklinische und ambulante Patienten zugleich hat. Hierdurch, wie schon gesagt, werden Beziehungsabbrüche vermieden. Zudem liegt der Behandlungsschwerpunkt im teilstationären und ambulanten Bereich (seit unserem Umzug 2003 hat sich die Anzahl der ambulanten Behandlungen pro Quartal verdoppelt).

Die Aufgabenschwerpunkte der PTB-Person sind neben der Behandlung das Aufnahmegespräch, Erhebung der Sozialanamnese, Behandlungsvereinbarung und Entlassungsvereinbarung sowie, wie schon erwähnt, ambulante Kontakte. Zudem die Organisation der medizinischen Versorgung und die Abstimmung mit dem zuständigen Oberarzt. Dieser macht einmal in der Woche eine Gruppenvisite. Weiterhin gehören zu den Aufgabenbereichen der PTB-Person Hausbesuche,

Vorstellungen, Antragsstellungen sowie Stellungnahmen. Wir behandeln alle Diagnosegruppen in der psychiatrischen Pflichtversorgung mit Ausnahme der illegalen Drogen. Wir haben keine sogenannte Spezialstation, haben aber Spezialangebote in Form von Gruppentherapien (Suchtgruppen, Depressionsgruppen, psychoedukative Gruppen etc.).

Wir arbeiten an zwei Standorten (P1 und P2). Hier sind stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlungen jeweils integriert. Neben der im engeren Sinne medizinischen Behandlung der PTB-Betreuung gibt es auch Mitarbeiter, die sich vor allen Dingen um Milieu- und Freizeitgestaltung kümmern, Alltagsnähe herstellen und lebenspraktische Fähigkeiten trainieren oder verbessern.

Auf diese Weise gewährleisten wir die entsprechende psychiatrische Behandlung, kombiniert mit der Institutsambulanz und dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Mitarbeiter der Institutsambulanz/Sozialpsychiatrischer Dienst ebenfalls als PTB-Personen arbeiten. Wenn ein Patient, den sie zuvor in ambulanter Behandlung hatten, stationär oder tagesklinisch behandelt wird, bleiben sie der primäre Ansprechpartner.

Als zusätzliches Angebot halten wir die ambulante Suchtentwöhnung vor. Hier haben wir insgesamt 30 Plätze für Patienten, die sich nach der Entgiftung in die ambulante Suchtrehabilitation begeben wollen. Dies bedeutet, dass unser Suchtsystem aus krankenkassenfinanzierten und Rentenversicherungsleistungen besteht. Zu dem Zweck haben wir ein die Standorte überspannendes Behandlungsteam, das sich neben den anderen Pflichten vor allen Dingen um die Koordination der Maßnahmen von der Entgiftung bis zur Entwöhnung kümmert. Zudem haben wir die Anerkennung für die psychosomatische Rehabilitation bekommen, so dass wir hier auch Gruppen anbieten können für Patienten, die eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung abgeschlossen haben.

Unser Behandlungskonzept ist also auf Beziehungskontinuität und Niedrigschwelligkeit ausgerichtet. Es ist mittlerweile in der Bevölkerung gut akzeptiert. Hilfebedürftige kommen in der Tendenz früher, mit dem Wissen, dass es zunächst um eine ambulante Unterstützung, ggf. tagesklinische und zu allerletzt stationäre Behandlung geht. Wir haben keine Warteliste. Zudem ist der Wechsel zwischen Station, Akut- und Regeltagesklinik bzw. Ambulanz relativ flexibel. Wir versuchen auf diese Weise, die Grenzen zwischen den einzelnen Behandlungssettings durchlässiger zu machen, versuchen in der Tendenz, vom Patienten aus zu denken. Unsere therapeutische Grundhaltung ist personenzentriert. Es gibt keine therapeutische Hierarchie zwischen im engeren Sinne psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder Gestaltung des Milieus.

Für das Jahr 2014 ist ein Anbau geplant, so dass die beiden Standorte zusammenziehen können. Hierdurch erhoffen wir uns eine organisatorische Verbesserung und Synergieeffekte, um uns inhaltlich und konzeptionell weiterentwickeln zu können (beispielsweise würden wir dann mit einem kleinen Hometreatment-Team beginnen).

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Neue Chancen durch Modellvorhaben

Stefan Wöhrmann

Der Gesetzgeber hat den Selbstverwaltungspartnern den Auftrag gegeben, ein neues Entgeltsystem für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-Bereich) zu erarbeiten. Dabei ist zu prüfen, ob weitere Behandlungsformen einbezogen werden können und ob neben tagesbezogenen Entgelten andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Eine psychische Erkrankung ist häufig nicht mit einem Krankenhausaufenthalt beendet, sondern erstreckt sich über einen längeren Zeitraum, in dem ein Patient verschiedene Behandlungsangebote in Anspruch nimmt. Daher ist als Steuerungsgröße ein Abrechnungsbezug für einen längeren Zeitraum besser geeignet. Anstatt eines Fall- oder Tages- ist ein Patientenbezug zu wählen. Andererseits ist der DRG-Leistungsbezug mit Diagnosen und Prozeduren problematisch. Zum einen sagt eine psychische (F-)Diagnose nichts über den vermeintlichen Behandlungsaufwand aus. Zum anderen ist ein operationslastiger Prozedurencode therapiefremd.

Im August 2012 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) das neue Pauschalisierte Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik (*PEPP*) --Entgeltsystem vorgestellt. Die Vorgaben des Gesetzgebers und der Selbstverwaltungspartner erlaubten eine mehr oder weniger starke Fokussierung auf den stationären Bereich. Dies wurde in der Fachwelt wenig beanstandet. Die Kritik gegen das neue System richtete sich in ungewohnt hoher Intensität gegen die Sachgerechtigkeit der Leistungsbeschreibung und -bewertung. Aufwandsbewertungen im psychosomatischen Bereich ließen alte Differenzen der Professionen wieder aufkeimen und gaben der Pauschalkritik weiteren Schub.

Das ursächliche Problem des neuen Entgeltsystems scheint seine Leistungsbeschreibung zu sein. Die Psych-OPS-Codes (modulares Erfassungssystem für die Kodierung in der Psychiatrie und Psychotherapie) sind dafür geeignet, eine Einzelleistungsvergütung zu entwickeln. Für eine pauschale Vergütung sind die Codes ungeeignet und dokumentations- und prüfaufwendig. Möglichkeiten, Leistungen auch im Lebensumfeld zu beschreiben geben sie nur bedingt her. Andere ambulante Bereiche, wie die Behandlung in den Institutsambulanzen umfassen sie erst gar nicht. Ein Leistungsbezug in einem neuen Entgeltsystem ist nicht nur unter den Abrechnungsgesichtspunkten von Transparenz und Leistungsgerechtigkeit zu sehen, sondern sollte für eine Steuerung der Behandlung der Patienten genutzt werden können.

Die Modellvorhaben mit den sog. »Regionalbudgets« haben gezeigt, dass eine Flexibilisierung und Individualisierung des Behandlungsangebotes Effizienzsteigerungen ermöglicht. Der Leistungsbezug muss diesen Aspekt aufgreifen. Er muss auch *integrative Behandlungen* abbilden, damit die Wahl des Behandlungsangebotes nicht von monetären, sektoralen Gesichtspunkten abhängig gemacht wird, sondern sich an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten orientiert. Dies kann ne-

ben einem stationären Aufenthalt auch die Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz oder eine Behandlung außerhalb der Klinik im Lebensraum des Patienten sein. Ziel muss es sein, nicht durch Zwang, sondern durch Anreize die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in ihrer Weiterentwicklung zu fördern. Somit soll eine Entwicklung vom überregional zuständigen, bettenorientierten Krankenhaus zum regional aktiven multiprofessionellen Kompetenzzentrum für Krankenhausbehandlung in der Klinik und von der Klinik aus im Lebensraum der Patienten stattfinden. Die Umwidmung des Behandlungsangebotes ist dabei entscheidend. Den Krankenhausträgern müssen Anreize gesetzt werden, auch außerhalb der vollstationären Behandlung verstärkt tätig zu werden, ohne dass dies zu Erlöseinbußen führt.

Mittelfristig ist es von Bedeutung, dass sich der integrative Ansatz aus den Modellvorhaben gegenüber dem rein stationären Regelbetrieb behauptet. Die Wirkungen des Preissystems führen spätestens mit dem Beginn der Konvergenzphase zum Abbau von Personal. Der Verlust an therapeutischem Personal führt zu einer Verringerung der Behandlungsqualität und damit des Behandlungserfolges. Darüber hinaus führen die Fehlanreize zu einer monetär indizierten steigenden Inanspruchnahme stationärer Kapazitäten und sie bremsen die medizinisch indizierte Substitution mit niederschweligen Behandlungsangeboten, wie die Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz oder das Hometreatment.

Wenngleich viele Einzelakteure auf Seiten der Leistungserbringer und Krankenkassen von der Effizienz eines integrativen Ansatzes überzeugt sind, steht der Beweis für Politik und Öffentlichkeit noch aus. Daher ist eine Einbeziehung der Modellvorhaben in die gesetzlich vorgeschriebene Begleitforschung nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von großer Bedeutung. Ein Vergleich von Modellvorhaben zum Regelbetrieb wird dadurch erleichtert bzw. möglich, wenn die einzelnen Modellvorhaben möglichst einheitlich strukturiert sind und diese für den stationären Teil das neue PEPP-System als Grundlage nehmen. Die unterschiedliche Wirkungsweise zwischen einem sektor- und sektorenübergreifenden Ansatz können leichter aufgezeigt werden, wenn identische Leistungsgruppen verglichen werden. Modellvorhaben dienen nicht dazu, die Anwendung des PEPP-Systems zu umgehen, sondern die Behandlungsabläufe zu optimieren. Der Dokumentations- und damit auch der Prüfaufwand des neuen PEPP-Systems ist sicherlich nicht optimal. Dies liegt aber an einem aufgeblähten OPS-Code, der wie eingangs erwähnt überarbeitet werden muss. Die berufsbezogenen Einzeltätigkeiten, die nicht ressourcenrelevant sind, sind zu entfernen. Unter anderem ist die tatsächliche Betreuungsintensität sachgerecht im OPS-Code aufzunehmen. Mit solchen Anpassungen im OPS-Code reduziert sich der Dokumentationsaufwand von allein auf ein sinnvolles Maß.

V Information, Partizipation und Lebensfeldbezogene Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Jörg M. Fegert

In diesem, der Behandlung von psychisch kranken und/oder seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen gewidmeten Symposium, ging es primär darum, zu unterstreichen, dass das zentrale Motto der Jahrestagung »gleichberechtigt mitreden – Partizipation und Teilhabe« auch eine zentrale Bedeutung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen hat. Dabei ist nicht nur auf die UN-Behindertenrechtskonvention zu verweisen sondern spezifisch auch auf die UN-Kinderrechtskonvention (vgl. einführender Beitrag von Fegert). Nach der ausführlichen Debatte am Runden Tisch sexueller Kindesmissbrauch und nach der vorausgegangenen Debatte um zahlreiche katastrophale Vernachlässigungsfälle sieht das neue Bundeskinderschutzgesetz spezifische Teilhabemöglichkeiten und Beschwerdewege für Kinder in Institutionen vor (vgl. Referat Wiesner und FEGERT u. KLIEMANN 2013). Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und andere Einrichtungen außerhalb der Jugendhilfe, die Kinder betreuen, haben jetzt, ähnlich wie Einrichtungen der Jugendhilfe, einen Rechtsanspruch auf Beratung, wenn es darum geht Partizipation und Beschwerdewege für die in diesen Einrichtungen betreuten Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Im Rahmen der stationären Behandlung werden Kinder und Jugendliche *herausgenommen* aus ihrem normalen Lebensumfeld. Dies kann ein erwünschter und positiver Effekt sein, insbesondere in schweren Krisen oder aber auch in Misshandlungskonstellationen. Gleichzeitig ist eine solche Trennung vom natürlichen Milieu immer auch mit negativen Folgen verbunden, die häufig zu wenig beachtet werden. Stationäre Aufnahme bedeutet meist Kontaktminderung zum unterstützenden Freundeskreis, zunächst Kontaktverlust zur Herkunftsschule, zum Sportverein, Kinderchor und anderer sozialer Aktivitäten. Damit werden wichtige Ressourcen, die für das psychisch belastete Kind noch unterstützend waren, ausgeschaltet. Hinzu kommt, dass häufig Transferprobleme in Bezug auf Verhaltensverbesserungen, die im stationären Setting erreicht wurden, zurück ins häusliche Milieu bestehen. Dr. Isabell Böge unterstreicht in ihrem Referat zu Hometreatment am Beispiel des Modellprojekts in Ravensburg – mit Bezug auf ähnliche Vorgehensweisen im National Health Service in London, aber auch mit Bezug auf zahlreiche, stets positiv evaluierte Modelle in Deutschland, die aber nie zu einer Veränderung der Versorgungsrealität geführt haben – die Bedeutung solcher Ansätze für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Angesichts der schwierig verlaufenden Auseinandersetzung um ein neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und gerade angesichts der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), bleibt aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu bedauern, dass solche wichtigen Reformansätze, die vom

Gesetzgeber bei den Intentionen der Reform durchaus angesprochen waren, nun angesichts der alleinigen Fokussierung auf eine neue Form der Bestimmung der Entgelte, in der alten kaum veränderten Krankenhausbehandlung, in der Diskussion untergehen. Gleichberechtigt mitten drin bedeutet für Kinder und Jugendliche auch die Chance mittendrin bleiben zu können, die Chance, dass Psychiatrie dahin kommt, wo die Probleme sind, z. B. im Rahmen einer aufsuchenden Heimsprechstunde (vgl. FEGERT/BESIER 2009, Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht) und nicht, dass wir die gewachsenen Formen der Krankenhausbehandlung für weitere Jahre dogmatisch zementieren.

Es ist fatal, dass das um Mitternacht belegte Bett eigentlich die zentrale Grundeinheit bei der Bepreisung psychiatrisch, milieuthérapeutischer Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bleiben wird. Die vorgesehenen Modellmöglichkeiten haben eher den Charakter einer Bestandwahrungsklausel für bestehende Regionalbudgetmodelle in der Erwachsenenpsychiatrie. Sie bilden kaum einen Anreiz für eine Weiterentwicklung, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dies ist auch dem Gesundheitsausschuss bewusst gewesen, der deshalb im Rahmen der parlamentarischen Beratungen noch dafür gesorgt hat zu fordern, dass in jedem Bundesland auch Modelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstehen sollen. Allerdings wurde nicht ausgeführt, wie dies bewerkstelligt werden soll und woher hier die Anreize kommen können. Ohne einen so genannten Kontrahierungszwang, also ohne den Zwang, dass alle Krankenkassen einem solchen Modellvertrag beitreten müssen, ist angesichts der glücklicher Weise relativ kleinen Zahlen stationär behandelter Kinder und Jugendlicher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Modellentwicklung, die nur auf Vereinbarung mit einzelnen Krankenkassen abzielt, nicht machbar.

Bislang ist unter diesen Rahmenbedingungen überhaupt nur ein kinder- und jugendpsychiatrisches Modell in einer Region entstanden, wo eine Krankenversicherung und eine Versorgungsklinik quasi Monopalanbieter sind. Mit Blick auf das Tagungsmotto braucht die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine stärkere Berücksichtigung von Partizipation und Teilhabe der von ihr betreuten Patientinnen und Patienten in der stationären und teilstationären Behandlung ebenso wie im ambulanten Setting. Die strikte Trennung dieser Sektoren und der Ansatz, die Psychiatriereform im Rahmen der Entwicklung des Entgeltsystems zunächst einmal nur auf den Krankenhausbereich zu beziehen, kann in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nicht funktionieren. Angesichts der bestehenden Versorgungssituation braucht es dringend sektorenübergreifende vernetzte Modelle, auch zusammen mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hierfür sind die Ausgangsbedingungen günstig. Dies zeigt auch die Tatsache, dass die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände bei den Anhörungen im Kontext des Entgeltgesetzes kontinuierlich mit einer Stimme gesprochen haben und sich niedergelassene Kollegen und Kolleginnen und die in den Kliniken Verantwortung tragenden Ärztinnen und Ärzte nicht haben auseinanderdividieren lassen. Auch Elterngruppen und Patientinnen

und Patienten mit bestimmten Störungsbildern haben sich hier nachdrücklich für neue Behandlungsformen und Reformimpulse ausgesprochen und haben die Ersatzvornahme durch das BMG und die einseitige Ausrichtung der Reformen auf die monetären Aspekte deutlich kritisiert.

Gleichberechtigt mitten drin:

Partizipation und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen heißt in der Praxis möglichst lebensweltnahe Behandlung und Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen ebenso wie ihrer Sorgeberechtigten. Das kinder- und jugendpsychiatrische Symposium der APK Tagung hat sich diesen Aspekten gewidmet, indem es auch Befürchtungen, Wünsche und Informationsstand von Kindern und Jugendlichen vor Aufnahme der kinderpsychiatrischen Behandlung, ebenso wie die rechtlichen Rahmenbedingungen und neue Versorgungsmodelle vorgestellt hat. Der gute Besuch dieses Symposiums und die rege Diskussion zeigten den deutlichen Bedarf nach einer spezifischen Berücksichtigung der Teilhabebedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen.

Literatur

- FEGERT, J. M./BESIER, T. (2009): »Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem« in 13. Kinder- und Jugendbericht: »Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe«, Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, pp. 1–133.
- FEGERT, J. M./KLIEMANN, A. (2013): »Leitlinien für den Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch in Institutionen« in Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eds. FEGERT, J. M./KÖLCH, M. G., 2.. edn, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, pp. 486–505.

Teilhabe und Partizipation von Kindern – Beschwerdemanagement und Patienteninformation

Jörg M. Fegert

Internationale Kinderrechte und ihre Umsetzung

In der »Genfer Deklaration der Rechte des Kindes« von 1924 werden noch keine Selbstbestimmungsrechte von Kindern angesprochen. Schon die von der UN 1959 veröffentlichte »Erklärung der Rechte der Kinder« nennt eigene, spezifische Rechte. Nach 10-jähriger Beratung, einem polnischen Vorschlag folgend, beschließt die UN-Vollversammlung am 20. November 1989 die UN-Kinderrechtskonvention. Eine zweite, für unser Thema relevante Konvention, ist die UN-Behindertenrechtskonvention, welche zwei Jahre nach Unterzeichnung, am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist. Artikel 7 (Kinder mit Behinderungen) regelt: »Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können ...«. Geprägt ist die UN-Behindertenrechtskonvention vom grundlegenden »Diversity« Ansatz – das heißt die Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung soll geachtet werden. Kinder und Jugendliche mit Behinderung sollen als Teil der menschlichen Vielfalt wahrgenommen werden. Das zentrale Prinzip ist deshalb die Inklusion. Eine Brücke zur UN-Kinderrechtskonvention schlägt Artikel 7, in dem die Kindeswohlmaxime als genereller Maßstab, auch im Umgang mit Kindern mit Behinderung, angesprochen wird (»The best interest of the child shall be a primary consideration«). In Artikel 7 wird Kindern auch Partizipation bei sie betreffenden Entscheidungen zugesichert. Artikel 16 unterstreicht die Vulnerabilität von Personen mit Behinderung und macht den Schutz vor Gewalt und (sexueller) Ausbeutung zu einem generellen Ziel. Im folgenden Beitrag soll deshalb auf Partizipation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und auf ihren Schutz in Einrichtungen eingegangen werden.

Doch was ist Partizipation? Partizipation ist in der Fachdiskussion in den letzten Jahren sozusagen ein Modebegriff geworden. Die UN-Kinderrechtskonvention regelt in Artikel 13 die Informationsfreiheit für Kinder und bestimmt in Artikel 12, dass Kinder in die Lage versetzt werden sollen, sich bei Entscheidungen, die sie betreffen, eine eigene Meinung zu bilden und diese Meinung soll auch angemessen berücksichtigt werden. In einer von der Volkswagenstiftung (VWII/74904) geförderten Untersuchung zu Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sagte ein achtjähriges Mädchen (FEGERT et al. 2000) »Man kann nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird«. § 1626 Abs.2 BGB formuliert die Verpflichtung der Eltern, die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem und verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen.

Mitsprache von Kindern ist aber nicht nur eine Anforderung an die Sorgeberechtigten, sondern Mitsprachemöglichkeiten im Entscheidungsprozess erhöhen auch die wahrgenommene Fairness und letztendlich die Akzeptanz z. B. von Entscheidungen in der Krankenbehandlung. Dabei muss Einwilligungsfähigkeit (im englischen competence) vom Recht des Kindes, seine Meinung zum Ausdruck zu bringen, also rechtliches Gehör zu finden, unterschieden werden. Es gibt durchaus Entscheidungen, die bei Kindern und Jugendlichen durch die Erwachsenen getroffen werden müssen und Kinder erleben dies durchaus auch als eine Erleichterung. Da diese Entscheidungen aber Kinder betreffen, steht ihnen bei diesen Entscheidungen ein Recht zu, gehört zu werden.

In der klinischen Forschung wird deshalb nach den in Deutschland geltenden Regeln des Arzneimittelgesetzes aber auch nach der EU-Regulation, sowohl die Einwilligung der Eltern (consent) als auch die Zustimmung der Kinder (assent) verlangt. Diese Zustimmung der Kinder basiert auf einer entwicklungspezifischen, altersabhängigen Aufklärung und das Ausmaß der Einwilligungsfähigkeit ist auch anforderungsspezifisch zu definieren. In der Praxis ist die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen gar nicht so einfach zu realisieren. Ich habe 1998 von einem Beteiligungsparadoxon gesprochen, denn gut geförderte Kinder ohne Entwicklungsdefizite, Behinderungen und/oder psychische Störungen haben z. B. in Scheidungsverfahren ihrer Eltern oft die besten Möglichkeiten, ihre Meinung zu artikulieren und zu partizipieren. Hier werden die Kinder bisweilen fast schon dadurch überbelastet, dass jeder auf sie Rücksicht nehmen will und sie immer wieder ihren Willen artikulieren sollen. Umgekehrt hätten die Kinder, die teilweise aufgrund mangelnder Förderung sich gar nicht hinreichend artikulieren können und den stärksten Interessenskonflikten ausgesetzt sind, den größten Bedarf an Beteiligung. Sie können oft davon aber gar keinen Gebrauch machen, weil ihnen entsprechende Fertigkeiten fehlen.

Partizipation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

Fragt man Kinder nach Aufnahme in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, ob jemand sie über ihre Rechte während der Behandlung aufgeklärt hat, antworten knapp 60 % mit »nein« (alle Daten sind dem Buch ROTHÄRMEL et al. 2006 entnommen und können dort detailliert nachvollzogen werden). Fragt man dagegen, ob Kinder über die Stationsregeln informiert wurden, wurden mehr als zwei Drittel »sehr ausführlich« bzw. »ausführlich« über die Stationsregeln informiert. Ganz im Gegensatz zur Behandlung, wo nur ein Drittel der Patienten sich über ihre Behandlung »sehr gut« oder »gut« informiert fühlt. Diese Befunde zeigen, dass wenn wir in der Psychiatrie Kindern irgendwelche Dinge verständlich machen wollen, weil sie uns für den Stationsablauf wichtig sind, uns dies dann auch gelingt. Andererseits werden die Dinge, die für die jungen Patientinnen und Patienten entängstigend wirken und zentral auch für den Aufbau einer Behandlungsmotivation sind, nicht hinreichend besprochen. Auch der Schutz von Intimität und Privatsphäre ist den

Kindern sehr wichtig. Zwei Drittel der Kinder geben an, es sei ihnen wichtig, dass in ihrem Zimmer auf Station angeklopft wird. Mehr als die Hälfte der Schwestern und Betreuer, Ärztinnen und Ärzte klopfen, laut Angaben der Kinder, aber nicht an, bevor sie ins Zimmer kommen. Gerade die jüngeren Kinder hatten die wenigsten Vorstellungen davon, was während ihrer Behandlung passieren wird. Aber auch ein Viertel der Jugendlichen gibt an, nicht genau zu wissen, was sie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung erwartet. Einige Zitate: *»Weiß nicht, sie werden mein Gewissen verbessern würde ich sagen«, »Ich versuche lieb zu sein, dann darf ich wieder nach Hause«, »Dass man die Probleme mit viel Freizeit wegbringen will«.*

Die Informationspraxis als wichtiger Teil der Partizipation ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich zu verbessern. Bei über 60 % der befragten Patientinnen und Patienten hat der einweisende Arzt sie nicht auf den bevorstehenden Aufenthalt vorbereitet (keine Alterseffekte). Wenn informiert wurde, hatten die Ärzte nur vage angedeutet, dass dort Therapien gemacht würden, dass an einer Problemlösung gearbeitet würde und insgesamt damit motiviert, dass es doch schön sein werde in der Klinik. Teilweise wurde aber auch mit der Klinikaufnahme als Sanktion gedroht *»jetzt ist es so weit, du hast zu viel Blödsinn gemacht, jetzt musst du in die Psychiatrie«.*

Information, Partizipation und Beschwerdemanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als Konsequenz dieser Untersuchung in Rostock und Ravensburg haben wir beim Aufbau der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm von Anfang an großen Wert auf explizite Hinweise auf die Patientenrechte gelegt. Auszüge aus der UN-Kinderrechtskonvention finden sich in den Fluren, auch in einer kindgemäßen Zusammenfassung und in sechs unterschiedlichen Übersetzungen in die für unsere Klientel gebräuchlichen Fremdsprachen. Die behandelten Kinder beziehen sich wirklich auf diese nonverbalen Hinweise. Auf der akuten Jugendlichenstation wird z. B. die Norm der UN-Kinderrechtskonvention zum Freiheitsentzug und zu den Rechten von Kindern bei Freiheitseinschränkungen zitiert und darauf wird häufig Bezug genommen. Wie viele Kliniken hatten wir Informationsbroschüren für Eltern, für Lehrer, für Einweiser etc. entwickelt. Auch die Publikationen der Klinikschule, insbesondere die Schülerzeitungen, haben sehr viel zum Abbau von Schwellenängsten und zur Information der Öffentlichkeit beigetragen. Dennoch stellten wir immer wieder fest, dass Kinder nicht in geeigneter Form auf den Aufenthalt vorbereitet waren. Schließlich entwickelte das Stations-team der Kinderstation gemeinsam mit einer professionellen Comic-Zeichnerin eine altersentsprechende Aufklärungsbroschüre, die den üblichen Ablauf einer Behandlung eines Schulkindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt. Das Ganze wurde ergänzt durch erläuternde Elterninformationen. Die Nachfrage nach dieser Broschüre war überwältigend (http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/WebversionWIDSN.pdf).

Spätestens nach dem »Fokus Lernen« auf diese Broschüre hingewiesen hatte, gab es bundesweite Anfragen. Dabei mussten wir allerdings immer wieder betonen, dass der wirkliche entwicklungspsychologische Wert dieser Informationsmaterialien darin liegt, dass für das Alter entsprechend konkret die Vorgehensweise in Ulm erläutert wurde und dass es eigentlich auf Basis dieser Vorlage, aber in einer fachlichen Auseinandersetzung der jeweiligen Teams, einer spezifischen Entwicklung entsprechender Broschüren für andere Einrichtungen bedarf. In der klinischen Arbeit haben wir gemerkt, dass sehr gute Informationen im Vorfeld Kinder entängstigt haben und es ihnen auch deutlich erleichtert haben, sich in die stationären Abläufe einzufinden. Beschwerdemanagement war von Anfang an Teil der Qualitätssicherung in der Abteilung und es war uns klar, dass Partizipation und Mitbestimmung bei Kindern häufig nicht über die üblichen Wege, z. B. nur mit »Kummerkästen« oder mit Fragebögen, realisiert werden kann. Regeln für die jeweiligen Gruppen werden mit den Kindern besprochen und teilweise mit Kindern und Jugendlichen gemeinsam entwickelt und ihre Einhaltung überprüft. Ansprechpartner und –partnerinnen für Kinder und Jugendliche werden klar benannt.

Von Anfang an wurde auf den Stationen dafür Sorge getragen, dass Telefonleitungen freigeschaltet zu den umliegenden Jugendämtern und zum Patientenführsprecher zur Verfügung stehen, so dass kindgerechte Beschwerdemöglichkeiten, ohne Schriftverkehr und außerhalb des Kliniksystems möglich sind. Die häufigsten Beschwerden hier sind Alltagsdinge und insbesondere Fragen, die die Qualität des Essens betreffen. Wenn hier nicht mit einer gewissen Regelmäßigkeit Beschwerden auftreten (denn zuhause schmeckt es eben am besten) funktionieren Beschwerdesysteme nicht. Beschwerdesysteme, welche nur seltene Ereignisse oder wirklich große Probleme erfassen wollen, funktionieren nicht, weil der Beschwerdeweg nicht im Alltag eingeübt wurde und dann die Hemmschwelle viel zu groß ist. Wir haben sehr positive Erfahrungen mit diesen Beschwerdesystemen gemacht.

Allerdings gibt es natürlich auch andere, z. B. webbasierte Ideenmanagement- und Beschwerdesysteme, die z. B. auf Jugendlichenstationen gut Anwendung finden könnten. Ein entsprechendes webbasiertes System haben wir z. B. für die Medizinstudierenden in Ulm eingeführt (THUMSER-DAUTH et al. 2009).

Neue Anforderungen an Standards in Institutionen durch die Debatte über sexuellen Missbrauch in Institutionen

Nach dem so genannten »Missbrauchsskandal« 2010 wurde am Runden Tisch sexueller Kindesmissbrauch in unterschiedlichen Arbeitsgruppen sehr intensiv über Schutzräume und Standards in Institutionen diskutiert. Die Arbeitsgruppe I des Runden Tisches entwickelte eine entsprechende Leitlinie (vgl. WOLFF et al. 2012 sowie FEGERT/KÖLCH 2013). Gefordert wird eine Mehrebenenstrategie der Prävention in Institutionen und eine Implementierung von Mindeststandards. In Institutionen soll ein verbindliches Schutzkonzept erarbeitet werden. Hierzu ist auch die Durchführung einer einrichtungsinternen Analyse zu arbeitsplatzspezifischen Gefährdungspoten-

tialen und Gelegenheitsstrukturen notwendig. Zentral ist die Bereitstellung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens, wie wir es oben am Beispiel der Ulmer Klinik beschrieben haben. Für den Umgang mit Verdachtsfällen sollen Notfallpläne erstellt werden. Im Verdachtsfall sollen z. B. Fachkräfte für Kinderschutz als externe Beraterinnen und Berater beigezogen werden. Verdachtsfälle und Probleme sollen stringent dokumentiert werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen regelmäßig themenspezifisch fortgebildet werden. Personalrechtlich ist bei Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche betreuen, die Prüfung polizeilicher Führungszeugnisse in regelmäßigen Abständen und natürlich bei der Einstellung geboten. Im Bereich der Jugendhilfe ist diese Einholung von Führungszeugnissen verpflichtend.

Sollte es tatsächlich zu Problemen z. B. mit Übergriffen auf Patientinnen oder Patienten kommen (sei es durch Mitpatienten oder durch Personal), so ist deren Aufarbeitung und konstruktive Fehlerbearbeitung im Sinne von Prävention und Rehabilitierungsmaßnahmen unbedingt erforderlich. Um die Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen zu erleichtern, hat der Gesetzgeber das Bundeskinderschutzgesetz verabschiedet, dessen § 4 auch Beratungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in solchen Problemlagen vorsieht, ebenso wie ein Recht zur Übermittlung von Informationen durch Berufsheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung. Die Beratung nach § 8b SGB VIII wird derzeit noch kaum durch kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in Deutschland in Anspruch genommen. Es ist aber klar geregelt, dass Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls, zum Schutz vor Gewalt und zur Einführung von Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen haben.

Fazit

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Ausbau des Schutzes von Kindesinteressen und der tatsächlichen Beteiligung von Kindern und Jugendlichen im Behandlungsalltag zu fordern. Ein erster wichtiger Schritt ist die Vermittlung von altersentsprechenden Informationen. Wobei oft deutlich wird, dass, wenn wir die Behandlungsabläufe kindgemäß erläutern können, auch die Patienteneltern vieles besser verstehen und motivierter in die Zusammenarbeit gehen. Die Umsetzung der Verfahrensanforderungen aus der UN-Kinderrechtskonvention, aus dem europäischen Übereinkommen zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention und aus der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention stellt auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Herausforderung dar.

Bei der Einführung von Schutzmaßnahmen und Beteiligungsverfahren für Kinder und Jugendliche können sich die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den Landesjugendämtern (dies sind in der Regel die überörtlichen Träger der Jugendhilfe) fachliche Beratung holen. Dieser Beratungsanspruch ist in § 8b KJHG

geregelt. Nicht alle Psychischkrankengesetze sehen zum Schutz von Patientenrechten externe Kontrollen (z. B. durch Besuchskommissionen) und Regeln zur Transparenz vor. Bei den derzeit laufenden Reformen der Unterbringungsgesetze und Psychischkrankengesetze aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention sollte dieser Aspekt zum Schutze der in Einrichtungen behandelten Kinder und Jugendlichen nicht vergessen werden. Kinder in Hochrisikokonstellationen bedürfen besonderer Aufmerksamkeit und eines verstärkten Schutzes, auch vor negativen Folgen der Beteiligung, d.h. Kinder können, wenn zu stark alles von ihrem Willen abhängig gemacht wird, auch durch eine nicht altersgemäße Beteiligung bei Entscheidungen überlastet wird. Es geht nicht um zu frühe Verantwortungsübernahme durch Kinder, sondern darum sie hinreichend zu informieren, auch wenn diese Information nicht in eine rechtskräftige Einwilligung münden kann. Im Rahmen der Erhebungen für die unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau BM a. D. Dr. Christine Bergmann (FEGERT et al. 2013) mussten wir feststellen, dass auch in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischenPraxen Missbrauchsfälle vorgekommen sind. Der Schutz von Kindern in Institutionen betrifft also nicht nur Schulen und Heime. Es handelt sich um eine klare Herausforderung auch an die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Literatur

- FEGERT, J. M./SPRÖBER, N./RASSENHOFER, M./SCHNEIDER, Th./SEITZ, A. (eds) (2013): Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen, Juventa, Weinheim und München.
- FEGERT, J. M./DIPPOLD, I. (2000): Partitur: Partizipation und Informationsrechte für Kinder und Jugendliche. Themenzentrierter interdisziplinärer Forschungsverbund an der Universität Rostock, Universitätsverlag, Rostock.
- FEGERT, J. M./KÖLCH, M. (eds) (2013): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Auflage, Springer – Verlag, Heidelberg.
- ROTHÄRMEL, S./DIPPOLD, I./WIETHOFF, K./WOLFSLAST, G. /FEGERT, J. M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen.
- THUMSER-DAUTH, K./EICHNER, B./LIEBHARDT, H./FEGERT, J. M. (2009): «Elektronisches Beschwerde- und Ideenmanagement zur Qualitätsentwicklung in Lehre und Studium» in Handbuch Qualität in Studium und Lehre, eds. W. BENZ, J. KOHLER & K. LANDFRIED, Raabe, Berlin, pp. 1–16.
- WOLFF, M./FEGERT, J. M./SCHRÖER, W. (2012): »Mindeststandards und Leitlinien für einen besseren Kinderschutz – Zivilgesellschaftliche Verantwortung und Perspektiven nachhaltiger Organisationsentwicklung«, Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, vol. 85, no. 3, pp. 121–126.

BeZuHG - Behandelt zu Hause gesund werden - geht das?

Isabel Böge

Es gab in den letzten Jahrzehnten ein hohes Interesse daran, erwachsene psychiatrische Patienten nicht mehr primär langfristig stationär, sondern eher ambulant in der Gemeinde zu behandeln, um möglichst gut eine psychosoziale Wiedereingliederung zu erhalten/ermöglichen. Vermehrte psychosoziale Unterstützungsangebote (Assertive Community Treatment (ACT)) ermöglichten eine intensivere ambulante Betreuung (BJORKLUND, MONROE-DEVITA, REED, et al. 2009; JENNER 2008; SYTEMA, WUNDERINK, BLOEMERS, et al. 2007; TYRER, BALOD, GERMANAVICIUS et al. 2007; VERHAEGH, BONGERS, KROON et al. 2007).

Der initiale Enthusiasmus nach der Etablierung von ACT Teams (MARSHALL und LOCKWOOD 2000) ist inzwischen aber deutlich gedämpft worden, da mehrere zu Beginn berichtete Erfolge in neueren Studien nicht mehr nachgewiesen werden konnten (BURNS, CATTY, DASH et al. 2007). Dennoch sind folgende Schlussfolgerungen derzeit noch als gültig anzusehen:

1. Qualifizierte aufsuchende Betreuungsangebote können die Notwendigkeit von stationären Aufnahmen bei Patienten, welche aufgrund einer zugrunde liegenden chronifizierten psychiatrischen Störung wiederholten Aufnahmen ausgesetzt sind (im Sinne von wiederkehrenden Krisen etc.) reduzieren. (BURNS, CATTY, DASH, et al. 2007)
2. Qualifizierte aufsuchende Betreuungsangebote sind mit einer höheren Patientenzufriedenheit assoziiert. (KILLASPY, KINGETT, BEBBINGTON et al. 2009)
3. Qualifizierte aufsuchende Betreuungsangebote gehen mit einer besseren Kooperation und Verbindlichkeit in der Einhaltung von Terminen einher (KILLASPY, KINGETT, BEBBINGTON et al. 2009; SYTEMA, WUNDERINK, BLOEMERS et al. 2007)
4. Es gibt keinen Nachweis, dass intensive qualifizierte aufsuchende Betreuungsangebote signifikant teurer sind als die aktuell bestehenden Betreuungsangebote (da stationäre Aufenthalte so oftmals umgangen werden können). (McCRONE, KILLASPY, BEBBINGTON et al. 2009)
5. Kriseninterventionen im Rahmen einer bestehenden psychiatrischen aufsuchenden Behandlung führen bei psychisch erkrankten Menschen seltener zu stationärer Aufnahme (JOY, ADAMS, RICE 2006)

Schaut man sich im Vergleich nun Auffälligkeiten und Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten im Kindes- und Jugendalter an, so sind diese häufig (Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ca. 10 bis 20 % (IHLE und ESSER 2002; PETERMANN 2005; RAVENS-SIEBERER et al. 2006)), und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld. Dabei ist der Übergang von normalen entwicklungsbedingten Auffälligkeiten zu psychischen Störungen fließend. Die Persistenzrate

dieser psychischen Störungen für einen Zeitraum von 2–5 Jahren wird mit über 50 % angegeben.

Laut der KIGGS Studie werden derzeit aber immer noch 50 % der psychiatrisch zu evaluierenden Kinder nicht oder erst sehr spät erreicht (RAVENS-SIEBERER et al. 2008), da es weiterhin hohe Hemmungen gibt, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben.

Insbesondere Kinder aus Haushalten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status werden kaum erreicht. Neben Themen wie Angst vor Stigmatisierung, Unkenntnis über mögliche Hilfen bis hin zu Furcht vor Entzug der elterlichen Sorge bestehen oftmals auch ganz reale Hindernisse wie Transportprobleme, Strukturdefizite mit Vergessen von Terminen etc. welche die Compliance in nicht wenigen Fällen erschweren. Mit einer aufsuchenden Zuhause-Behandlung ist davon auszugehen, dass mehr behandlungsbedürftige Patienten, erreicht werden, sowie ein aktiver Verbleib in der Behandlung besser gewährleistet werden kann. (RHINER 2011; BORDUIN 2009; HENGGELER 1999)

LAMB et al hat in einer Studie von 2009 ein breites Spektrum Kinder- und Jugendpsychiatrischer Erkrankungen, deren Familienkontexte und – alternativ zur stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen angebotene – intensive ambulante Behandlungsformen analysiert. Sie stellte dar, dass intensive multiprofessionelle ambulante Angebote in der Familie gleich effizient zu sein schienen, wie stationäre Behandlungen, aber auch, dass es bisher wenig nachhaltige Forschungsergebnisse in Bezug auf effektive intensive ambulante Behandlungsangebote gibt.

Mattejat et al. verglichen 2001 in einer deutschen Studie Patienten, die eine stationäre Behandlung erhalten hatten, mit Patienten, welche alternativ zur Aufnahme mit ambulantem Hometreatment behandelt worden waren (Gesamt n=92). Im long-term Outcome erwies sich in dieser Studie Hometreatment als ebenso effizient wie die stationäre Behandlung. SCHMIDT et al. (2006) zeigten in einer zweiten Studie, dass zwar zum Zeitpunkt der Entlassung der Behandlungserfolg von Patienten, welche länger stationär behandelt worden waren (n=35), besser war, als der von Hometreatment Patienten (n=70), die Stabilität des Behandlungserfolges allerdings in der Gruppe der Patienten mit Hometreatment nach einem Jahr deutlich höher war, als bei den Patienten, welche stationär aufgenommen worden waren.

In der Studie *Behandelt Zu Hause Gesund werden* (BeZuHG) sollte nun untersucht werden inwieweit ein intensives aufsuchendes Angebot für psychiatrisch erkrankte Kinder- und Jugendliche die bestehenden Versorgungsangebote (ambulante niederfrequente PIA Behandlung, teilstationäre, stationäre Behandlung) sinnvoll ergänzen kann, um so

- den Krankenhausaufenthalt zu verkürzen (und somit Kosten stationärer Aufenthalte zugunsten hochfrequenter integrativer ambulanter Angebote zu sparen),
- Kindern und Jugendlichen eine frühzeitige Wiedereingliederung in den bekannten sozialen Kontext zu ermöglichen,
- eine Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen möglichst zu verhindern,

- intensiver als im bisherigen stationären Rahmen möglich die Familien in die Behandlung mit einzubeziehen und somit familiäre Ressourcen auszuschöpfen,
- schulische Leistungsfähigkeit und Integration in die zuvor bekannte schulische und soziale Gleichaltrigengruppe – durch möglichst geringen Ausfall von Heimatschulunterricht, sowie begleitete Reintegration – zu erhalten und damit einen wesentlichen Beitrag zur Wiedereingliederung von – von seelischer Behinderung betroffener oder bedrohter – Kindern und Jugendlichen zu leisten,
- sowie mehr Kinder und Jugendliche durch die aufsuchende Herangehensweise mit einer Behandlung zu erreichen und dann auch in dieser zu involvieren.

Neben einer darüber zu erzielenden höheren Patientenzufriedenheit nahmen wir an, dass sich so erreichte stationäre Ziele besser in das familiäre Umfeld übertragen lassen würden, dass sich durch die weitergeführte Behandlung in der Familie die Kompetenz der Familie, Krisen zu managen, erhöhen und somit neuerliche Krisen nicht automatisch zu einer Wiederaufnahme führen würden, sondern innerhalb der Familie, ggf. mit Unterstützung, eine Lösung gefunden werden kann und so letztendlich langfristig eine erhöhte Stabilität des Kindes/Jugendlichen erreicht werden kann.

Im Sinne einer Machbarkeitsstudie knüpften sich dann auch noch folgende Fragestellungen an die neue Behandlungsform BeZuHG: Welche Diagnosen/Symptome und deren Schweregrad sind mit einem solchen Konzept (noch) gut behandelbar? Welches Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen (Familie/Peergruppe/Schule) ist vor/nach BeZuHG Behandlung in der Familie vorhanden/erreichbar? Welche Kontaktfrequenz ist realisierbar (Fahrzeiten/Akzeptanz durch die Familie/ sich ergebende Kosten)?

Praktisch hieße dieses, dass alle ab Studienbeginn (Oktober 2011) konsekutiv auf beiden Jugendlichen- und der Kinderstationen des ZfP Südwürttemberg aufgenommenen Patienten, welche

- länger als 72 Stunden stationär verblieben,
 - nicht aus einer stationären Jugendhilfeeinrichtung kamen,
 - und Basiskenntnisse der deutschen Sprache besaßen,
- eine Teilnahme an der Studie angeboten wurde. Erfolgte ein Einverständnis der Eltern und Patienten, wurde der/die PatientIn in eine von zwei Gruppen (Interventionsgruppe BeZuHG oder Kontrollgruppe) randomisiert, indem ein verschlossener Umschlag geöffnet wird, welcher die Behandlungsbedingungen beinhaltet (BeZuHG Behandlung versus vollstationärer Behandlung). Patienten der Kontrollgruppe erhielten eine leitliniengerechte reguläre stationäre Behandlung. Patienten der Interventionsgruppe BeZuHG wurden zum frühestmöglichen Zeitpunkt (CGAS > 40) aus der stationären Behandlung entlassen und erhielten nach einer ausführlichen Testung im Anschluss ein sich über drei Monate erstreckendes individualisiertes therapeutisches Behandlungsangebot zu Hause, welches aus einer Verzahnung von Hometreatment (Einzeltherapie, Familiengespräche, Familiencoaching, Psychoedukation) und Klinikelementen (z. B. weiterhin Besuch von stationärer oder

auch ambulanter Gruppentherapie, tageweise TK-Status, Besuch der Klinikschule oder Wahrnehmen von Fachtherapiestunden) bestand. Die Behandlung wurde dabei primär von pädagogischen Mitarbeitern der Station, mit Zusatzausbildungen (Systemische Therapie, Elterncoaching, Psychoedukation ...), welche einen 0,7 Stellenanteil auf der Station und einen 0,3 Stellenanteil im BeZuHG-Projekt besaßen, durchgeführt. Kontakt zu den in die Interventionsgruppe randomisierten Kindern und Eltern wurde so von den BeZuHG-Mitarbeitern schon auf der Station aufgenommen. Eine regelmäßige Überprüfung des Behandlungsplans, sowie Supervision der Fälle erfolgte durch den Kinder- und Jugendpsychiater.

Die Eltern und Kinder/Jugendlichen zeigten sich gegenüber dem Konzept der »zu-Hause-Behandlung« aufgeschlossen, lediglich etwas über 1/3 (n=49) der entsprechend den Einschlusskriterien möglichen Patienten lehnten bisher eine Teilnahme an der Studie ab, während ca. 2/3 (n=83) der Patienten zustimmen. Inzwischen wurde bei 56 (von 92 angezielten) Patienten die Behandlung abgeschlossen und eine erste Auswertung ist erfolgt. Die beiden zu untersuchenden Patientensamples (BeZuHG versus Kontrolle) zeigten sich in Bezug auf Alter (Kontrolle: 13,8 Jahre, SD 2,83, BeZuHG Gruppe: 13,5 Jahre, SD: 2,93) und Geschlecht (Kontrolle: ♀ n=20 ♂ n=18, BeZuHG: ♀ n=18 ♂ n=17) ausgeglichen. Alle häufigen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen waren in beiden Gruppen vertreten und zeigten sich im intensiven ambulanten Setting ebenso gut behandelbar, wie im stationären Setting, wobei Störung des Sozialverhaltens und affektive Störungen überwogen.

Vorsichtige Ergebnisse der ersten ausgewerteten Patienten ergeben zudem, dass sich die Verweildauer in der BeZuHG Gruppe um 11,17 Tage senken ließ (Verweildauer BeZuHG: 45,91 Tage; Verweildauer Kontrolle: 57,08 Tage). Im Durchschnitt betrug dabei die Kontaktfrequenz im Rahmen der intensivierten ambulanten Behandlung 24,3 Kontakte/3 Monatszeitraum. Dabei fanden in der Regel wöchentliche Elterngesprächen sowie Einzelgesprächen mit dem Kind oder Jugendlichen statt, ergänzt um unterschiedliche erweiternde Klinikangebote (Fachtherapie, ambulante/stationäre Gruppe, Telefonate, Krisenanrufe, TK Status, Klinikschulbesuch etc.) Wegezeiten zu und von den Familien betragen im Durchschnitt 19,9 km/Weg, wobei die Variationsbreite von 1,4 km bis 59,9 km ging.

Anhand dieser vorläufigen Ergebnisse lässt sich darstellen, dass die Annahme, dass ein wohnortnahes intensives Konzept zur Stabilisierung von Kindern und Jugendlichen, welche in Familien leben, unter Gesichtspunkten der Inklusion, Verhinderung von Stigmatisierung und Stabilisierung im häuslichen Umfeld, sehr sinnvoll angewandt werden kann. Eine Partizipation der Eltern, des Patienten sowie z. T. auch der Heimatschulen wird in höherem Maße voraussetzt als in einem stationären Setting, kann aber dafür auch individualisierter den besonderen Erfordernissen eines jeden Patienten und seiner Familie Rechnung tragen. Diese Behandlungsform scheint gut von Familien angenommen zu werden, bringt eine gute Compliance mit sich (Termine werden eingehalten), ist für fast alle Diagnosegruppen installierbar, liefert neue Erkenntnisse durch Einblicke in die Familien, und führt letztendlich bisher bei den meisten Familien zu Zufriedenheit mit der

Behandlung. Auch wenn derzeit eine solche intensiviertere ambulante Behandlung in Deutschland noch keine Kassenleistung ist, so sollte es das Ziel sein, die aktuelle Versorgungslücke zwischen ambulanten nieder- und stationären hochfrequenten Therapieangeboten zu schließen. Es ist deswegen zunächst eine Fortsetzung der Studie geplant, um diese vorläufigen Ergebnisse zu verifizieren und mit höheren Patientenzahlen zu unterminieren.

Literatur

- BJORKLUND, R. W./MONROE-DEVITA, M./REED, D. et al. (2009): Washington State's initiative to disseminate and implement high-fidelity ACT teams. *Psychiatric Services*, 60, 24–27.
- BURNS, T./CATTY, J., DASH, M. et al (2007) Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335, 336.
- BORDUIN, C. M./SCHAEFFER, C. M./HEIBLUM, N. (2009): A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol* Feb;77(1):26–37
- HENGGELE, S. W./ROWLAND, M. D./RANDALL, J. et al (1999): Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1331–1339.
- IHLE und ESSER(2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- JENNER, J.A. (2008): Assertive community treatment in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 76–77; author reply 77.
- JOY, C. B./ADAMS, C. E./RICE, K. (2006): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001087.
- KILLASPY, H./KINGETT, S./BEBBINGTON, P. et al (2009): Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 195, 81–82.
- LAMB, C. E. (2009): Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 345–350.
- MATTEJAT, F./HIRT B. R. /WILKEN J./SCHMIDT, M. H./REMSCHMIDT H. (2001): Efficacy of inpatient and hometreatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study *European Child & Adolescent Psychiatry*. 10 Suppl 1:I71–9
- MCCRONE, P./KILLASPY, H./BEBBINGTON, P./JOHNSON, S./NOLAN, F./PILLING, S./KING, M. (2009): *Psychiatr Serv*. 2009 Jul;60(7):908–13.
- PETERMANN, F. (2005): Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48–57.
- RAVENS-SIEBERER, U./SCHULTE-MARKWORT, M./BETTGE, S./BARKMANN, C. (2002): Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, *Gesundheitswesen*. 64 Suppl 1:S88–94
- RAVENS-SIEBERER, U./WILLE, N./ERHARD, M. (2008): Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1]* 17:22–33
- RHINER, B./GRAF, T./DAMMANN, G./FURSTENAU, U. (2011): Multisystemic Therapy for adolescents in German-speaking Switzerland – implementation and first results; *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychotherapy Jan*; 39 (1):33–9

- SYTEMA, S./WUNDERINK, L./BLOEMERS, W. et al. (2007): Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 105–112.
- SCHMIDT, M. H./LAY, B./ GÖPEL, C./ NAAB, S./ BLANZ, B. (2006): Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European child & adolescent psychiatry* ;15(5):265–76.
- TYRER, BALOD, GERMANAVICIUS, et al. (2007): Perceptions of assertive community treatment in the UK and Lithuania. *International Journal of Social Psychiatry* 53(6):498–506.
- VERHAEGH, M. J./BONGERS, I. M./ KROON, H. et al. (2007): [Assertive Community Treatment for patients with a first episode psychosis. Model fidelity and specific adaptations for particular target groups]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49,789–98.

Auswirkungen eines Bundeskinderschutzgesetzes auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Reinhard Wiesner

Der Kinderschutz als Querschnittsaufgabe

Zur Systematik des Bundeskinderschutzgesetzes

Der Kinderschutz ist – neben der primären Verantwortung der Eltern für den Schutz des Kindes – eine öffentliche Aufgabe, die einer Vielzahl von Systemen und Professionen obliegt. Das Bundeskinderschutzgesetz enthält deshalb Vorschriften, die sich ganz allgemein mit dem Thema Kinderschutz befassen, aber auch andere, die sich an bestimmte Systeme bzw. Professionen wenden. Die zentrale Herausforderung besteht darin, alle diese Systeme und Professionen – trotz unterschiedlicher Aufgaben und Befugnisse – auf das gemeinsame Ziel hin zu verpflichten und Wege für die Kommunikation und Kooperation aufzuzeigen. Auf diese Weise sollen Synergieeffekte erzielt und ein am individuellen Hilfebedarf orientiertes Hilfeangebot entwickelt werden.

Das Bundeskinderschutzgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, ist als so genanntes »Artikelgesetz« konzipiert. Es enthält neben Änderungen bereits bestehender Gesetze auch ein neues Gesetz, nämlich das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (Art. 1 – KKG). Während die spezifischen Regelungen für das System der Kinder- und Jugendhilfe in Artikel 2 des Bundeskinderschutzgesetzes zusammengefasst sind, der die Änderungen im Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – (SGB VIII) enthält, finden sich die „systemübergreifenden Regelungen« im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Verschiedene dieser Vorschriften richten sich auch mittelbar oder unmittelbar an das Gesundheitswesen und damit auch an die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung (§ 2 KKG)

Zu diesen systemübergreifenden Regelungen zählt zum einen die Pflicht zur Information der (werdenden) Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung in ihrer Region.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme präventiver Leistungen zur Förderung der Entwicklung des Kindes und damit zur Vermeidung von Nachteilen, die einen schädigenden Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen entfalten können, ist die Kenntnis des örtlich verfügbaren Angebotsspektrums, das von den Trägern der öffentlichen und der freien Jugendhilfe, von Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens, der Schwangerenkonfliktberatung, des Müttergenesungswerks und anderen Organisationen vorgehalten wird.

Da nicht alle Eltern auf Grund von Belastungen und Vorbehalten gegenüber Behörden und staatlichen Einrichtungen selbst aktiv werden, ist es die Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft, (werdende) Eltern über dieses Angebot zu informieren und für die Inanspruchnahme der Leistungen im Interesse und zum Wohl des Kindes zu werben. Im Rahmen verschiedener Projekte unter der Bezeichnung »Frühe Hilfen« haben die kommunalen Gebietskörperschaften – zum Teil unterstützt durch die Länder – in den letzten Jahren unterschiedliche Konzepte und Strukturen entwickelt und erprobt, um dieses Ziel zu erreichen.

Nun werden alle kommunalen Gebietskörperschaften (Kreise und Städte) dazu verpflichtet, Eltern sowie werdende Mütter und Väter über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren zu informieren. Dabei entscheiden die (werdenden) Eltern selbst, ob sie diese Informationen schriftlich oder im Rahmen eines persönlichen Gespräches, das (nur) auf Ihren Wunsch in ihrer Wohnung stattfindet, entgegennehmen. Vor Ort wird entschieden, ob die Informationsangebote durch das Jugendamt oder einen von ihm beauftragten freien Träger erfolgen. In jedem Fall muss dafür Sorge getragen werden, dass das Informationsangebot umfassend ist, also unterschiedliche Informations- und Hilfebedarfe von (werdenden) Eltern in dieser spezifischen Lebenssituation befriedigt. Dies wiederum setzt eine Kenntnis des Hilfespektrums vor Ort und eine enge Vernetzung der Akteure voraus.

Netzwerke für den Kinderschutz (§ 3 KKG)

Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Systemen und Professionen in den verschiedenen Feldern des Kinderschutzes brauchen Orte und regelhafte Verfahren. Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm des Bundes zu den »Frühen Hilfen« haben gezeigt, zeigen, dass viele Kommunen bereits über gute Ansätze zu Netzwerken vor allem im Bereich Früher Hilfen verfügen. In Anlehnung an einzelne Landesgesetze wurde nun der bundesweite Rahmen dafür geschaffen, dass bestehende Netzwerkstrukturen für einen effektiven Kinderschutz verstetigt und weiterentwickelt werden bzw. aufgebaut werden, sofern sie noch nicht bestehen. Die Funktionsfähigkeit dieser Netzwerke ist eine der Voraussetzungen dafür, dass möglichst alle Eltern frühzeitig mit allgemeinen Informationen über Erziehung und Entwicklung des Kindes erreicht werden (§ 2 KKG) und insbesondere Eltern in spezifischen Risikosituationen Hilfeangebote erhalten, bevor es zu einer akuten Kindeswohlgefährdung kommt, die den Schutzauftrag des Jugendamtes nach § 8a SGB VIII auslöst.

Aufgabe der Netzwerke ist die strukturelle Zusammenarbeit, also die gegenseitige Information der einzelnen Akteure über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum, die Klärung struktureller Fragen der Angebotsgestaltung und –entwicklung sowie die Abstimmung von Verfahren im Kinderschutz (§ 3 Abs. 1 KKG). Hingegen ist es nicht die Aufgabe der Netzwerke, Informationen über Einzelfälle auszutauschen.

Welche strategische und logistische Herausforderung mit der Einrichtung und Pflege der Netzwerke verbunden ist, zeigt bereits die lange Liste der Akteure, die in diese Netzwerke einzubeziehen sind (§ 3 Abs. 2 KKG). Zu den Kooperationspartnern, die nicht abschließend aufgezählt sind, zählen unter anderem auch Gesundheitsämter, Krankenhäuser, sozialpädiatrische Zentren und – ganz allgemein – Angehörige der Heilberufe.

Allerdings hat die Verpflichtung der einzelnen Akteure zur Kooperation in diesen Netzwerken in weiten Teilen nur einen appellativen Charakter. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit bzw. Teilnahme weist das Gesetz nur den Jugendämtern und den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen zu. Die Teilnahme der anderen genannten Institutionen und Berufsgruppen hängt in erster Linie von deren Engagement ab. Es bleibt daher abzuwarten, wie diese Verpflichtung vor Ort tatsächlich umgesetzt wird. Im Gesetzeswortlaut wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Netzwerkstrukturen nicht »neu zu erfinden sind«, sondern die bereits vorhandenen Strukturen weiter entwickelt werden sollen. Im Hinblick auf das breite Themenspektrum des Kinderschutzes empfiehlt es sich dabei, themen- und altersbezogenen Arbeitskreise zu installieren.

Die Befugnis von Berufsgeheimnisträgern zur Information des Jugendamtes (§ 4 KKG)

Die Befugnis so genannter Berufsgeheimnisträger zur Weitergabe von Informationen, die ihnen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt geworden sind, ist zum einen Thema der so genannten ärztlichen Schweigepflicht, deren Verletzung nach § 203 StGB unter Strafe steht. Während das Strafrecht auf der ersten Stufe die Verletzung des Berufsgeheimnisses als Straftatbestand ausweist und erst auf der zweiten Stufe die Rechtswidrigkeit der Tat entfallen lässt, wenn die Voraussetzungen des so genannten rechtfertigenden Notstands vorliegen (§ 34 StGB), enthalten verschiedene Landeskinderschutzgesetze inzwischen Regelungen, die allen oder einzelnen Berufsgruppen eine Befugnis zur Information des Jugendamtes einräumen. Da diese Gesetze unterschiedliche Befugnissschwellen enthalten, entsteht in der Praxis Rechtsunsicherheit und ein effektiver Kinderschutz wird damit eher behindert als gefördert (KNORR et al. 2009 S. 352). Die damit eingetretene Rechtszersplitterung sollte durch eine bundeseinheitliche Regelung beseitigt werden. Dieses Ziel wurde aber nicht vollständig erreicht, da der neue § 4 KKG nicht auf alle Berufsgeheimnisträger Anwendung findet, sondern nur diejenigen Berufsgruppen herausgreift, die in einem regelmäßigen Kontakt zu Kindern, Jugendlichen sowie deren Familien stehen. Dazu zählen auch Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert (§ 4 Abs. 1 Nummer 1 KKG).

Die Vorschrift enthält *drei unterschiedliche Regelungskomplexe*, die allerdings mittelbar zusammenhängen.

Zunächst wird in *Absatz 1* an die Angehörigen der dort aufgelisteten Berufsgruppen appelliert: Bei »gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen« sollen sie diese mit den Betroffenen thematisieren und ggf. auf eine Inanspruchnahme von Hilfe hinwirken. Verpflichtenden Charakter hat dieser Appell allerdings nicht, da der Bundesgesetzgeber gegenüber den aufgelisteten Berufsangehörigen (als solche) keine Regelungskompetenzen hat.

Sodann enthält *Absatz 2* einen *Rechtsanspruch der in Absatz 1 aufgezählten Berufsgruppen auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung* gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe, also dem örtlich zuständigen Jugendamt. Dieses hat also dafür Sorge zu tragen, dass der Rechtsanspruch im Einzelfall auch erfüllt werden kann. Wie in der Kinder- und Jugendhilfe üblich richtet sich zwar der Anspruch gegen den Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Die Leistungserbringung kann aber auch über einen freien Träger erfolgen. Da die Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft gerade dem Ziel dient, dem Berufsgeheimnisträger eine Entscheidungshilfe dahingehend zu liefern, ob er auf eine Kooperation mit den Personensorgeberechtigten vertrauen kann oder im Interesse eines wirksamen Kinderschutzes besser das Jugendamt informieren soll, spricht vieles dafür, die Aufgabe der Beratung den Fachkräften freier Träger oder einer Beratungsstelle zu überlassen. Wird sie hingegen bereits Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) übertragen, dann besteht die Gefahr, dass diese die Aufgabe der Beratung eines Berufsgeheimnisträgers mit ihren eigenen Aufgaben der Gefährdungseinschätzung vermischen (auch wenn Absatz 2 die Pseudonymisierung der an die Fachkraft zu übermittelnden Daten durch den Berufsgeheimnisträger fordert).

Schließlich regelt *Absatz 3* die Befugnis der Berufsgeheimnisträger zur *Weitergabe von Informationen an das Jugendamt zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung*. Grundlage für die Befugnis zur Information des Jugendamtes ist eine Gefährdungseinschätzung, die zu dem Ergebnis kommt, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, die nicht anders abgewendet werden kann. Durch das abgestufte Verfahren nach den Absätzen 1 (Erörterung der Situation mit den Betroffenen) und 2 (Rechtsanspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft) wird sichergestellt, dass zunächst das Abwenden der Kindeswohlgefährdung durch helfende, unterstützende, auf Herstellung oder Wiederherstellung eines verantwortlichen Verhaltens der Eltern gerichtete Maßnahmen erreicht werden soll.

Will der Berufsgeheimnisträger das Jugendamt informieren, so hat er – jedenfalls im Regelfall – die Betroffenen vorher darauf hinzuweisen (Abs.3 Satz 1 Halbsatz 2). Es soll also nicht hinter dem Rücken der Betroffenen agiert werden. Der Vertrauensverlust könnte sich im Einzelfall wie auch in der Ausstrahlung auf die Glaubwürdigkeit der Institution Jugendamt nachteilig auf den Kinderschutz auswirken. Das schließt nicht aus, dass es Fälle gibt, in denen der Schutz des Kindes oder Jugendlichen eine solche Vorabinformation verbietet. In diesen Fällen wird der Berufsgeheimnisträger von der Hinweispflicht befreit

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen

Beratung von Trägern von Einrichtungen zur Entwicklung von Kinderschutzstandards

(§ 8b Abs. 2 SGB VIII)

Obwohl die Debatte um den Kinderschutz in Einrichtungen mit Blick auf die Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren, aber auch mit Blick auf die in den letzten Jahren bekannt gewordenen Fälle sexualisierter Gewalt in Internaten und Heimen nun schon über längere Zeit geführt wird, stellen sich viele Einrichtungen nur zögerlich diesem Thema. Sie verfügen noch nicht über die Expertise für die (Weiter) Entwicklung und Anwendung fachlicher Leitlinien zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Ihnen räumt nun § 8b Abs. 2 SGB VIII einen entsprechenden Anspruch auf Beratung gegenüber dem zuständigen Landesjugendamt ein. Der Kreis der Anspruchsberechtigten geht weit über die Einrichtungen der Erziehungshilfe hinaus und umfasst neben den Tageseinrichtungen auch die Träger von Internaten. Schließlich sollte das Landesjugendamt auch (Kinder) Krankenhäusern und Schulen mit Rat und Tat zur Seite stehen, wenn diese um Informationen bitten.

Die Vorschrift flankiert damit die Neufassung der Voraussetzungen für die Erteilung der Betriebserlaubnis (§ 45). Gegenstand der Beratung ist die Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten. Die Ausgestaltung der Handlungsleitlinien im Einzelfall muss sich an der Struktur und dem Konzept der jeweiligen Einrichtung orientieren und kann daher nicht abstrakt vorgegeben werden.

Änderungen in der Heimaufsicht (§§ 45, 47 SGB VIII)

Die Debatte um einen besseren Kinderschutz in Einrichtungen hat den Gesetzgeber auch dazu veranlasst, die Voraussetzungen für die Erteilung der Betriebserlaubnis neu zu fassen und dabei insbesondere die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an allen wesentlichen Entscheidungen sowie die Einführung eines Beschwerdemanagements zur Voraussetzung zu machen (§ 45 SGB VIII). Der Katalog der anzeigepflichtigen Tatbestände in § 47 ist um »Ereignisse oder Entwicklungen, die geeignet sind, das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu beeinträchtigen«, erweitert (§ 47 Nr.2 neu SGB VIII).

Literatur

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen: www.deutscher-verein.de

Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz – Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur Umsetzung: www.bagljae.de

KNORR, C./FANGERAU, H./ZIEGENHAIN, U./FEGERT, J. M. (2009): »Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt.« Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, JAmt 2009, S.352–357

Online-Kommentierung des Bundeskinderschutzgesetzes: www.sgb-wiesner.de

VI Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Soziale Teilhabe - Handeln statt Warten auf die Reform

Arnold Schweden

Bei der Beschreibung der Versorgungssituation der Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland bemühe ich gerne die Metapher einer rheinischen Erbsensuppe als Vergleich, in der die Bestandteile sich miteinander mischen, nicht mehr erkennbar sind und schließlich eine Suppe ergeben. Die Konturen und Grenzen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen sind nicht mehr klar zu erkennen, die Abgrenzungstendenzen der Kostenträger nehmen immer mehr zu, Menschen fallen durch die Raster. Im Rahmen meines Vortrages möchte ich diese Metapher aufgreifen. Ich möchte Ihnen hier nun Rezepte aus der Praxis vorstellen

Die Zutaten zur Suppe: Die Erbsen – Thema Wohnen: »ein weites Feld«

Ich möchte Ihnen kurz ein Wohnprojekt veranschaulichen, in dem ich 1995 die Leitung übernahm. Dieses Wohnprojekt befand sich unter Trägerschaft einer katholischen Pfarrgemeinde. Innerhalb der Pfarrgemeinde gab es einen aktiven Kreis von Ehrenamtlern, die nicht zugelassen hatten, dass das ehemalige Altenheim abgerissen wurde. 1992 herrschte, ähnlich wie heute, Wohnungsknappheit. So entstand ein Appartementhaus mit 28 Appartements für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen sowie für psychisch kranke Menschen. Als 1997 das erste Konzept vorlag, das mit allen Beteiligten, den Klienten, dem Arbeitskreis der Ehrenamtler und den Vertretern des Trägers, erarbeitet wurde, waren bereits Begriffe wie Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Partizipation und Normalisierung, hinterlegt. Die Ressourcenorientierung, d. h. Geben und Nehmen waren tägliche Alltagspraxis. Die Gruppe der Menschen, die in diesem Haus wohnten, übernahmen Verantwortung – auch für die Pfarrgemeinde. Sie waren eine Gruppe der Pfarrgemeinde. Die oben genannten Aspekte waren in logischen aufeinander abfolgenden Schritten, nach den Möglichkeiten der Klienten, aufgegriffen und in praktische Handlungsansätze individualisiert umgesetzt. 1998 veröffentlichte die APK die Arbeitshilfe zur Umsetzung der personenzentrierten Hilfe und den IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan). 1999 fand dieser IBRP bereits in diesem Haus Schnorrenberg Anwendung. Viele Menschen, die vormals in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gelebt hatten und deren Lebensbiographie dort hätte auch enden sollen, blühten in diesem Wohnsetting auf. Sie machten die Erfahrung, sich auf ihre Fähigkeiten verlassen zu können und entwickelten Selbstsicherheit. In den Jahren der Arbeit vor Ort war es möglich, zahlreiche Menschen in die Selbstständigkeit zu begleiten, so dass sie ohne Hilfestellung zurechtkommen.

Allerdings gab es auch Schattenseiten in diesem Prozess. Menschen, denen man bislang nichts zugetraut hatte, die von der Gesellschaft nur über ihre Behinderung und mit dem Blick auf das, was sie vermeintlich nicht können, behandelt wurden, entwickelten durch den oben dargestellten Prozess Selbstbewusstsein. Sie blickten auf ihre Biographie zurück, begannen traurig zu werden und nun musste die Erfahrung des Ausgegrenztseins auf- und verarbeitet werden. Es bildeten sich Depressionen aus und es war schwierig, diese Menschen zu behandeln bzw. zu begleiten. Es heißt so schön: »Die Zeit heilt alle Wunden!« Schließlich wollen 15, 20 oder gar mehr als 30 Jahre der Biographie, die ausgegrenzt erlebt wurden, auch Zeit haben, verarbeitet zu werden.

Um einen Bogen zum Titel dieser Tagung zu spannen, ist es wichtig, nochmals auf die Begriffe Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Partizipation und Normalisierung zu schauen. Die heute so viel geforderte Inklusion habe ich Ende der 1990er Jahre an diesem Ort bereits erlebt. Diese Inklusion hat sich von innen heraus entwickelt, d. h. die Menschen hatten einen Freiraum, sich weiter zu entwickeln, ihre Ich-Stärke zu entdecken, zu festigen und Wege begleitet in die Gesellschaft hinein zu gehen. Heute ist der Ort, an dem dieses Haus steht, ein ganz besonderer Ort. Die Menschen im Miteinander dieser Gemeinde aber auch in der Kommune gehen selbstverständlicher miteinander um, als es im restlichen kommunalen Gebiet üblich ist.

Ein weiterer wesentlicher Entwicklungsschritt fand im Jahr 2002 statt. Hier nahm die Region, aus der ich komme, am APK-Modellprojekt zur Implementierung der personenzentrierten Hilfen teil. Das APK-Modellprojekt beinhaltete die Umsetzung der individuellen Hilfeplanung. Ursprünglich einigten wir uns darauf, den IBRP anzuwenden. Jedoch schon nach kurzer Zeit hatte der zuständige Kostenträger im Rheinland – der Landschaftsverband (kurz LVR) – ein eigenes Hilfeplaninstrument entwickelt. Dieses Hilfeplaninstrument, der sogenannte Individuelle Hilfeplan (IHP), fand Anwendung. Aus heutiger Sicht muss ich erwähnen, dass der IBRP sinnvollerweise weiter verwendet worden wäre, da dieser als einziges Planungselement die Möglichkeit bietet, alle Leistungsbereiche sämtlicher Leistungsträger abzubilden. Ursprünglich war angedacht, dass im Rahmen des Modellprojektes Hilfeplankonferenzen als sogenannte Planspiele durchgeführt wurden, d. h. wir interviewten Menschen, die tatsächlich da sind, beraten diese Menschen und ermitteln deren Hilfebedarfe. Wir stellen diese Hilfepläne in der Hilfeplankonferenz vor und anschließend geschieht nichts.

Mit diesem Vorgehen nicht einverstanden, konnte ich meinen Anstellungsträger überzeugen, die geplanten Hilfen und die Bedarfe in der Hilfeplankonferenz vorzustellen, zu erörtern und anschließend die notwendigen Hilfen zu leisten. Der Umgang mit Ressourcen ist an dieser Stelle nochmals zu erwähnen. Das Gremium der Hilfeplankonferenz war derzeit hochkarätig besetzt und es entstand ein Kostenaufwand von mehr als 8.000,00 Euro pro Sitzungstag. Dies aufgegriffen haben wir erreicht, dass wir in einem sehr geordneten Verfahren eine sehr ausführliche Hilfeplanung erstellen und die Vorstellung in der Hilfeplankonferenz maximal 20 Minuten Zeit beinhaltet. So war es möglich, ein Mindestmaß an Fällen in einer

eintägigen Konferenz zu beraten. Hierbei erreichten wir, dass die Effektivität und Effizienz dieses Gremiums tatsächlich gegeben war. Die Rahmenbedingung und die Vorgehensweise werden heute noch angewendet. Das Muster der entwickelten Hilfeplankonferenz hat mittlerweile in einer Vorgabe des Landschaftsverbandes Einfluss genommen und wird derzeit rheinlandweit umgesetzt.

Die damals gegründete Steuerungsgruppe zur Umsetzung der Hilfeplankonferenz besteht ebenfalls heute noch. Ständig werden wichtige Impulse zur Weiterentwicklung aufgegriffen und umgesetzt. So entwickelten wir Mitte 2004 ein Eckpunktepapier zur Umsetzung bzw. Sicherstellung der Qualität der Hilfeleistung auf der Basis der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung, die mit dem LVR abgeschlossen war. Wir wandten uns hiermit an den Vorstand der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Kommune und dieser sandte das Papier an den Landschaftsverband. Wir beabsichtigten, sicherzustellen, dass die Einrichtungen und Dienste, die die Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen leisten, nach Qualitätskriterien handeln und arbeiten, um einen Mindeststandard sicherzustellen. Der Landschaftsverband Rheinland hat sich seinerzeit mit Empörung an den Vorstand unserer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) gewandt. Das von uns entwickelte Papier bildet heute eine Diskussionsgrundlage, um die in der Leistungsvereinbarung, die die Einrichtungen und Dienste mit dem Kostenträger LVR abgeschlossen haben, festgelegte Qualität zu beschreiben.

Ein weiteres Beispiel aus der Praxis stellt unser Kolping Wohnverbund dar. Hier werden 38 Menschen im Rahmen der stationären Versorgung begleitet. Durch die bereits oben dargestellte Einführung der Individualisierung in der Hilfeplanung und Begleitung ist dieses stationäre Angebot von einem Dauerwohnangebot mittlerweile zu einem Übergangsangebot geworden. Seit 2003 sind 67 Menschen aus diesem stationären Angebot in die ambulante Struktur, d. h. ins selbständigere Wohnen, gewechselt. Durchschnittlich haben somit acht Bewohner pro Jahr die stationäre Einrichtung verlassen. In der Regel gab es eine Verweildauer von 1,5 bis 2 Jahren in diesem Wohnsetting. Die Gestaltung von Übergängen, die Begleitung an den Nahtstellen bildete somit einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit. Hier haben wir uns von Beginn an – ich möchte nochmals darauf verweisen, wir haben keine Planspiele im Rahmen der Hilfeplankonferenz und des Modellprojektes gemacht, sondern unmittelbar die Hilfe umgesetzt – dem Druck gestellt und unverzüglich Wohnraum für Menschen gesucht bzw. geschaffen, um die Menschen in eine selbständigere Wohnform, d. h. die eigene Wohnung, zu begleiten. Dies bedeutet, nur die »Schwierigsten«, die die wirklich in den Fokus genommen werden sollen, geraten ins Zentrum unserer Aufmerksamkeit. Das sind die Menschen, die die APK bei der Einführung der Individuellen Hilfeplanung und der Versorgung im Blick hatte. Für diese Menschen ist bereits sehr viel erreicht worden und wir befinden uns hier in einem unaufhörlichen Prozess der Weiterentwicklung. Aber auch im ambulant betreuten Wohnen war somit ein Versorgungsdruck gegeben. Dies bedeutet, dass Menschen, die die Begleitung nicht mehr benötigen, in die Selbstständigkeit begleitet werden. Seit 2003 werden durchschnittlich 17 % unserer

gesamten Klienten, die im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens begleitet werden, in die Selbständigkeit geführt. Sie kommen ohne Hilfe zurecht. Manche melden sich in schwierigen Situationen nochmals kurzfristig, andere suchen die sozialpsychiatrischen Zentren zur Beratung auf und kommen in der Regel ohne weitere professionelle Hilfestellungen zurecht.

Ein weiteres Beispiel für die Heterogenität der Gesetzgebung, die oft Widersprüche in der Praxis verursacht, ist damit gegeben, dass beispielsweise das vorhandene Baurecht oftmals den geforderten fachlichen und inhaltlichen Entwicklungen entgegensteht. So haben wir einen Neubau für die stationäre Versorgung geplant und beabsichtigten hier im Grundriss eine Form von kleinen Appartements zu wählen. Je zwei Bewohnerzimmer sollten in der Mitte eine Nasszelle, d. h. ein kleines Badezimmer, enthalten. Der Zutritt zu den Zimmern sollte über einen Vorflur möglich sein. Die Umsetzung war nicht möglich, da durch diesen Vorflur die genehmigte Gesamtfläche pro Person überschritten wurde. Es hat ganze vier Jahre gedauert, ehe alle Beteiligten, bis hin zum Wohnbauministerium des Landes NRW, überzeugt waren, dieser notwendigen Investition zur Wahrung der Intimsphäre und zur Weiterentwicklung der Wohneinrichtungen zuzustimmen. Heute ist es möglich, aus zwei Bewohnerzimmern ein kleines Appartement mit zwei Räumen zu gestalten und somit den Bedarf der intensiveren oder weniger intensiven Begleitung jeweils zu verändern.

Kommen wir nun zum letzten Beispiel aus dem Themenbereich Wohnen. Ich möchte Ihnen etwas von unserem Haus Stefan erzählen. Haus Stefan ist ein stationäres Wohnangebot mit 24 Plätzen für Menschen mit sogenanntem besonders hohem Integrationsbedarf und herausforderndem Verhalten, d. h. es ist die Personengruppe, die gerade im Fokus der Fachöffentlichkeit steht. Hier sind Menschen untergebracht, die Unterbringungsbeschlüsse mitbringen und die sich oder andere gefährden. Wir haben uns hier der Verantwortung gestellt und haben ein solches Haus mit dem Wissen der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe in Richtung der UN-Behindertenrechtskonvention entwickelt.

Wir haben uns verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren sechs Menschen jeweils wieder in ihre Heimatregion bzw. in ihr soziales Umfeld zu integrieren. Es ist uns gelungen, zum jetzigen Zeitpunkt bereits acht Personen so zu begleiten, dass sie entweder in anderen stationären aber offenen Wohneinrichtungen oder gar im intensiv betreuten Wohnen zurechtkommen. Das Erste wonach wir schauen ist, ob der Unterbringungsbeschluss überhaupt gerechtfertigt ist. Oftmals wird dieser innerhalb der ersten Wochen aufgehoben. Wir gehen hin und machen sogenannte Begleitungsverträge analog zum Behandlungsvertrag in Kliniken. Wir fordern die Selbstverantwortung ein, gehen aber auch ein hohes Maß an Risiken ein, um jeweils den Menschen Lernfeldern zu eröffnen. So gibt es nach Absprachen Ausgang. Es ist möglich, die individuelle Medikation im ärztlichen Kontakt begleitet durch die Mitarbeiter zu verhandeln, festzulegen und entsprechend umzusetzen, um so die Eigenverantwortung zu stärken. Das Wichtigste jedoch ist die Beziehungsarbeit und die Vermeidung von traumatisierenden bzw. retraumatisierenden Erlebnissen.

Hier sind wir bestrebt, die Krisen, die sich auch an diesem Ort nicht vermeiden lassen, nicht mit den üblichen Mitteln zu begleiten und zu behandeln und andere Lösungswege zu gehen. Eine intensive Begleitung bei Krisen, die Zusammenarbeit zwischen medizinischem System und Eingliederungshilfesystem sind hier die entscheidenden Faktoren und maßgebend für das Gelingen unserer Arbeit.

Kommen wir nun zur zweiten Zutat der Erbsensuppe: Speck und Zwiebeln – Thema Tagesgestaltung und Arbeit: »dicke Bretter wollen gebohrt werden«

Im Zuständigkeitsgebiet des Leistungsträgers Landschaftsverband Rheinland sind in den letzten Jahren die Angebote Tagesgestaltung und Tagesstruktur entstanden. Die Angebote zur Tagesgestaltung werden in Form eines kleinen persönlichen Budgets in Höhe von 17,50 Euro pro Einheit und Tag an den Betroffenen ausgezahlt. Dieser hat damit die freie Wahlmöglichkeit sich entsprechend seiner Bedürfnisse und Wünsche ein Angebot zur Freizeit- und Tagesgestaltung auszuwählen. Hier haben die Träger neben den klassischen Angeboten, die über Bildungsträger wie die VHS bestehen, zahlreiche Angebote entwickelt, wobei in erster Linie auf die Infrastruktur des Gemeinwesens zurückgegriffen wird. Das bedeutet, der Schwerpunkt der Arbeit in der Begleitung liegt in der Informationssammlung, Beratung und Vermittlung der Angebote bis hin zur Begleitung bei Bedarf.

Mit dem Angebot der Tagesstruktur hat der Landschaftsverband Rheinland es möglich gemacht, niedrigschwellige Angebote gemeindenah und ein sehr breites Angebot für die Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen zu schaffen. Die Tagesstrukturangebote bieten den Menschen – neben der sinnvollen Tagesgestaltung über die ganze Woche hinweg – ein Angebot, das bis hin zu Arbeitsorientierung und Einstieg in eine Beschäftigung reicht.

Hier möchte ich beispielhaft drei Projekte kurz benennen.

Der Erfolg der Angebote liegt vor allen Dingen darin begründet, dass bei der Auswahl der Tätigkeiten die Klienten beteiligt werden. In einer kleinen Holzwerkstatt haben wir die Klienten aufgefordert, sich Gedanken darüber zu machen, welche Produkte sie herstellen möchten. Hierzu haben wir einen Internetzugang und einige Produktkataloge für den Kindergartenbereich bereitgestellt. Über die Recherche, Ideenentwicklung und Sammlung sind Pläne entstanden, wie Spielzeug aus Holz und sonstige kleine Gebrauchtmöbel anzufertigen sind. Die Klienten haben Baupläne erstellt und erste Produkte in eigener Regie gefertigt.

Sie wurden durch einen Schreinermeister begleitet, der Erfahrung in der Ausbildung von jungen Menschen mitbrachte. Mittlerweile ist hier eine kleine Holzmanufaktur entstanden, die zu allen Jahreszeiten und Anlässen verschiedenste Produkte entwickelt hat. So entstehen Spielzeuge für den Privatgebrauch und für Kindergärten. Für Mittelaltermärkte wird mittelalterliches Spielzeug gefertigt.

Das zweite Beispiel, was ich hier erwähnen möchte, ist im Rahmen der Renovierungs- und Malerarbeiten entstanden. Wir haben zunächst einen Klienten, der eine Maler- und Lackiererausbildung mitbrachte, über wenige Zeit und

Stunden damit beschäftigt, sich mit seinen Fähigkeiten an der Herstellung und Herrichtung der Gebäudestrukturen für die Tagesstruktur einzubringen. Schnell wurden andere Klienten, die ebenfalls Interesse an diesem Gewerk zeigten, neugierig und konnten ebenfalls in die Arbeit mit einbezogen werden. Zu diesem Zeitpunkt haben wir einen Malergesellen eingestellt, der mit den Klienten ein kleines Malerteam gebildet hat. Wir haben zunächst kleinere interne Aufträge abgearbeitet und sind zu einem späteren Zeitpunkt auch in die Abarbeitung von Außenaufträgen gegangen. Im Laufe von zwei Jahren konnten wir so eine sehr große stabile Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft erreichen. Mittlerweile ist aus diesem Malergewerk und diesem Malerteam eine Integrationsabteilung entstanden, in der drei Menschen mit Behinderung einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt gefunden haben.

Ein Beispiel für den Übergang in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung bildet das Projekt, das ich nun beschreiben möchte. Hier haben wir mit der Werkstatt für psychisch Kranke in unserer Region im Rahmen einer Kooperation einen Auftrag abgearbeitet. Die Werkstatt der Region hatte einen großen Auftrag zur Herstellung von Erdwärmesonden. Wir haben die Produktionsmaschinen zur Herstellung dieser Erdwärmesonden angeschafft und kleinteilig in einer kleinen überschaubaren Produktionseinheit aufgebaut. Als wir diesen Auftrag akquiriert haben, haben zwei Produktionseinheiten in der Werkstatt für Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits die Arbeit aufgenommen. Die Produktionsstätte der Werkstatt befand sich in einer sehr großen Produktionshalle, die in etwa ein Ausmaß eines Fußballfeldes hatte. Täglich fuhren mehrere LKWs das Rohmaterial in diese Halle und es wurde vor den Augen der Klienten abgeladen. Die bereits fertig produzierte Ware wurde unmittelbar nach der Fertigstellung und Verpackung auf Paletten abtransportiert und dem Auftraggeber zugeführt. Im Rahmen des Projektes der Tagesstruktur sind wir einen anderen Weg gegangen. Wir haben die Produktionsmaschinen angeschafft und in einem kleinteiligen Rahmen aufgebaut. Wir konnten zunächst drei Klienten gewinnen, die Interesse hatten, diesen Arbeitsauftrag auszuführen. Zu Beginn war die Arbeitsleistung auf einem sehr geringen Niveau. Es musste erst einmal eine Einarbeitung erfolgen, jedoch gingen die Klienten mit großem Interesse und hoch motiviert an die Arbeit. Nach kurzer Zeit hatten sich zwei weitere Klienten gefunden, die ebenfalls mit an diesem großen Auftrag arbeiten wollten. Wir stapelten das Rohmaterial in einer anderen Halle auf und führten nur so kleine Mengen zur Produktionseinheit, die auch von den Klienten abgearbeitet werden konnten. Die fertigen Produkte haben wir sichtbar für die Klienten in der Produktionshalle aufgestapelt. Erst nachdem eine komplette Stellwand mit fertigen Produkten und gefüllten Paletten zugestellt war, wurden diese von einem LKW abgeholt. Bevor die Klienten mit den Produktionsmaschinen, d. h. ihrem Arbeitsplatz, in die Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen überführt werden konnten, hatten sie die bis dahin in der Werkstatt geforderte Produktionsmenge bereits überschritten. Die Klienten haben in dieser Zeit sehr viel an Selbstsicherheit gewonnen und konnten den Übergang in die Werkstatt

für Behinderte, der zuvor undenkbar für diese fünf Personen war, sehr sicher und stabil bewerkstelligen.

Im Rahmen der Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland, der für die Sozialleistungen zuständig ist, gibt es jedoch gerade im Feld der Tagesstruktur auch Abgrenzungsschwierigkeiten zum SGB II. Zu einem Zeitpunkt, von einem Tag auf den anderen, stellte der Landschaftsverband und damit der Sozialhilfeträger fest, dass er für die Menschen, die im SGB II Bezug sind, im Bereich der Tagesstruktur nicht zuständig ist. Mit sofortiger Wirkung sollte für diese Menschen der Zugang zum Tagesstrukturangebot nicht mehr möglich sein. Hier haben wir uns als Träger verweigert und sind über die Solidarisierung in der Region und im Netzwerk der Institutionen auf die zuständigen Kostenträger des Kreises, der Jobcenter und des Landschaftsverbandes zugegangen und haben eine Übergangszeit eingefordert. Diese wurde uns eingeräumt und so konnten von der Vielzahl der Menschen, die im SGB II Bezug waren und für die die Angebote der Tagesstruktur stabilisierend und sehr wichtig waren, in den SGB XII Bezug überführt werden.

Wir als Einrichtung und Dienstleister im sozialen Feld sind hier in der Verpflichtung als Garant für bestimmte Hilfeleistungen zu stehen und die Klienten in Konflikte zu begleiten, sie zu ermutigen und zu stabilisieren. Das Ergebnis war, dass nahezu alle Klienten, die aus dem Angebot ausscheiden sollten, das Angebot bis heute hin weiter nutzen bzw. sich weiterentwickelt haben und den Weg in die Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen bzw. den Weg auf den ersten Arbeitsmarkt wieder bewerkstelligen konnten.

Kommen wir nun zur nächsten Zutat, die alles umgibt: Die Brühe – Thema Leben im Sozialraum: »viele Wege führen nach Rom«

An dieser Stelle möchte ich auf einen Artikel der Neuen Caritas aus August 2011 verweisen. Hier werden fünf Prinzipien der Sozialraumorientierung dargestellt. Ich möchte diese fünf Prinzipien kurz aufzählen:

- Interessen und Wille des Menschen als Ausgangspunkt
- Eigeninitiative und Selbsthilfe als starke Motoren kennzeichnen
- Ressourcenorientierung als Lösungsansatz
- Zielgruppenübergreifender Fokus und Zusammenwirken aller Menschen im Sozialraum als Potential kennzeichnen
- Bereichsübergreifende Kooperationen und Vernetzung als Erfolgsfaktoren kennzeichnen

Diese fünf Prinzipien sind Leitlinien und handlungsleitend für die Orientierung im Sozialraum, d. h. auch hier werden die Prinzipien ausgehend vom Individuum und von den individuellen Bedürfnissen, der Einbettung des sozialen nah- und mittelbaren Raumes und der Beteiligten in die gesamte Hilfeleistung einbezogen. Vor allen Dingen der Ansatz der Ressourcenorientierung ist dabei maßgebend. Dieser

geht nicht nur davon aus, die Ressourcen des Einzelnen und des Klienten, sondern vor allen Dingen auch die Ressourcen des Umfeldes in den Blick zu nehmen. Hier Hilfen zu aktivieren und zu initiieren, die auch ohne professionelle Beteiligung möglich sind, steht im Fokus des Auftrages an die handelnden Profis.

Eine weitere Initiative der Caritas ist von uns in breiter Form aufgegriffen worden. Hierbei handelt es sich um die Lokalen Teilhabekreise. Über diese Aktion der Lokalen Teilhabekreise ist es gelungen, in den Gemeinden Plattformen zu schaffen, auf denen die Menschen mit Behinderungen, die Bürger in den Gemeinden, die Bürgermeister, Amtsleiter und Behindertenbeauftragte sich miteinander an einen sog. runden Tisch setzen.

Hier können die verschiedensten Bedürfnislagen im direkten Austausch erörtert werden. Somit ist es hier vielerorts erstmalig zum Austausch zwischen den Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen und den Gemeindemitgliedern gekommen. Hieraus sind bereits zahlreiche Aktivitäten angestoßen und weiterentwickelt worden. In Bezug auf die Barrierefreiheit wurden Sozialraum-, Stadt- und Gemeindeforschungen erstellt. Es fanden zahlreiche Informationsveranstaltungen statt, um die Barrieren in den Köpfen zu bearbeiten. Ich möchte an dieser Stelle auf den Deutschen Caritasverband bzw. den Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) verweisen und somit auf die Lokalen Teilhabekreise aufmerksam machen. Über die Lokalen Teilhabekreise ist auch nochmals eine weitere Öffnung der schon sehr gemeindenahen Einrichtungen entstanden. Die Treffen finden u. a. auch in den Einrichtungen statt und führen somit zu mehr Transparenz der Bürger im Gemeinwesen. Die Bürger werden in die Einrichtung eingeladen und können sich somit ein Bild vor Ort über die Lebenswelt von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen machen.

Das Individuum in den Fokus nehmen

Der Ansatz der Sozialraumorientierung lässt sich unseres Erachtens auf der anderen Seite nur konsequent verfolgen, wenn man vom Einzelnen ausgeht. Dies sagen ja auch schon die angeführten Leitlinien der Caritas. Hierbei geht es darum, die konkreten Problemlagen, Bedürfnisse und Wünsche zu erfassen und anzugehen. Die Umsetzung sollte schrittweise kleinteilig erfolgen. Dies bedeutet, beim Einzelnen anfangen und die großen Dinge aus den kleinen Schritten entstehen lassen. Geholfen, vor allen Dingen den Blick geweitet, hat uns an dieser Stelle ein Projekt, das wir aufgrund der Grenznähe zu Holland und Belgien mit Kollegen aus den Nachbarländern durchführen konnten. Wir haben in den letzten zehn Jahren hier ein Fort- und Weiterbildungsangebot für unsere Mitarbeiter geschaffen. Dieses Fortbildungsangebot nennt sich Chronos. Es geht darum, die Würde des Menschen, sein Autonomiebestreben und vor allem die Freiheit des Einzelnen sowie die Selbstbestimmung in den Blick zu nehmen. Mitarbeiter unserer Einrichtungen werden gemeinsam geschult, bekommen Hintergründe über die soziokulturellen Entwicklungen und die geschichtlichen Zusammenhänge im Umgang mit psychi-

scher Erkrankung der jeweils einzelnen Länder vermittelt. Es wird ein Einblick in die einzelnen Einrichtungen ermöglicht und Arbeitsansätze und Methoden werden ausgetauscht. Dies erfolgt über praktische Einsätze in den Einrichtungen vor Ort. Die Rechtsposition der Menschen mit Behinderungen in den Ländern wird miteinander verglichen. Es werden Unterschiede, Gemeinsamkeiten sowie Vor- und Nachteile herausgearbeitet. Zentraler Bestandteil der Ausbildung ist es jedoch, ein sogenanntes Lebensbuch zu schreiben, d. h. die Mitarbeiter schreiben ein Lebensbuch gemeinsam mit einem Klienten, der sich in ihrer Bezugsbetreuung befindet. So entstehen zum Ende der Ausbildung nach etwa 1,5 Jahren zwei Lebensbücher – eines des Mitarbeiters und eines des Klienten. Hier werden sämtliche biographischen Daten, die Entwicklung und die Lebensverläufe der Menschen aufgegriffen. Ich kann an dieser Stelle sagen, dass dieser Ansatz unsere Arbeit und auch die Blickweise unserer Mitarbeiter sehr bereichert hat. Sollten Sie hier weitere Anregungen wünschen, möchte ich auf die Homepage von Chronos verweisen: www.chronos-euregio.org

Ein EX-IN-Projekt

Im vergangenen Jahr ist es uns gelungen, Mitarbeiter mit einer EX-IN-Ausbildung für unsere Arbeit zu gewinnen. Hier sind im Rahmen einer Wohneinrichtung zwei Arbeitsplätze entstanden. Durch die Mitarbeit dieser beiden Kollegen ist kein spektakulärer neuer Arbeitsansatz entstanden. Die beiden Kollegen bringen sich einfach nur mit ihrem »so sein, wie sie sind« in die Arbeit ein und vertrauen auf ihren Erfahrungsschatz. Dies führt dazu, dass sie den Blick und die Wahrnehmung der anderen Kollegen schärfen und weiten. Dies hat nochmals zu einer weiteren Sensibilisierung im Umgang mit den Klienten geführt. Der EX-IN-Ansatz bietet für unsere Arbeit ein enormes Potential. Hier verbirgt sich ein Schatz, den wir heben müssen. Ich wünsche uns und damit auch allen anderen Kollegen in anderen Einrichtungen, den Mut, sich hierauf einzulassen. Zudem bietet der EX-IN-Ansatz nochmals die Möglichkeit des selbstverständlicheren Umganges mit Menschen, die psychisch erkrankt sind. Gerade im sozialen Arbeitsfeld erleben wir derzeit, dass die Mitarbeiter in den Diensten und Einrichtungen, dem durch die Finanzierungssystematik entstandenen Druck, im Umgang und in der Begleitung von Menschen nicht mehr standhalten können. Es kommt zur Überforderung und die Mitarbeiter werden aufgrund des Drucks nicht selten psychisch krank. Hier sehe ich noch weiteres Potential im Bereich des betrieblichen Eingliederungsmanagements und Gesundheitsmanagements gegeben.

Fazit

Zum Abschluss möchte ich ein kurzes Fazit zu einzelnen Handlungsansätzen ziehen. Was ist zu tun? Zunächst einmal kein Handeln ohne die Menschen. Wir müssen die Selbstbefähigung und die Beteiligung der Klienten fördern und fordern. Dies

verlangt ein neues Rollenverständnis der Profis. Hierzu braucht es Zeit und das muss erlernt werden. Nach Aushandeln statt Behandeln muss Befähigten statt Bevormunden kommen. Besonders wichtig ist hierbei, die einzelnen Partner und Beteiligten im Gesamtsystem jeweils zu identifizieren und auch deren Rollenverständnis zu verstehen. So kommen die Sozialhilfeträger, d. h. die Kostenträger, in die neue Rolle der Teilhabepaner. Hier sollten wir kritischer Wegbegleiter werden, da durch die Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens die Sparzwänge zwangsläufig in den Fokus geraten. An dieser Stelle ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass in dem entstandenen sozialen Dienstleistungssystem die aus der Wirtschaft übernommenen Methoden und Arbeitsweisen wie beispielsweise, der Leistungserbringer schreibt einen Lieferschein und der Leistungsempfänger quittiert den Empfang der Leistung, zu einer weiteren Stigmatisierung führen können. So haben in den letzten Jahren immer wieder zahlreiche Klienten bemängelt, dass sie durch die Quittierung der Leistungsbelege Woche für Woche mit ihrer Unterschrift bestätigen, dass sie psychisch erkrankt oder behindert sind. Wenn wir mit unserer Unterschrift unser Einverständnis zu Verträgen leisten, dann beurkunden wir damit, dass wir mit der Situation die so ist, wie sie ist, einverstanden sind. Dies führt bei Menschen, die psychisch erkrankt sind, dazu, dass permanent die Erkrankung als Notwendigkeit zum Hilfeempfang manifestiert wird. Es ist sicherlich notwendig diesen Aspekt noch weiterhin zu hinterfragen.

Den zweiten zusammenfassenden Blick möchte ich auf das Thema lenken: Sorge tragen für klare Zuständigkeiten. An dieser Stelle sind wir als Leistungsanbieter gemeinsam mit den Klienten dazu aufgerufen, die Abgrenzungstendenzen der Leistungsträger offen zu legen, offen anzusprechen, wo es darum geht, Zuständigkeiten zu verschieben, um letztlich auch hier über die Erklärung der Nichtzuständigkeit Kosten zu sparen. Es wird notwendig sein, Mensch auf Klagewege zu begleiten, nicht nur juristisch sondern gerade psychosozial, da zu sein und diesen Menschen beizustehen. Wir dürfen nicht müde werden, neue bzw. alte Wege zu gehen, die psychiatrische ambulante Pflege muss flächendeckend als Leistungselement für die Menschen zur Verfügung stehen. Ergotherapie muss selbstverständlicher Bestandteil im Gesundungsprozess der Menschen mit psychischen Erkrankungen sein und dies auch in der ambulanten Struktur. Die Soziotherapie als ergänzendes Leistungsangebot muss nochmals auf den Prüfstand und die Regelungen müssen auch für die Praxis umsetzbar sein. Hierzu müssen wir im Verbund die Beteiligungsverweigerung und das Mauern der Leistungsträger durchbrechen. Ich möchte aufmerksam machen auf die oft widersprüchlichen Systematiken der Gesetzgebung. So gibt es das Wohn- und Teilhabegesetz im Land NRW (ehemaliges Heimgesetz). Es gibt ein Wohnbetreuungsvertragsgesetz, das letztlich die Rahmenbedingungen für ambulant betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften regelt. Es gibt Wohnungsbaurichtlinien, die dem Ganzen wiederum entgegenstehen. Die Barrieren für Investoren, die Beteiligung der öffentlichen und freien Bauwirtschaft wird somit intransparent und es wird zusehends immer schwieriger, Wohnraum für Menschen mit Behin-

derungen – seien es nun psychisch erkrankte und psychisch behinderte Menschen oder geistig mehrfach behinderte Menschen – zu finden und zu schaffen.

Die soziale Arbeit, die wir leisten, muss politisch sein. Wir müssen die Anwaltsfunktion in der Begleitung für den Einzelnen und für die Sache übernehmen. Es heißt zu streiten anstatt sich anzupassen, um deutlich zu machen, wo das System letztlich an Grenzen stößt, die unsere Gesellschaft zu einer unsozialen Gesellschaft macht. Die Hoheit des Ökonomisierungsprinzips muss durchbrochen werden. Ökonomisierung führt zu Konstruktivismus. So führt der Vergleich von Fallzahlen, Fachleistungsstunden u. ä. zu einem Wettbewerb um die Zahlen und es geht nicht mehr darum, die bestmögliche Versorgung für Menschen zu ermöglichen. Sicherlich müssen wir uns gemeinsam der Verantwortung stellen, dass die Geldmittel in den Sozialen- und Gesundheitssystemen begrenzt sind. Dies können wir doch nur unter einer gemeinsamen wertschätzenden Beteiligung aller im System Tätigen. Die Orientierung an Zahlen führt dazu, dass wir letztlich volks- und betriebswirtschaftliche Planspiele entwickeln. Dies kann nicht zum Wohl der Menschen sein. Es wird nur noch über Zahlen nicht mehr über Menschen und Bedürfnislagen geredet. Es ist vor allen Dingen wichtig, die verschiedenen Rollen, die alle Beteiligten im System haben, nochmals in den Blick zu nehmen. So haben wir in den letzten Jahren im Rahmen eines Forschungsprojektes mit der Hochschule Niederrhein die Selbstwirksamkeit der Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick genommen und hier wichtige wertvolle Erkenntnisse für helfende Ansätze in der Arbeit gewinnen können. Die Menschen in den Blick nehmen heißt auch, Mitarbeiter in den Blick nehmen. Die Arbeitsbedingungen, unter denen das ambulant betreute Wohnen betrieben wird, sind oftmals davon geprägt, dass ein hoher Zeitdruck, ein hoher Erwartungsdruck und ein großes Maß an Verantwortung, zum einen für die Selbstorganisation aber auch für das Schicksal der einzelnen Menschen, bei unseren Mitarbeitern liegt. Dies führt oftmals dazu, dass viele Menschen in sozialen Berufen unter der Last zusammenbrechen und erkranken.

Letztlich sind alle Risiken in unserem Handeln kalkulierbar. Handeln mit Mut zur Lücke! Es gilt das Prinzip, Versuch und Irrtum in Verantwortlichkeit! Wir müssen auf der Grundlage der Rechtsansprüche des Einzelnen, neue Wege ausprobieren.

Wichtig ist der Grundsatz der Nachhaltigkeit. Wer in einer guten Absicht aktiv wird, um anderen Menschen zu helfen, dabei die einzelnen Schritte umsichtig geht, kann nur Erfolg haben! Dies war bereits ein Prinzip der Ordensgründerin unseres Trägers der Dernbacher Schwestern.

Es gibt viele lokale Rezepte und ich hoffe, Sie konnten hiermit sehen, dass die Wahrheit und das Richtige oftmals sehr vielschichtig sind, aber auch bunt. Es geht nun darum, dass Sie in Ihrem unmittelbaren Nahumfeld an den heimischen Herd gehen. Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Zubereitung und ich würde mich über andere Rezeptvorschläge oder weitere ergänzende Zutaten sehr freuen.

Beispiele inklusiver Arbeit und Beschäftigung

Dieter Basener

Teilhabe am Arbeitsleben über Werkstätten

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen setzt seit den 70er Jahren auf Werkstätten für behinderte Menschen. Entstanden sind sie auf Betreiben von Eltern mit geistig behinderten Kindern. Berufliche Teilhabe von Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung als nicht vermittlungsfähig galten, sollte in einem geschützten Umfeld stattfinden. Es wurden spezielle Wirtschaftsbetriebe gegründet, die neben der Organisation von Arbeit den Gedanken lebenslanger Förderung verfolgten. Das Personal wurde in speziellen sonderpädagogischen Zusatzausbildungen geschult. Das System ermöglicht allerdings nur ein sehr geringes Entgelt. Seit dem Inkrafttreten der Werkstattgesetzgebung weitete sich die Zielgruppe stetig aus. Statt der ursprünglich angezielten 60.000 Plätze (das entsprach einem Promille der damaligen Bevölkerung der Bundesrepublik), stehen heute bereits 300.000 Plätze zur Verfügung, 45.000 Beschäftigte sind Menschen mit psychischer Erkrankung.

Neue Anforderungen

Der Paradigmenwechsel der letzten Jahre übt auch auf Werkstätten einen hohen Veränderungsdruck aus. Das SGB IX vollzog eine Wendung von der Einrichtungszur personenzentrierten Hilfe und schrieb das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen fest. Die UN-Behindertenrechtskonvention griff den Inklusionsansatz auf und fordert ein gleichberechtigtes Leben in der Gemeinschaft ohne Aussonderung. Die nationale Gesetzgebung muss diesem Gedanken Rechnung tragen. Die Reform der Eingliederungshilfe sieht in der beruflichen Teilhabe in der nächsten Legislaturperiode die Zulassung »anderer Anbieter« vor, die, so die Aussage führender Ministeriumsmitarbeiter, geschätzte fünf bis zehn Prozent der Werkstattbeschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsplatz begleiten könnten.

Gesucht: Methoden zur Vermittlung in den Arbeitsmarkt

Damit dies gelingt, muss es Konzepte geben, die den Zugang zum Arbeitsmarkt öffnen und es ermöglichen, dass Menschen mit Behinderung dauerhaft in Betrieben Fuß fassen können. Diese Konzepte liegen bereits vor. Schon seit den 90er Jahren wird das aus Amerika stammende Konzept des Supported Employment auch in Deutschland erprobt. Im letzten Jahrzehnt kam das Konzept der Sozialraumorientierung hinzu.

Das Konzept der Unterstützten Beschäftigung

Die Philosophie der unterstützten Beschäftigung kehrt den üblichen Zugang zum Arbeitsmarkt: »Erst qualifizieren, dann vermitteln« um in das Prinzip: »Erst vermitteln, dann qualifizieren«. Ein Mensch mit Behinderung erhält Unterstützung durch einen Arbeitsbegleiter, der sowohl die Person wie auch den Betrieb bei der Eingliederung unterstützt, die Tätigkeiten auf die Person abstimmt und so lange Assistenz leistet, bis das Beschäftigungsverhältnis stabilisiert ist. Anschließend steht er bei Bedarf weiterhin als Krisenmanager zur Verfügung.

Die in Amerika sehr auf Verhaltensmodifikation ausgerichtete Methode wurde in Deutschland abgewandelt. Sie setzt hier weniger auf Training, sondern auf das Verständnis der Aufgabe, fördert die soziale Einbindung über betriebliche Mentoren und stellt den Erwerb von Schlüsselqualifikationen in den Mittelpunkt. In Amerika ist Unterstützte Beschäftigung immer ausgerichtet auf die Aufnahme von sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten, in Deutschland haben sich auch die Werkstätten dieser Methode bedient und vermitteln ihre Beschäftigten damit auf ausgelagerte WfbM-Plätze. Als Möglichkeit, den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen, realisiert hierzulande vor allem die »Hamburger Arbeitsassistenten« das Konzept. Sie hat seit 1992 über 700 werkstattberechtigte Menschen auf tariflich entlohnte Arbeitsplätze im ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Für die berufliche Orientierung und Einarbeitung im Betrieb nutzt sie die Mittel, die für den Berufsbildungsbereich der Werkstatt vorgesehen sind und die eine zweijährige Qualifizierung ermöglichen. Bei einer Festanstellung durch den Betrieb stellt die Arbeitsagentur die üblichen Einarbeitungszuschüsse zur Verfügung, die maximal für drei Jahre gewährt werden. Die Unterstützung und Begleitung im Betrieb wird über Mittel der Ausgleichsabgabe finanziert. Eine dauerhafte Lohnsubvention wird in Hamburg bislang nicht gezahlt.

Manche Hamburger Firmen haben bereits eine größere Anzahl von Menschen mit Behinderung in ihr Stammpersonal integriert. Hervorzuheben ist der Outdoor-Ausrüster Globetrotter, der in seiner Zentrale mit 400 Beschäftigten über 30 werkstattberechtigte Personen beschäftigt.

Der Gedanke der Sozialraumorientierung

Der zweite Ansatz, der sich zur Vermittlung in den Arbeitsmarkt eignet, ist das Konzept der Sozialraumorientierung. Es basiert auf der Beobachtung, dass soziale Leistungen in den letzten 100 Jahren immer mehr aus der Lebenswelt der Betroffenen in die Hände von professionellem Personal übergegangen sind und in Einrichtungen erbracht werden. Das hat u. a. zur Folge, dass die Hilfeempfänger einer Einrichtungslogik unterworfen sind und ihrem angestammten Umfeld entfremdet wurden. Dies betrifft nicht nur den Bereich der Behindertenhilfe, sondern auch die Altenhilfe, das Gesundheitssystem, die Kinder- und Jugendhilfe etc. Die Vertreter der Sozialraumorientierung stärken die nachbarschaftliche und sozial-

räumliche Verantwortung – bei diesem Ziel treffen sie sich mit den Vertretern des Inklusionsgedankens – und sie ermöglichen den Betroffenen die Teilhabe am Leben in der Gemeinde. Der Sozialraum mit seinen vielfachen Vernetzungen wird dabei als Schatztruhe sozialer Ressourcen angesehen, der bei aller Individualisierung in der Gesellschaft immer noch über genügend Ressourcen verfügt, um bei sozialen Problemstellungen Unterstützung zu leisten. Der Auftrag der professionellen Sozialarbeit wandelt sich in diesem System von der unmittelbaren Arbeit mit der Zielgruppe zu einer Tätigkeit als Berater, Unterstützer, Moderator. Das Hilfesystem in der Sozialraumorientierung besteht also in einem Mix aus Selbsthilfe, Bürgerengagement und professioneller Unterstützung.

Im Bereich Arbeit hat u. a. der Fachdienst »Integra Mensch« der Bamberger Lebenshilfe sein Vorgehen auf den Gedanken der Sozialraumorientierung aufgebaut. Er ist ein eigenständiger Werkstattbereich, der Werkstattbeschäftigte auf integrierte Arbeitsplätze in der Stadt und der Region Bamberg vermittelt und Inklusion zum gemeinsamen regionalen Anliegen macht. Er arbeitet mit Unterstützernetzen, mit regionalen Netzwerken und mit dem Konzept der persönlichen Zukunftsplanung.

Denselben Weg geht in Vorarlberg der sehr erfolgreiche Fachdienst »Spagat«, der vor allem Menschen mit schweren Beeinträchtigungen auf den Arbeitsmarkt begleitet und mittlerweile 70 Prozent der Abgänger aus Sonderschulen in Betrieben integriert. »Spagat« hat nebenbei auch das Thema Arbeit neu definiert. Durchschnittlich arbeiten »Spagat«-Beschäftigte nur 20 Stunden pro Woche. Mehrfachjobs, d. h. bis zu fünf Arbeitsorte pro Person, sind möglich. Finanziert werden in Vorarlberg »Spagat«-Beschäftigte über Leistungen zur Lohnkostensubvention (alle Teilnehmer erhalten tariflichen Lohn), Leistungen zur personellen Unterstützung durch »Spagat« und einen Mentorenzuschuss für den Betrieb.

Resümee

Die Instrumente des Zugangs zum Arbeitsmarkt sind mittlerweile vorhanden, Beispiele, insbesondere von Diensten außerhalb der Bundesrepublik, zeigen, welches Potential in der Unterstützten Beschäftigung und in der Sozialraumorientierung liegt und dass der Arbeitsmarkt, anders als bisher vermutet, durchaus Willens und in der Lage ist, Menschen mit Handicaps zu integrieren. Voraussetzung: Es gibt einen Dienst, der die Person und den Betrieb bei der Vermittlung, beim Zuschnitt des Arbeitsplatzes, bei der Einarbeitung und bei der Bewältigung von Krisensituationen unterstützt.

Bei der Vermittlung in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung sind Fachdienste deutlich erfolgreicher, wenn sie nicht in Werkstätten angesiedelt sind, sondern im Wettbewerb mit dem Werkstattangebot stehen. Werkstätten für behinderte Menschen können aber, wie das Beispiel Bamberg zeigt, mit Erfolg ausgelagerte Werkstattbeschäftigungen initiieren.

Zur Rolle von Koordination und integrierter Hilfeplanung

Petra Gromann

Zunächst stelle ich kurz die grundlegenden Bezüge von Partizipation und Inklusion für Hilfeplanverfahren vor, um dann auf Prozessanforderungen an integrierte Hilfeplanung und Koordination einzugehen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist von Deutschland ratifiziert worden – das bedeutet, dass die Rechte behinderter Menschen als Grundrechte anerkannt sind. In leicht verständlicher Sprache heißt das auch für Menschen mit seelischen Gesundheitsproblemen, dass Sie in unserer Gesellschaft überall selbstverständlich dabei sind (»mitgedacht« werden) und selbst auch im Rahmen der Hilfen/des Unterstützungssystems selbst bestimmen. Das bedeutet im Wesentlichen Fragen der Wahlfreiheit, der Zugänglichkeit zu Hilfen/Unterstützung, aber auch die eigene Meinung sagen zu können, wichtige Informationen zu bekommen und etwas zu lernen, was Sie in der Bewältigung ihrer Erkrankungen und deren Folgen unterstützt. Sie sollen als Menschen anerkannt sein, Exklusion muss entgegengewirkt werden. Sie sind Menschen mit gleichen Rechten und sollen auch in der (Sozial-) Politik mitbestimmen. Konkret bedeutet dies für Unterstützungssysteme des Wohnens, dass sie selbst entscheiden, wo und mit wem sie wohnen. Sie haben das Recht dort zu leben, wo andere Menschen auch wohnen, das Recht unterstützt zu werden, um am Leben in der Gesellschaft und an selbst gewählten Bezugsgruppen teilzunehmen. Ein allgemeiner Teilhabeanzeiger für den Entwicklungsstand einer Gesellschaft wäre ein Vergleich der Anteile des privat genutzten Wohnraums von Menschen mit seelischen Gesundheitsproblemen mit nicht beeinträchtigten Menschen. Ähnliches gilt für den Bereich der Teilhabe an Arbeit: »Menschen mit Behinderung sollen dort arbeiten, wo alle anderen Menschen auch arbeiten. Menschen mit Behinderung sollen selber entscheiden, wo Sie arbeiten wollen«¹. Ein allgemeiner Teilhabeanzeiger wäre hier, dass die Arbeits- und Beschäftigungsquote psychiatriererfahrener Menschen so groß wie die der vergleichbaren Gesamtbevölkerungsgruppe wäre.

Hieran wird deutlich, dass die Umsetzung von Partizipation und Inklusion wesentlich durch die Qualität der Gesundheits- und Unterstützungssysteme beeinflusst wird.

Die Folgerung, die daraus zu ziehen ist, dass zur Durchsetzung von Grundrechten psychiatriererfahrener Menschen sich der Alltag in Diensten und Einrichtungen verändern muss.

Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen bedeutet ja nicht nur objektiv gleiche Chancen zu haben (Arbeitsplätze, Privater Wohnraum) sondern auch subjektive Teilhabe erreichen zu können.

Dies zielt wesentlich auf die Abkehr von »Gleichbehandlungsgrundsatz« institutioneller Welten hin zu flexibler Unterstützung persönlicher Ziele, persönlicher Lebenslagen.

1 UN BRK in leichter Sprache Quelle : <http://www.ich-kenne-meine-rechte.de/>

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)

Seit kurzem gibt es ein neues Grundlagenpapier der Arbeitsgruppe – es bekräftigt die schon vorliegenden Ergebnisse und macht deutlich, dass eine Neuausrichtung der deutschen Eingliederungshilfe von überwiegend einrichtungs- oder angebotszentrierten hin zu personenzentrierten Leistungen erfolgen muss. Als zentral für diese Neuausrichtung wird benannt, dass ein Hilfeplanungs- und Gesamtplanverfahren etabliert wird, dass Menschen mit Behinderungen in ihren Situationen ganzheitlich erfasst, sie aktiv einbezieht und ihr Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigt. Bedarfe sollen individuell und bedarfsgerecht, trägerübergreifend und nach bundeseinheitlichen Maßstäben erfasst werden. Die Träger der Sozialhilfe stehen dabei in der Gesamtverantwortung der Steuerung. Von besonderer Bedeutung dabei ist die Sicherstellung der Qualität durch Wirkungskontrolle. Von großer Bedeutung wird dabei sein, dass Wirkungskontrolle im Hinblick auf das Ziel »Teilhabe« erfolgt und nicht an individuellen Funktionsverbesserungen festgemacht wird.

Im Hinblick auf die erforderliche Veränderung der institutionellen Welten ist besonders die Empfehlung wichtig, dass Leistungen bei offenem Leistungskatalog als individuelle Fachleistungen gewährt werden. Deshalb muss das Vertragsrecht zu Vereinbarungen zum Inhalt und zur Finanzierung umgestaltet werden. Grund-sicherung und Leistungen zum Wohnen sollen unabhängig im Bedarfsfall gewährt werden. Folgerichtig sollen erwerbsgeminderte Menschen mit Behinderungen ihre Bedarfe nicht nur in den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM), sondern auch bei anderen Leistungsanbietern decken können.

In Bezug auf die Eckdaten für Hilfeplanverfahren gelten weiterhin die Empfehlungen des Deutschen Vereins für Instrumente und Verfahren der Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe – deren bedeutendste sind

- die Personenzentrierung und Unabhängigkeit von Leistungs- und Vergütungsformen
- Mitwirkung von Menschen mit Behinderung
- Zielorientierung
- ICF-Orientierung
- Berücksichtigung von Selbsthilfe und Sozialraum²

Kleiner Exkurs : warum die Internationale Klassifikation der Funktionen (ICF) in Hilfeplanungsverfahren ?

Das bio-psychosoziale Modell der ICF kann Wechselwirkungen zwischen der biologisch-körperlichen Basis, der Person und ihrer Psyche wie die Bedeutung des gegenständlichen und sozialen Umfeldes systematisch beschreiben. Als Beschreibungssystem wird es weltweit standardisiert angewendet und schafft mit seiner

2 www.deutscher-verein.de, Empfehlungen 2009, S. 10

Sprache eine Verbindung zwischen den verschiedenen Rehabilitationsbereichen und -trägern. Eine gemeinsame Sprache im Bereich Behandlung, Rehabilitation und Assistenz/Begleitung ist besonders in Deutschland mit seinem fragmentierten Leistungsrecht von besonderer Bedeutung. Als Beschreibungssystem für alle Menschen, ausgerichtet an einem funktionalen Gesundheitsbegriff eignet es sich besonders, um die spezifischen Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen der Eingliederungshilfe zu beschreiben. Das Beschreibungssystem unterstützt fachliche funktionale Bedarfseinschätzungen und verändert die Begründungslogik von Leistungen. Beispielhaft wäre dies so auszudrücken: Nicht weil Person X die Beeinträchtigung /Funktionsstörung oder eingeschränkte Aktivität hat, muss er Maßnahme Z bekommen sondern: Weil X Teilhabeziele hat, beschriebene Fähigkeiten und biopsychosoziale Handicaps in einem bestimmten Umfeld hat, sollte eine Unterstützung wie folgt aussehen ...

Von besonderer Bedeutung für die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen ist dabei die Berücksichtigung des Umfeldes – Angepasste Umfeldbedingungen und unterstützende Beziehungen sichern Teilhabe. Die ICF Kapitel der Umweltfaktoren machen dabei deutlich, dass es um eine Vielzahl von zu berücksichtigenden Faktoren geht:

Produkte und Technologien: Wie kann neben den klassischen Hilfsmitteln z. B. eine konkrete Unterstützung etwa am Arbeitsplatz aussehen?

Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt: Z. B. städtisches oder ländliches Umfeld beeinflusst die Bewältigungsmöglichkeiten psychischer Funktionsstörungen.

Unterstützung und Beziehungen: persönliche Netzwerke und Einstellung der wichtigsten Bezugspersonen beeinflussen sehr wesentlich das Alltagsleben und die Genesung – Stichwort »Recovery« als Teilhabevoraussetzung.

Einstellungen in der Gesellschaft und Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze: Dies fordert z. B. zur Wahrnehmung des eigenen »heimlichen Lehrplans« der psychiatrischen Dienste und Einrichtungen auf: Wie weit behindern oder fördern wir Teilhabe durch Zugangsbarrieren, Schnittstellen und Regeln?

ICF Sprache scheint dabei zunächst sperrig – ist aber ausgesprochen präzise. In leichter verständlicher Sprache ausgedrückt werden dann die einzelnen Items durchaus alltagstauglich. Ein Beispiel: »Ich kann dran bleiben, wenn ich etwas tun möchte. Ich kann mich aufraffen, etwas zu tun. Ich kann durchhalten (Antrieb). Von der Ausprägung her kann ich das besonders gut, eigentlich immer, ab und zu nicht bis hin zu »ich kann mich nur ganz selten aufraffen etwas zu tun oder ganz selten etwas durchhalten«³...

Die Einschätzung von Wechselwirkungen bei Teilhabeplanung bedeutet die Aufgabe kausaler Wirkungsketten: Es gibt keinen »Heimbedarf« oder einen »Betreutes Wohnen-Bedarf«. Das bedeutet, dass jeweils für den Einzelnen subjektive Teilhabeziele erarbeitet und vereinbart werden und dabei Alter, Geschlecht, gewünschter

3 Institut personenzentrierte Hilfen »Mein Integrierter Teilhabeplan (ITP)« Version Thüringen S. unveröff. S. 35

Lebensstil wie auch die persönlichen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten im Hinblick auf die Ausgestaltung der Hilfen berücksichtigt werden. Dieses »personenzentrierte« Vorgehen bei der Hilfeplanung führt so bei zunächst scheinbar ähnlichen Beeinträchtigungen zu ganz anderen Lösungen. Wenn solche Prozesse der Planung und Reflektion fachlich unterstützt werden, entsteht ein fachlich koordinierter und begleiteter Teilhabeprozess, ein Lernen aller Beteiligten. Ein Anzeiger für gelingende Teilhabe, die über den Einzelnen hinausgeht wäre dann, wie weit es dem System der Hilfen gelingt, Unterschiede und Veränderungsdynamik zu erzeugen.

Vor diesem Hintergrund entstehen Anforderungen an Teilhabeplanung:

- Sie muss partizipativ erfolgen, es geht um konkrete Beteiligung und Vereinbarungen zu Ausgestaltung der Hilfen.
- Sie muss transparent sein.
- Sie muss Koordinationsleistungen beinhalten und finanzieren.
- Sie sollte die Dokumentationsanforderungen gering halten und den Menschen, die Teilhabeleistungen beantragen, so wie allen fachlich berechtigt Beteiligten ermöglichen, für alle sozialrechtlichen Ansprüche auf ein Dokument zurückgreifen zu können. Sie sollte deshalb auf ein kurzes und übersichtliches Dokument hinauslaufen, das einen schnellen Überblick erlaubt.

Von großer Bedeutung ist die Verbindung von fachlicher Planung mit der Finanzierung/Bemessung von Unterstützungsleistungen. Es geht um prospektive Einschätzung von konkreten Hilfen – und die Fragen von Wirkung/Erfolg sind nicht mehr auf die Person des Antragstellers/der Antragstellerin zu beziehen, sondern darauf, ob mit den Hilfen die subjektive Teilhabeziele erreicht wurden.

Folglich geht es auch um ein Dokument, mit dem Leistungen beantragt, vereinbart, bewertet und weiterbeantragt werden können – und das möglichst barrierefrei gestaltet werden sollte.

Dies verweist auch auf eine Lösung des Dauerkonflikts, wer denn der »richtige« Bedarfseinschätzer wäre: Mitarbeiter des Leistungsträgers, die ja in der Regel die Lebenswirklichkeit wenig kennen und kaum Zeit haben, um aufwendige Beteiligungsprozesse am Hilfe/Teilhabeplan selbst durchzuführen bzw. zu organisieren oder Mitarbeiter der Leistungserbringer, die normalerweise die Antragsteller und ihre Lebenswirklichkeit sehr gut kennen, aber unmittelbar befangen sind, weil Sie in der Regel ihre eigenen Angebote damit vertreten. Auch unabhängige Beratungsstellen geraten durch den umfangreichen Begleitungsprozess bei der Erarbeitung schnell in die Rolle eines neuen »Leistungserbringers«. Die Lösung dieses Dilemmas ist sozialrechtlich eindeutig: Nur die Antragsteller selbst sind die Rechtssubjekte der Bedarfseinschätzung, sie benötigen dafür jedoch Assistenzleistungen. Leistungserbringer und Leistungsträger bringen ihre Interessen in dem Prozess der Aushandlung und Ausgestaltung der Unterstützungsleistungen und der Prüfung der Angemessenheit ein.

Vor diesem Hintergrund kommen in einem integrierten Teilhabeplanungsprozess folgende Ebenen zusammen:

- I. persönliche »*Teilhabeziele*« festlegen und die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen wie die Umfeldbedingungen einschätzen, damit diese Ziele angegangen werden können (ICF-Konzept).
- II. Prozess der *Teilhabe/Hilfeplanung* umsetzen: Dialoge führen. Von den Zielen, Handicaps und Umfeldbedingungen her die Planung der Hilfen/Unterstützungen beschreiben.
- III. Erarbeiten von *Dienstleistungen/Arbeitsanteilen* von Einrichtungen/Diensten, privaten wie ehrenamtlichen Anbietern auf der Basis von Zielen und Wünschen der Klienten.
- IV. *trägerübergreifende Koordinierung und Abstimmung* zwischen Teams/Einrichtungen und verschiedenen Angebotsbereichen (Wohnen/Arbeiten) und Anspruchsebenen (Teilhabe an Arbeit /Behandlung/Begleitung/Pflege ...)
- V. inhaltlich angemessene, *zeitbezogene, zielgruppenübergreifende und kostenträgerübergreifende Finanzierungsgrundlage (Auflösung der unterschiedlichen Finanzierung stationär/ambulant, regelhafte Einbeziehung persönlicher Budgets)*
- VI. regionale Abstimmung der Bedarfe – regionale Planung

Methodisch sind hier zu bedenken:

- Zielorientierung im Prozess ist gesetzlich verankert und »evidenzbasiert«: Hilfen, die mit abgestimmten Zielen erbracht werden, sind wirkungsvoller. Unmittelbar leuchtet dies für den Einzelfall ein. Wie sind jedoch dann die durchaus unterschiedlichen Ziele und dazugehörige mehr oder weniger komplexe Teilhabehilfen über den Einzelfall hinaus einzuschätzen? Der Wirkungsindikator für einen Dienst/eine Einrichtung wäre dann: gelingende Zielvereinbarungen im Einzelfall verweisen auf gelingende professionelle gestützte Begleitungsprozesse und damit auf gelingende Unterstützungsbeziehungen im Kontext dieses Dienstes/Einrichtung.
- Teilhabeplanung und Umsetzung von Hilfen ist »Beziehungsorientiert«, d. h. dialogisch/trialogisch und kontinuierlich. Es sollte deshalb eine koordinierende Prozessbegleitung geben, die langfristig und über alle Hilfen hinweg als Bezugsperson für Klienten verfügbar ist. Wichtig: Dies bedeutet nicht unbedingt in der Alltagbegleitung der wesentliche Ansprechpartner zu sein. Die Verantwortung der Begleitung und ggfs. Veränderung der motivierenden Prozessziele der Klienten ist eine wesentliche und fachliche Aufgabe. Wirkungsindikatoren hierfür sind im Planungsinstrument verbindlich benannte Fachkräfte und finanzierte Verantwortungsübernahme für diese Rolle. Auch hier kann als Anzeiger gelten, ob Abstimmungen auch über den Einzelfall hinaus gelingen.
- Teilhabeplanung muss nicht nur Integrativ in Bezug auf Methoden und Lebensfelder sein, sondern wesentlich auch zur Gestaltung inklusiver Sozialräume beitragen. Ein Wirkungsindikator, der über den Einzelfall hinausweist, wäre hier den Umfang der Planung und Finanzierung von sozialraumorientierten Hilfen im Einzelfall zusammenzutragen.
- Gute integrierte Teilhabeplanung sollte auch integrativ in Bezug auf Leistungserbringer und Persönliche Budgets sein – auch das ist eine wesentliche He-

erausforderung. Die Option, dass ein Instrument Integrativ in Bezug auf die Einbeziehung von anderen Leistungsträgern als nur der Eingliederungshilfe ist, ist fachlich wesentlich an die gemeinsame Sprache der ICF geknüpft.

Was ist jetzt der Stand der Praxis?

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung haben sich doch überwiegend prozessorientierte Hilfeplanverfahren verbreitet – was bedeutet, dass Ziele individuell vereinbart werden und eine Bedarfseinschätzung zielorientiert erfolgen kann. Eine Verbindung mit Koordination und vor allem integrierter Planung – trägerübergreifend oder gar Bereichs- oder leistungsträgerübergreifend wird jedoch von nur wenigen Instrumenten geleistet (IBRP, ITP). Noch viel seltener ist die Verbindung mit einer personenzentrierten Leistungssystematik – oder der verbindlichen Steuerung von Finanzierung sowohl im Einzelfall wie für komplexe Leistungen.

Dies sind leider bisher Modelle geblieben, die jedoch den Nachweis erbracht haben: »Gutes muss nicht teurer sein«⁴.

- Erprobungen integrierter Teilhabeplanung (Hessen, Ludwigsburg, Hamburg, Rostock, Thüringen) wie die erfolgreiche Einführung des IBRP im Bereich der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen in einigen Bundesländern/Regionen haben jedoch deutlich gemacht, dass diese Schwelle – Verbindung mit einer personenzentrierten Finanzierung und die Aufhebung von Angebotsfinanzierung – regional sehr unterschiedlich hohe Barrieren auf der Seite der LIGA-Verbände und /oder Leistungserbringern wie auch der Seite der Leistungsträger zur Folge hat. Die Folgerungen im Hinblick auf meinen Vortragstitel heißen folglich: Koordination und Integrierte Hilfeplanung ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe.
- Grundlage für eine Weiterentwicklung in Richtung Partizipation und Inklusion ist nur durch personenzentrierte Leistungssystematik zu erreichen: Veränderung der Rahmenbedingungen ambulant/stationär, ambulante Komplexleistungen, persönliche Budgets benötigen eine verbindliche und transparente Dokumentationsgrundlage: eben integrierte Teilhabepläne, die Finanzierung mitdenken.
- Nicht nur in den einzelnen Prozessen der Hilfeplanung, sondern auch in der Region kommt es auf die Wirkung »Teilhabe« an: Diese begründet eine auf Teilhabewirkungsziele ausgerichtete regionale Steuerung.

4 KUNZE, H./KRONENBERGER, G./KRÜGER, U./SCHÖNHUT-KEIL, E. (Hg.)(2008):Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Psychiatrie-Verlag, Bonn

BREME, R./KRONENBERGER, G./NÄDER, C. (2007): Aufwand und Vergütung auf den Punkt gebracht! Personenzentrierte Finanzierung in der Eingliederungshilfe. Nachrichtendienst Deutscher Verein, Heft 5 und 6/2007 Abschlussbericht über das Projekt PerSeh: http://www.unisiegen.de/zpe/projekte/aktuelle/perseh/pdf/abschlussbericht_perseh.pdf

GROMANN, P./KRONENBERGER, G. (2011): Wirkungsorientierung in der Eingliederungshilfe – Optionen der Integrierten Teilhabeplanung auf der Basis von Zeitbasierung. NDV 5/2011

- Sozialraumbezug muss sich faktisch verankern: Sozialraum und Netzwerke müssen durch Teilhabe und Teilgabe im Einzelfall unterstützt werden. Netzwerke müssen nicht nur, aber auch über die individuellen Planungen gefördert werden. Was wäre professionell zu organisieren/zu unterstützen, damit Teilhabe auch in Netzwerken oder dem gesellschaftlichen Leben funktioniert?
- Konkrete Schritte dahin sind auch jetzt schon in Hilfeplanungen Einschätzungen zu leisten: Wie ist Unterstützung flexibel und passgenau zu organisieren/zu leisten, wie Zusammendenken von gleichen Hilfearten und Abstimmen auf von Hilfen auf die (Lebens-) Ziele und nicht die Angebotsziele gelingen kann? Auch jetzt schon kann der Vorrang der Unterstützung von und durch persönliche Nahräume organisiert und gestützt werden. Wesentlich dabei ist Arbeitsteilung und zeitliche Gestaltung von Teilhabeunterstützung – über die Grenzen bisheriger Leistungen hinausdenken!
- Integrierte Teilhabepaltung verlangt organisationsintern Einschätzung: Wie ist Unterstützung flexibel und passgenau zu organisieren/zu leisten?
- Sozialraumorientierung und Teilhabe verlangen das Zusammendenken von gleichen Hilfearten, die Umsetzung des Vorrangs der Unterstützung von und durch persönliche Nahräume.
- Ein Teilhabepaltung soll alle Hilfen beschreiben – d. h. auch bei der Erstellung müssen alle beteiligt werden.
- System von verantwortlichen koordinierenden Bezugspersonen (Case-Management), Erstellung, Abstimmung, prozessbegleitende Koordination, Evaluation.

Fazit: Koordination und integrierter Hilfeplanung sind die wesentlichen Schlüsselprozesse für die Umsetzung von Teilhabe und Inklusion in den Lebenswelten von Menschen mit psychischer Erkrankung.

Koordination ist dabei beziehungsorientiert zu verstehen, als träger- und leistungsübergreifende kontinuierlich verantwortliche »Beziehungsperson« (Care- »Sorgen für«). Die kontinuierliche Begleitung und persönliche Evaluation/Dokumentation des Reha -Prozesses und der erbrachten Dienstleistungen (Case-Management) wird in einem integrierten Teilhabepaltungsinstrument deutlich. Teilhabe als Ziel und Selbstreflexion muss sich in flexiblen Hilfeerbringerstrukturen verankern: Die Barrieren unseres angebots- und maßnahmenzentrierten Systems sind praktisch auf den Einzelfall hin zu erkennen und zu beschreiben!

Erforderlich wird damit auch die Übernahme einer Anwaltschaft für »bedarfsgerechte Angebote« und Partizipation: nicht nur Leistungsträger und Leistungserbringer sondern auch Betroffene, Angehörige und wenn möglich auch Vertreter dieser Gruppen sollten an integrierter Teilhabepaltung auch auf der regionalen Ebene beteiligt sein⁵.

5 Vgl. dazu : GROMANN, P. (2013): Teilhabe- und wirkungsorientierte Steuerung in der Eingliederungshilfe, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins ndv 2/2013

VII Alt und psychisch krank – mitten in der Gesellschaft

Einleitung

Regina Schmidt-Zadel

Meine Damen und Herren, ich darf Sie ganz herzlich begrüßen zu unseren Symposium. Wir sind in einem historischen Raum, das ist dieser berühmte Balkon, auf dem Kennedy die Worte gesprochen hat: »Ich bin ein Berliner«.

Unser Symposium befasst sich heute auch mit der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen. »Alt und psychisch krank - trotzdem mitten in der Gesellschaft« heißt das Thema. Sie erinnern sich an die bemerkenswerten Reden von Dr. Wunder, der die medizinethischen Dimension der Thematik analysiert hat, aber auch an die Rede von Frau Mascher über die vielen Hindernisse, die einer Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Wege stehen.

Psychisch kranke Menschen sind mit zwei grundlegenden Problemen konfrontiert:

Sie sind aufgrund ihrer Erkrankung oft nicht in der Lage, für ihre Rechte selbst einzutreten. Das gilt insbesondere für Demenzkranke. Wenn sie zunehmend komplexe, personenbezogene und integrierte Hilfsleistungen benötigen, kommen sie mit den nicht bedarfsgerechten und nicht ausreichenden ambulanten Hilfen in ihrer eigenen Häuslichkeit nicht mehr zurecht und sehen keine Alternative zur Versorgung im Heim. Die meisten Menschen wollen so lange es geht in ihrem eigenen Wohnumfeld bleiben. Das gilt auch für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Es geht darum, auch dies zu ermöglichen, mit den notwendigen abgestimmten Hilfen.

Viele Menschen sehen aber keine andere Wahl, als notgedrungen in ein Heim zu gehen, weil andere Problemlösungen nicht erreichbar sind oder nur mit außergewöhnlichem persönlichem Einsatz z. B. der Angehörigen organisiert werden können.

Es geht um einen Richtungswechsel von der Angebotsorientierung zur Orientierung am Bedarf der Menschen in Wohngebieten und Regionen.

Wir haben heute einen der herausragenden Experten aus der Bundesrepublik hier – Dr. Jürgen Gohde – der uns einen Überblick über inklusionsorientierte Pflegekonzepte aus historischer und sozial- und fachpolitischer Perspektive geben wird. Wir haben immer noch nicht den neuen Pflegebegriff im Gesetz, der ja schon erarbeitet war. Grob kalkuliert waren auch die finanziellen Veränderungen, die die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mitbringen würde. Jürgen Gohde hat damals gesagt, dass er die Verantwortung abgibt, als die neue Bundesregierung verlangt bzw. beschlossen hatte, dass das, was in unendlichen Sitzungen erarbeitet worden war, nicht umgesetzt werden sollte. Eine neue Kommission tagt seit langem, aber man hört wenig an Ergebnissen und es wäre eine ganz wichtige Sache, dass dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der viel mit Selbstbestimmung und Selbsterhaltung zu tun hat, in der Bundesrepublik eingeführt würde. Es gibt

aber auch viele andere Probleme und Reformvorhaben, die in letzter Zeit und nicht nur in letzter Zeit, diskutiert werden. Dazu gehört aktuell das Pflegeneuaustrichtungsgesetz, das die Situation von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz verbessern soll und zum 01.01.2013 in Kraft tritt. Dazu gibt es Positives aber auch viel Kritisches zu berichten.

Inklusionsorientierte Pflegekonzepte

Jürgen Gohde

Das Thema Pflege ist gegenwärtig kein Thema, das Leute aufregt, dennoch spricht es sehr viele unmittelbar an. Ich habe vor wenigen Tagen mit einem japanischen Journalisten zusammen gegessen. Die Alterung der Gesellschaft ist in Japan etwas weiter fortgeschritten als bei uns. Im stationären Bereich in Japan leben etwa 90 % aller Menschen mit einer Störung ihrer psychisch kognitiven Alltagskompetenzen. In Deutschland seien es nur 60–70 %, gab er seinen Eindruck wider. Sein Eindruck ist, dass man bei uns über dieses Thema eigentlich nur im privaten und nicht im öffentlichen Bereich redet. »Ihr redet eigentlich immer nur darüber, wenn irgendwelche Skandale auftreten. Erst dann hat das Thema eine öffentliche Bedeutung und ansonsten kommt es in der öffentlichen Diskussion so gut wie nicht vor.« Es gibt einige wenige Ausnahmen, eine dieser Ausnahme ist der Artikel in der »Welt am Sonntag«¹ in der letzten Woche gewesen, auf den heute und gestern einige eingegangen sind. Den empfehle ich wirklich zu lesen, seine Überschrift heißt: »Pflege in Deutschland ist unbezahlbar!« Die Grundthese: Oma lebt in der Slowakei. Auch die »Bild am Sonntag« hat das Thema aufgegriffen und darauf hat Heribert Prantl in der Süddeutschen Zeitung reagiert. Solche Artikel kommen wie Fieberschübe und man muss sich darum bemühen, das Thema zu verorten und das Anliegen zu besprechen. Heike von Lützau-Hohlbein hat heute früh schon darauf hingewiesen, dass es darauf ankommt, das Thema in einem Zusammenhang zu sehen und vor allen Dingen die Situation des Alterns oder des Alters nicht gleich zu setzen mit Pflegebedürftigkeit, mit psychischer Erkrankung oder mit Behinderung.

Wenn man die Entwicklung der letzten Jahre sieht, kann man mehrere Versuche erkennen, die Pflegesituation herauszuholen aus dieser Nische und sie zu verorten an einen breiteren Diskurs. Dieser breitere Diskurs hat Fahrt aufgenommen durch die Diskussion um die UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen. Das ist übrigens auch der Personenkreis oder die Gruppe, in der man über dieses Thema öffentlich diskutiert. Auf der anderen Seite wird dieses Thema im Zusammenhang der Gesundheitsziele für ältere Menschen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) gut aufgegriffen.

BMG-Papier : Gesundheitsziele

In dem Papier aus dem BMG hat man den Versuch gemacht, nationale Gesundheitsziele in drei Handlungsfeldern zu definieren:

Das erste Handlungsfeld heißt »Gesundheitsförderung und Prävention« mit dem Ziel, »Autonomie (zu)erhalten«. Das Handlungsfeld zwei heißt: »Medizinische,

1 DOWIDEIT, A. (2012): Pflege ist in Deutschland unbezahlbar, Welt am Sonntag vom 28.10.2012 <http://www.welt.de/print/wams/article110319259/Pflege-ist-in-Deutschland-unbezahlbar.html>

psychosoziale, pflegerische Versorgung« und das Handlungsfeld drei »Besondere Herausforderungen«, wozu auch die Pflegebedürftigkeit zählt.

Im Handlungsfeld eins finden Sie sehr schön Ziele der »Teilhabe älterer Menschen« formuliert, und als Stichworte werden »Ressourcen« genannt, also die Potenzialorientierung.

Die Ziele des Perspektivwechsels, die mit der Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreicht werden sollten, die Widerstandsfähigkeit älterer Menschen, die Frage der körperlichen Aktivität und der Mobilität und die Ernährung werden alle im Handlungsfeld zwei genannt. Die Frage der Versorgung, die Notwendigkeit der Kooperation der Gesundheitsberufe, Patientenorientierung, das Interesse von Angehörigen und die informellen Helferinnen sind bei den Zielen berücksichtigt, also das was heute Morgen »Umfeld« genannt wurde.

Auf das Handlungsfeld drei will ich jetzt besonders eingehen. Dieses Handlungsfeld drei bietet auf den ersten Blick ein »Sammelsurium« von Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen, psychische Gesundheit, Demenzerkrankung, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit: alles an »besonderen Herausforderungen« und im letzten Ziel des Handlungsfeldes (13) taucht dann die Pflegebedürftigkeit auf. So erhält sie wieder die Randständigkeit, die in der ersten Perspektive ein wenig in den Hintergrund getreten war. Herr Jacobs hat heute Morgen darauf hingewiesen, dass wir im Lebensumfeld der Menschen hier nach wie vor auf intransparente Strukturen im Blick auf das Leistungssystem und die Trägerlandschaft stoßen. Wir haben darauf versucht zu reagieren durch die Einführung der Pflegestützpunkte, aber das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) hat die Initiativförderung für die Pflegestützpunkte zurück genommen. Die Erfahrungen mit den Pflegestützpunkten, die wir im Modellversuch über das Kuratorium für deutsche Altershilfe begleitet haben, sind ähnlich wie in Japan. Die Japaner haben in sehr kurzer Zeit solche Pflegestützpunkte, die dort »Comprehensive Care Support Center« heißen, umzusetzen versucht. Die Ziele dieser Umsetzung sind einfach formuliert: Einerseits ein niedrigschwelliges Angebot zu machen, zweitens ein wohnortnahes Angebot zu machen und ein zielgruppennahes Angebot anzubieten. Dieses Angebot – natürlich dort wo die Menschen leben – soll dazu führen, dass es zu Verbindlichkeit in den Prozessen kommt. Die Verbindlichkeit der Kooperation der Akteure ist das Problem, z. B. Maßnahmen zur Prävention zu fördern. Im Blick auf Pflege denken wir nicht unbedingt an Prävention. Wir denken bei Gesundheit an Prävention, aber mit Blick auf Pflege sind die Anreize im Leistungsrecht nicht so gegeben. Dann wird als drittes Stichwort die ambulante und die stationäre Versorgung genannt, um die Prävention angemessen auszubauen. An dieser Stelle wird noch keiner Streit haben, weil man das System selber nicht verändert. Wir leben mit der alten Aufteilung der Institutionen »ambulant vor stationär«, obwohl wir wissen, dass genau an der Schnittstelle dieser institutionellen Verfasstheit die Probleme liegen.

Dann wird gefordert, neue Konzepte für eine flächendeckende stationäre Langzeitversorgung zu entwickeln, also für den Personenkreis, der einen so starken

Hilfebedarf hat, dass er sich mit eigenen Kräften kaum helfen kann. Wir haben einen Diskussionsanreiz von Frau Lützu-Holbein bekommen, die heute Morgen gesagt hat, die stationären Einrichtungen müssten sich sehr viel stärker in Richtung Hospize verändern. Das ist eine dieser Richtungen. Das Stichwort »neue Wohnformen« wird genannt. Neue Wohnform heißt ambulante Wohnform. Wir müssen es präzise sagen. Wichtig ist weiter die Forderung nach Professionalisierung der Fachberufe, das ist ein deutliches Signal. Auch wenn wir davon ausgehen, dass wir sehr viel stärker Modelle des Hilfemix brauchen, ist eine Professionalisierung in diesem Feld dringend notwendig in den nächsten Jahren, trotz aller Schwierigkeiten, diese Fachkräfte zu gewinnen und zu qualifizieren. Eine weitere Forderung ist interessanter Weise die Versorgung sozial benachteiligter Menschen. Wenn man es als politisches Ziel formulieren würde, müsste man sagen, dass alle den Zugang haben sollen zu qualitativ hochwertigen Leistungen.

Des Weiteren ist das Sondergutachten des Sachverständigenrats (Integration und Kooperation) für das Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009 zu berücksichtigen. Ich halte dieses Gutachten nach wie vor für ausgesprochen wichtig, besonders im Hinblick auf die Versorgungsziele für Menschen, die multimorbid erkrankt sind. Sie sind auf eine integrierte kontinuierlich vernetzte medizinisch- pflegerische Langzeitversorgung angewiesen.

Im Jahr 1974, vor fast 40 Jahren, hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) aus eigenem Antrieb ein Gutachten erarbeitet zur Frage der Verankerung des Pflegerisikos in der Sozialversicherung.

Das Sondergutachten des KDA hat den Anstoß zu einer Pflegeversicherung gegeben. Es ist damals gefertigt worden vom KDA und dem damaligen Sozialforschungsinstitut der Universität Köln (Otto Blume). Blume hat in der Absicherung des Pflegerisikos eine öffentliche Verantwortung der Gesundheitsversorgung gesehen. In diesem Gutachten sind zentrale Punkte formuliert worden: Erstens die Definition eines Pflegebegriffs, der ganzheitlich orientiert ist und zweitens das Ziel einer rehabilitativen Pflege. Dieses Ziel einer rehabilitativen Pflege ist bis heute unzureichend leistungsrechtlich umgesetzt, obwohl der Auftrag dazu uralt ist. Wenn wir über Rehabilitation reden, reden wir immer über gesellschaftliche Teilhabe. Unter dieser Perspektive hat die Gesundheitsgesetzgebung das jedenfalls immer gedacht, anders als die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen allerdings sozialversicherungsrechtlich und nicht menschenrechtlich. Aber die Ansätze lassen sich miteinander verknüpfen.

Das dritte Stichwort ist präventive Pflege. Präventive Pflege sowohl im Blick auf den Hilfebedarf als auch im Blick darauf, durch den pflegerischen Bedarf die Pflegebedürftigkeit zu mindern und wieder Aktivitäten und Selbständigkeiten in ihrem Alltag gestalten zu können.

Das war 1974. Manchmal frage ich mich, ob es eine unendliche Geschichte wird. Ich erspare ihnen die Zwischenstufen. Der Beirat hat bis 2009 dann die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt.

Die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Im Kern geht es einerseits um die Überarbeitung des Begriffs, zweitens um die Erarbeitung eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens, drittens um die Beschreibung von Handlungsoptionen und die finanziellen Auswirkungen als Förderpunkt. Alles auf wissenschaftlicher Ebene. Und das Ganze unter einer Perspektive, die die Politik uns bis heute schuldig bleibt. Der Auftrag der Bundesregierung damals hieß: Erarbeitung eines Gesamtkonzepts für Pflege und Betreuung. Dieses Gesamtkonzept für Pflege und Betreuung fehlt bis heute. Damit verknüpft ist die Frage von Steuerung und Kooperation. Die Kooperation hat eine entscheidende Rolle im Blick auf alle Formen der Versorgung und der Leistungserbringung, aber es geht um viel mehr. Das ist heute sehr deutlich geworden. Es geht auch um die Kooperation, um die Koproduktion zwischen den Menschen in diesem Zusammenhang, die selber auf Unterstützung angewiesen sind und die selber mitbestimmen wollen, was mit ihnen in diesem Zusammenhang passiert. Steuert der Pflegebedürftige/die Pflegebedürftige die Bürger oder steuert der Leistungserbringer das Volumen oder ist das gar eine Finanzsteuerung? Die Frage von Steuerung und Kooperation ist hier die zentrale Frage.

Aktuelle Fragestellung

Wir sind heute in einer Situation, wo wir anfangen aus Gründen der demografischen Entwicklung Korrekturen am System vorzuschlagen. Das Beske-Institut hat vor ganz kurzer Zeit ein Papier vorgelegt, das die These aufstellt, die notwendige Vollversorgung lasse sich nicht mehr wohnortsnah sichern. Wie gelingt es unter diesen Bedingungen teilhabeorientierte Konzepte in den unterschiedlichen Regionen bei unterschiedlichen Lebenslagen vorzulegen?

Was bestimmt eigentlich diesen Prozess? Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats Selbstbestimmung für Menschen mit Demenz nennt zunächst den Anspruch auf Selbstbestimmung der Person, aber auch die Zumutung von Selbstbestimmung, die das Ethos moderner Lebensführung prägen. Menschen können und müssen selbst entscheiden wie sie leben wollen, allerdings bleibt das Individuum auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen. Wenn wir über Selbstbestimmung reden, reden wir also einerseits über eine rechtliche Bestimmung und wir reden auf der anderen Seite auch über einen ethischen Rahmen, über ein Menschenbild, das sich in diesem Zusammenhang qualitativ gut beschreiben lässt. Selbstbestimmung ist Ableitung aus der menschlichen Würde eines jeden Menschen und hängt mit den tiefsten Gründen der Zufriedenheit und der Glücksempfindung von Menschen zusammen. Aber Selbstbestimmung muss eben auch die Lebenslagen eines Menschen beachten, wie er geht und steht, d. h. das kompetente, das verletzte Leben, das Leben mit Ressourcen sowie das Leben mit eingeschränkten Ressourcen.

Selbstbestimmung bedeutet nicht, dass man ohne jede einschränkende Bedingung entscheiden kann und wenn man diese Entwicklung zusammen nimmt erkennt

man, dass mit dem Ziel der Selbstbestimmung immer das Ziel der Zugehörigkeit verbunden ist. Das Interesse an Zugehörigkeit und das Interesse an Teilhabe lässt sich nicht voneinander trennen. Klaus Dörner hat das in seinen Arbeiten immer wieder herausgestellt.

Wenn ich mich jetzt an den gesetzlichen Bestimmungen orientiere, dann hat der oder die selbst bestimmende Bürgerin schon jetzt eine Steuerungsverantwortung. Einerseits soll er informiert sein, »auch über die Charta der Rechte von Pflegebedürftigen«. Zweiter Punkt: Er soll gut beraten sein über Leistungen und seine Rechte als Verbraucher kennen. Er hat hoffentlich eine Vorsorgevollmacht erteilt. Er lebt, er wird begleitet in einem transparenten Hilfe-, Assistenz-, oder Pflegesetting. Transparenz ist ein Problem bis heute. Begleitet durch selbstständig verantwortliches Pflegepersonal. Das Andere: Er lebt in Privatheit und in Gemeinschaft, er will dazu gehören und teilhaben, er lebt möglichst selbst bestimmt und kann mit einem sensiblen fürsorglichen Umfeld rechnen. Dass wäre das Setting, das jetzt schon möglich ist aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Wo liegen die Anforderungen jetzt für Menschen, die nicht in ausreichendem Maß in der Lage sind Teil zu haben, also in ihrer Fähigkeit zur Selbstständigkeit eingeschränkt sind und damit eine Teilhabe-Störung aufweisen? Es geht dabei nicht nur um Versorgung und Betreuung, es geht zugleich um Teilgabe und um Teilhabe, es geht um die Überwindung von Stigmatisierung. Wir haben in der Versorgung ein sektoral bestimmtes Leistungssystem, sogar mit Segmentierungen. Wo liegen die Probleme? Das eine Problem liegt auf der Ebene der Zuständigkeit. Die Beratung aus einer Hand ist ein Thema wie auch die Problematik verbindlicher Hilfepläne. Sie zu ermöglichen, würde einen großen Fortschritt bedeuten ebenso hinsichtlich des Leistungsrechts die Flexibilisierung und die Individualisierung von Leistungen. Die Individualisierung wird als Kernziel des Pflegeeneuausrichtungsgesetz (PNG) beschrieben, aber die Individualisierung im PNG bedeutet über mehr Geld verfügen zu können ohne eine verbindliche Hilfeplanung. Das heißt, das Geld fließt ohne irgendeine Richtung. Geld das ohne Richtung fließt, richtet nicht unbedingt gute Folgen an.

Dann haben wir bei den Versorgungsformen die alte Selektivität, auch die alte Unverbindlichkeit in der Kooperation und zugleich neue Paradigmen für Wohnen und Pflege. Ohne ein Gesamtkonzept, ohne einen Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das entsprechende Begutachtungsverfahren, ohne neue Lebens-, Versorgungs- und Unterstützungsformen, ohne neue fachliche Profilierungen ist eine partizipationsorientierte Versorgung im Quartier, wie sie von der ASMK gefordert wurde, nicht zu gestalten.

Ich fasse es thesenartig noch einmal zusammen: die klassische Segmentierung der Leistungsgewährung aufgrund der Logik der einzelnen Sozialgesetzbücher wird den veränderten Paradigmen auf Selbstbestimmung und Teilhabe nicht länger auch nur annähernd gerecht. In der Behindertenrechtskonvention ist die Verschiebung der Perspektive erkennbar und der Maßstab der Veränderung genannt. Das Handeln ist nicht länger alleine in einem sozialrechtlichem Kontext zu

definieren sondern es geht um eine menschenrechtlichen Grundregelung. Das ist die eine Verschiebung. Die zweite Verschiebung, legt die Gesellschaft insgesamt auf einen Prozess fest, in dem das Ziel der Inklusion Grundsätze der Barrierefreiheit darstellt, die für den Gesamtprozess des Lebens miteinander Auswirkungen haben. Man hat lange darüber gestritten, ob die Behindertenrechtskonvention für den Pflegebereich gilt. Jedes Land hat im Sozialrecht natürlich die Möglichkeit, das Ganze fürsorgerechtlich oder sozialversicherungsrechtlich zu lösen. Regelungen führen dann aber genau zu den Problemen, die wir kennen. Das Problem stellt sich z. B. an dem § 43 a des SGB XI. Obwohl kein individueller Leistungszugang geschaffen wurde, hat man mit einem pauschalen Anerkennungsbetrag für die kommunale Seite für die Menschen mit Behinderungen einen Zugang zu Leistungen geschaffen, ein Versuch, eine Schnittstelle lebbar zu machen. Nach der Behindertenrechtskonvention sind aber auch Menschen mit Pflegebedarf als Menschen mit Teilhabestörungen anzusehen.

Es geht, wenn wir über diese Pflegesituation älterer Menschen sprechen um mehr als die Pflegeversicherung, es geht um die Perspektive der Inklusion. Ohne entsprechende Infrastruktur und ein handlungsleitendes Gesamtkonzept lassen sich die Ziele nicht erreichen.

Ich fange mit der Infrastrukturebene an, weil das die Ebene ist, wo Steuerung und Koordination wirksam werden. Wenn man personenzentriert inklusionsorientierte Versorgungslandschaften gestalten muss, dann sind diese nicht anders als beteiligungsorientiert zu gestalten. Wir reden über die Kommunen. Wir reden auch über die Kommunen, die sich in den letzten 15 Jahren aus diesem Prozess zurückgezogen haben. Wir reden auch über die Kommunen, die gesagt haben: erstens wir haben das Geld nicht und zweitens wir wollen die Aufgaben nicht mehr wahrnehmen. D. h. hier muss im Zweifel neu verhandelt, hier muss neu austariert werden.

Und wir müssen reden über die Reform von Institutionen, wir müssen Zuständigkeiten klären und wir müssen Pflegearrangements beschreiben, die nur die Beteiligten, also auch die Betroffenen selber mitgestalten können. Wir haben bis heute keine vernünftigen teilhabeorientierten Pflegeziele, wie auch keine ausreichende Präventionsbeschreibung. Das ist immer noch der Streit zwischen dem SGB V und dem SGB IX. Wir haben keinen verbindlichen Hilfeplan und ungeklärte Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungsträgern. Salopp formuliert: sogar Reiseveranstalter kriegen es hin, Pauschalangebote aus einer Hand zu gestalten. Eine zielorientierte Kooperation über die Ebenen hinweg müsste eigentlich auch möglich sein. Oder: wie entstehen verbindliche Hilfepläne? Wie sehen verbindliche Anreize für Vollzeitbeschäftigung in der Pflege aus?

Der neue Pflegebegriff ist die Veränderung eines gravierenden Schadens im § 14 im SGB XI. Der neue Pflegebegriff geht einerseits von den Ressourcen eines Menschen aus, von seinen Potentialen, er zielt darauf, dass er möglichst selbständig seinen Alltag bewältigen kann, er hat die Bestimmung der Teilhabe drin und er beschreibt die Pflege als ein personelles, personales Geschehen. Aber unter der

Voraussetzung kann man sehr deutlich die Entwicklung der Pflegeversicherung aus dem Bereich des SGB V erkennen. Sie erkennen, dass der Tatbestand der Pflegebedürftigkeit nicht mehr voraussetzt, dass eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit besteht, sondern dass eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit anerkannt wird. Wenn sie diese Definition in Beziehung setzen zu den Definitionen des ICF, erkennen sie bei allen kleinen Differenzen den Versuche die Lebenslage ganzheitlich zu erfassen, allerdings auch den Unterschied: die ICF definiert den Bedarf, den Pflegebedarf eines Menschen abschließend, – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff beschreibt, die Bedürftigkeit personenbezogen. Das heißt, der Bedarf entwickelt sich und wird verhandelt im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens. Wenn man dieses Hilfeplanverfahren nicht anstrebt, kann der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff seine Wirksamkeit nicht entfalten. Darin liegt aber seine Chance.

Darin liegt auch die Kompatibilität mit dem anderen Verfahren, auch wenn der ICF wesentlich mehr Bereiche umfasst, als es hier dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff tut. Wir brauchen also von daher auch eine Gesamtperspektive der Versorgung auf kommunaler Ebene.

Das KDA hat dazu seit vielen Jahren Vorschläge unterbreitet: Zukunft gelingt nur mit Beteiligung, die Zukunft der Pflege liegt im Quartier. Wir sind also an den Übergängen von der Großraumversorgung zur Kleinräumigkeit, von der Versorgungs- zur Mitwirkungsgesellschaft.

Es gibt Landkreise in Deutschland, wie den Landkreis Siegen-Wittgenstein, der seit Jahren keine Pflegeheime mehr baut, jedenfalls beschlossen hat, es zu tun. Kooperation der Akteure und verbindliche, vernetzte, kleinräumige Versorgung und Beteiligung müssen verantwortlich gestaltet werden. Der Schlüssel zur Selbstständigkeit ist die Kooperation im Quartier, die Assistenz- und haushaltsnahe Dienstleistung.

Wir haben aus diesem Grunde als KDA versucht, auf der örtlichen Ebene Modelle zu beschreiben für so genannte Quartiershäuser in einer generationsgerechten Infrastruktur sowie ein tragendes soziales Umfeld. Ich komme zurück auf die persönliche Ebene und auf die Ebene der Leistungserbringung. Die funktioniert nur bei einer deutlich erkennbaren veränderten Blickrichtung. Die APK hat gerade in diesem Zusammenhang sehr intensiv gearbeitet an den Konzepten des personenzentrierten Hilfemixes. Der personenzentrierte Hilfemix und Quartierskonzepte hängen zusammen. Der personenzentrierte Hilfemix ist nicht nur eine Antwort auf einen möglichen Fachkräftemangel oder für eine bessere Versorgung. Er folgt aus dem Gedanken der Inklusion, er ermöglicht eine verbindliche Hilfeplanung aller Akteure oder er setzt sie voraus.

Ich nenne nur einige Beispiele: Das Konzept der häuslichen Tagespflege SoWieDaheim, das im Main-Kinzig-Kreis seit einigen Jahren mit großem Erfolg als Modellprojekt durchgeführt wird und das durch das Engagement von Gastfamilien stationäre Unterbringung vermeidet. Ich nenne die Projekte der Stiftung proAlter des KDA zu Nachbarschaftshilfen und zum Ehrenamt in der Geriatrie sowie den Wettbewerb zum »Hilfreichen Alter«; er hat gezeigt, wie das betreute Wohnen

Zuhause zu ausgesprochenen Strukturverbesserungen führt. Die Pflege könnte sich also sehr viel stärker verbessern, wenn die Grundsätze von Teilhabe und Beteiligung, Kooperation, kleinräumigen Versorgungslandschaften, Hilfemix und Quartiersorientierung realisiert werden könnten.

Das Ganze basiert auf der Vorstellung der Inklusion. Der deutsche Verein hat dazu in diesem Jahr ein vorzügliches Papier über die Merkmale inklusiver Sozialräume vorgelegt. Aus dieser Ausrichtung wären für eine Umsetzung zahlreiche Konsequenzen zu ziehen: so z. B. die Identifizierung und Bearbeitung exkludierender und Förderung inkludierender Faktoren. Die Begutachtung müsste Teilhabemöglichkeiten beschreiben und Ansatzpunkte für die Rehabilitation ausweisen. Das neue Begutachtungsverfahren würde den Pflegenden Ansätze für eine zu optimierende Praxis liefern. Lernmöglichkeiten, die sich Internetgestützt z. B. auf der Homepage des KDA »Aus kritischen Ereignissen lernen (AKEL)« durch den Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden ergeben, bieten ebenso neue Chancen wie Beratungsangebote für Angehörige. Allerdings haben alle diese Initiativen das Problem einer nachhaltigen Finanzierung.

Die Erfahrung guter Kooperation auf kommunaler Ebene (z. B. Arnsberg) bieten Chancen für stringente Konversionsstrategien für den stationären Sektor und neue Versorgungslandschaften auf kommunaler Ebene. .

Und jetzt komme ich zu einem letzten, aber schwierigen Punkt. Lucha hat heute Morgen von der Problematik gesprochen, dass wir auf der einen Seite durchaus sehr menschenfreundliche Selbstbestimmung, Selbstständigkeit viele positive Entwicklungen erkennen können. Auf der anderen Seite ist die gesamte Gestaltungsaufgabe unter den Bedingungen des Fiskalpakts zu erledigen. Die Bund-Länder-Kommission zur Umsetzung des Fiskalpaktes hat den Rahmen beschreiben. Die Länder tragen im Rahmen des Fiskalpaktes die Verantwortung für ihre Kommunen. Durch die Schuldenbremse werden die Länder in ihrer Konsolidierungspolitik vor deutlich größere Herausforderungen gestellt. Das hat selbstverständlich Auswirkungen auf die Infrastruktur. »Deshalb werden Bund und Länder unter Einbeziehung der Bund-Länder-Finanzbeziehung ein neues Bundesleistungsrecht erarbeiten und in Kraft setzen, dass die rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe in der bisherigen Form ablöst.«

Bisher haben wir gesagt, wir brauchen das Leistungsgesetz im SGB IX, um eine gute Struktur zu erreichen und das Gesetz zum Funktionieren zu bringen. Jetzt kriegen wir dieses Gesetz auf Grund der Voraussetzungen der Finanzknappheit. Da aber nicht mehr Geld zur Verfügung steht, ist jetzt die Neuausrichtung der Infrastruktur bei knapper Kassenlage zu schultern. Das PNG macht genau die Investitionen in die Infrastruktur nicht, zu einem Zeitpunkt, wo wir in die Infrastruktur investieren müssten. So erhalten in Nordrhein-Westfalen Kommunen, die unter Haushaltsaufsicht stehen, aus finanziellen Gründen keine Genehmigung Altenberichte zu erarbeiten. Wir brauchen aber die Altenberichte, um die Strukturplanung zu machen, um überhaupt zu wissen, an welcher Stelle liegen die Bedarfe. Es ist widersinnig, was da passiert. Wir dürfen gerade jetzt keine Schwächung der örtlichen Infrastruktur fördern und das Risiko privatisieren.

Selbstbestimmung und Selbstständigkeit brauchen Strukturen. Sie können nicht dadurch erzeugt werden, dass ich das Risiko privatisiere. Klaus Dörner hat aus diesem Grunde völlig zurecht den Wunsch nach Zugehörigkeit und den Wunsch nach Selbstbestimmung miteinander verknüpft. Denken aus der Orientierung der Inklusion ist eine Aufforderung an uns alle sowohl die Infrastruktur als auch Bedarf und Versorgung, als auch gesellschaftliche Ziele unter ethischen, wie ökonomischer und menschenrechtlicher Perspektive zu denken und zu planen.

VIII Orientierungspunkt (mutmaßlicher) Patientenwille in der rechtlichen Betreuung

Einleitung

Jörg Holke

In den letzten zehn Jahren hat sich die Gesamtzahl der rechtlichen Betreuungen fast verdoppelt. Parallel hat sich in der Fachwelt eine breite Diskussion um die Perspektiven der rechtlichen Betreuung und um die qualitativen Anforderungen an die rechtliche Betreuung entwickelt. Forciert worden ist diese Diskussion mit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Im Artikel 12 der UN-Konvention sind die Vorgaben für die Perspektiven rechtlicher Betreuung aus der Menschenrechtsperspektive abgesteckt. Menschen mit Behinderungen genießen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit und bei Maßnahmen, die die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffen, sind der Wille und die Präferenzen zu achten. Diese Maßnahmen – und damit ist nach einhelliger Fachmeinung auch der Einsatz rechtlicher Betreuer zu fassen – soll von möglichst kurzer Dauer sein und der regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen.

Der »Geist« des Betreuungsrechts stimmt mit dieser Vorgabe der Selbstbestimmung und der Orientierung an dem mutmaßlicher Willen weitestgehend überein. So ist im § 1901 angeführt, dass der Betreuer die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen hat, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört entsprechend auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

Annette Loer hat in ihrem Beitrag diesen »Geist« mit einer detaillierteren Analyse des Betreuungsrechts hinterlegt.

In der Diskussion um die Perspektiven der rechtlichen Betreuung und um den Handlungsbedarf, der sich aus der UN-Konvention ergibt, haben zwei Fragestellungen einen breiten Raum eingenommen. Die eine Fragestellung betrifft den Konflikt »Stellvertretung versus rechtliche Assistenz«. Im Einzelnen betrifft dies folgende Fragen:

- Wie viel Assistenz und unterstützte Entscheidungsfindung ist möglich und wie viel stellvertretendes Handeln ist (wirklich) nötig?
- Ist Stellvertretendes Handeln auch gegen den Willen bzw. ohne Zustimmung des Betreuten notwendig und
- wie ist das vereinbar mit der UN-Konvention?

In dem ersten Teil des letzten Beitrags »Perspektiven rechtlicher Betreuung psychischer Kranker« stehen diese Fragestellungen im Fokus.

Dieser und der Beitrag von Andreas Türpe greifen beide die zweite aktuelle Fragestellung – die nach dem Zusammenwirken von sozialer und rechtlicher Betreuung auf.

Im Mittelpunkt stehen hier die Fragen nach dem Vorrang der sozialen Betreuung im Sinne des Erforderlichkeitsgrundsatzes und des optimalen Zusammenwirkens sozialer und rechtlicher Betreuung.

Vertretungsbefugnis und Orientierung am Willen des Betreuten

Annette Loer

Vertretungsbefugnis

Gemäß § 1902 BGB hat der Betreuer die rechtliche Befugnis, den Betreuten in seinem Aufgabenkreis gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Damit hat der Betreuer durch seine Bestellung für bestimmte Aufgabenkreise eine rechtliche Befugnis, für den Betroffenen Entscheidungen zu treffen und rechtswirksame Erklärungen für diesen abzugeben oder entgegenzunehmen. Diese Befugnis des Betreuers ändert nichts an den Rechten des Betreuten. Durch die Betreuerbestellung werden die Rechte des Betreuten nicht eingeschränkt. Er ist weiterhin einwilligungs- und geschäftsfähig, es sei denn, er ist bereits aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage, wirksame Willenserklärungen abzugeben, § 104 f BGB. Nur wenn zusätzlich gemäß § 1903 BGB ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet ist, wird die Erklärung des Betreuten in diesem Aufgabenkreis erst mit der Einwilligung des Betreuers wirksam.

Für den Bereich der medizinischen Maßnahmen heißt das zum Beispiel: Auch wenn für den Bereich der Gesundheitsfürsorge eine rechtliche Betreuung besteht, hat der behandelnde Arzt zunächst den Patienten aufzuklären und sich einen eigenen Eindruck von dessen Einwilligungsfähigkeit zu verschaffen. Ist der Patient in der Lage, das Für und Wider der indizierten Maßnahme zu erkennen und eine eigene Entscheidung zu treffen – wobei ihn der Betreuer durchaus beraten und unterstützen kann – so hat alleine er die Einwilligung zu erteilen oder abzulehnen. Die zusätzliche Zustimmung des Betreuers ist dann nicht erforderlich. Nur wenn der behandelnde Arzt feststellt, dass der Patient nicht selber einwilligungsfähig ist, hat an dessen Stelle der Betreuer für den Betreuten die Erklärung abzugeben. Dies ist nicht nur eine rechtliche Frage. Es sollte stets darauf hingewirkt werden, dass auch Betreute als Patienten ernst genommen werden, dass mit *ihnen* und nicht nur mit dem Betreuer gesprochen wird. Betreuer haben darauf zu achten, dass sie nicht anstelle ihrer Betreuten über Einwilligungen entscheiden, soweit jene es selber können. Rechtlich betreute Patienten haben ein Recht auf eine ihnen angemessene Aufklärung – auch wenn dies zeitaufwendiger ist.

Inhalt der Befugnis

Gemäß § 1901 Abs.1 BGB umfasst die Befugnis alle Tätigkeiten, die *erforderlich* sind, um die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe der folgenden Vorschriften rechtlich zu besorgen. Der Betreuer darf also von seiner Vertretungsbefugnis nur dann Gebrauch machen, wenn es erforderlich ist. Das »*rechtliche Können*«, d. h. die Vertretungsbefugnis gegenüber Dritten, ist im Innenverhältnis durch das »*rechtliche Dürfen*« beschränkt. In allen Bereichen ist stets zu fragen, ob nicht trotz bestehender

Betreuung der Betroffene selber in der Lage ist, seine Angelegenheiten zu regeln oder Entscheidungen zu treffen. Der Erforderlichkeitsgrundsatz gilt also nicht nur bei der Frage, ob die Bestellung eines rechtlichen Betreuers erforderlich ist, sondern auch bei jedem Betreuerhandeln im Rahmen einer bestehenden Betreuung.

Orientierung am Willen des Betreuten

Nach Abs. 2 hat der Betreuer die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach *seinen* Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Nach Abs. 3 hat der Betreuer den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit es dessen Wohl nicht zuwiderläuft. Der Maßstab des Betreuerhandelns ist also nicht das objektive Wohl des Betreuten und schon gar nicht Interessen Dritter oder der Allgemeinheit, sondern allein die Wünsche des Betreuten und dessen subjektives Wohl. Das rechtliche Können und Dürfen ist also inhaltlich durch den Willen des Betreuten begrenzt.

Im Patientenverfügungsgesetz wird diese Aufgabe – wenn der Patient nicht mehr selber entscheidungsfähig ist – wie folgt konkretisiert:

§ 1901 b Abs.1 BGB: Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901 a zu treffende Entscheidung.

Abs.2: Bei Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901 a Abs.2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerungen möglich ist.

Der Betreuer hat also bei der Frage, ob er anstelle des nicht einwilligungsfähigen Betreuten einer Behandlung zustimmt oder sie ablehnt allein so zu entscheiden, wie der Betroffene selber in dieser Situation – vermutlich – entschieden hätte. Dieser Grundsatz gilt auch bei Nichtdurchführung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen wie aber auch bei der Behandlung akuter psychiatrischer Erkrankungen oder Symptome gegen den natürlichen Willen des Betroffenen. Der Betreuer hat also auch in Situationen, in denen eine Behandlung medizinisch indiziert ist und der Betroffene durch das Unterlassen der Behandlung gefährdet wäre, so zu entscheiden, wie es der Betreute selber tun würde, wenn er aktuell in der Lage wäre, einen freien Willen zu bilden. Es geht also nicht allein darum, gesundheitliche Gefährdungen zu vermeiden, sondern darum, den Anspruch des Patienten auf eine von ihm »eigentlich« gewünschte Behandlung zu realisieren. Deswegen ist es so wichtig, dass Betreuer und Betreute sich »in guten Zeiten« über die Behandlungswünsche des Betreuten austauschen, damit der Betreuer seiner Aufgabe im Ernstfall auch richtig nachkommen kann. Zu empfehlen ist die Erarbeitung einer Patientenverfügung.

Assistenz vor Vertretung

Das Subsidiaritätsprinzip durchzieht das gesamte Betreuungsrecht. Die Nachrangigkeit der Betreuerbestellung gegenüber anderen Hilfen, wie er zunächst in § 1896 Abs.3 BGB als Erforderlichkeitsgrundsatz normiert ist, gilt auch bei der Ausübung der Betreuung bei jeder einzelnen Tätigkeit oder zu regelnden Angelegenheit. Was den rechtlichen Betreuer gegenüber den anderen Hilfen auszeichnet, ist seine Vertretungsbefugnis. Von ihr darf er aber nur Gebrauch machen, wenn es erforderlich ist. Ansonsten hat er sich auf die Assistenz zu beschränken. Auch für den Betreuer gilt der Grundsatz: So wenig Vertretung wie möglich, so viel Vertretung wie nötig. Vorrangig ist die Assistenz.

Zusammenwirken sozialer und rechtlicher Betreuung

Andreas Türpe

Um sich der Frage des Zusammenwirkens sozialer und rechtlicher Bedeutung zu nähern, muss man zunächst bei den Begrifflichkeiten ansetzen:

Was heißt eigentlich Betreuung?

Zum Begriff der »Betreuung« findet sich bei Wikipedia folgendes:

Der Begriff Betreuung (sich um jemanden kümmern, jemanden unterstützen) umfasst eine Fülle an Sozial- und Dienstleistungen:

Im *rechtlichen* Sinne umfasst der Begriff Betreuung:

- in Deutschland als rechtliche Vertretung Volljähriger nach §§ 1896 ff. BGB, siehe Betreuung (Recht)
- in Österreich: Sachwalterschaft
- in der Schweiz: Sachwalter

Darüber hinaus gibt es folgende *Betreuungsformen*:

- Kinderbetreuung und Kindertagesbetreuung
- ... § 71 JGG »der Betreuung und Aufsicht einer bestimmten Person (Betreuungshelfer)« ..., siehe aber auch § 30 des SGB VIII als Hilfe zur Erziehung (Betreuungshelfer)
- Betreuung von alten oder behinderten Menschen, im Sinne von Fürsorge
- ... Betreuung im Studium ...
- Betreuung einer wissenschaftlichen Arbeit ...
- Psychosoziale Betreuung, beispielsweise im Rahmen einer Soziotherapie oder Betreuten Wohnen
- sozialpsychiatrischer Dienst der Landkreise und Städte
- die Betreuung von Menschen im Rahmen des Katastrophenschutzes ...
- ... Truppenbetreuung
- Betreuung von Tieren, Anlagen, etc. im Sinne von Beaufsichtigung, siehe auch Aufsicht

Ganz aktuell: Das Betreuungsgeld!

Die Unterscheidung zwischen rechtlicher Betreuung und sonstiger Betreuung findet sich also bereits in der – vermutlich – am häufigsten genutzten Online-Enzyklopädie wieder.

Wir reden hier und heute über das Zusammenwirken zwischen rechtlicher und sozialer Betreuung, wobei die soziale Betreuung verschiedene Facetten aufweist, und ungleich komplexer ist als der Begriff der rechtlichen Betreuung (als Vertretung des Betroffenen in Rechtsangelegenheiten).

Der Begriff der sozialen Betreuung

Soziale Betreuung lässt sich schwer klar begrifflich definieren. Dies wird an folgendem Beispiel deutlich: Berufsbetreuer vermitteln und beantragen Sozialleistungen – rechtliche oder soziale Betreuung? Antrag auf Sozialleistungen bspw. dürfte rechtliche und soziale Komponenten haben. Jedenfalls kann man eines sagen: Der Betreuer *kümmert sich* um die Interessen des Betroffenen.

Ist ein Übergang von der rechtlichen zur sozialen Betreuung möglich?

Ein Übergang ist nur möglich, wenn auf »rechtliche Betreuung«, d.h. die Vertretung in Rechtsangelegenheiten, verzichtet werden kann. Ein solcher Verzicht dürfte nicht möglich sein, weil im Alltag eine Vielzahl von rechtlichen Angelegenheiten bewältigt werden muss – durch den betroffenen Menschen selber oder seinen Vertreter (Betreuer bzw. Bevollmächtigter).

Deshalb dürfte ein Übergang nicht möglich, sondern ein Nebeneinander von rechtlicher und sozialer Betreuung notwendig sein.

Ist ein neuer Betreuungsbegriff erforderlich? Erforderlich ist er vielleicht nicht, aber eine stärkere Differenzierung der Begrifflichkeiten würde helfen, falsche Vorstellungen gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Stärkere soziale Ausgestaltung der Betreuung bei Beibehaltung der rechtlichen Betreuung?

Eine Stärkung bzw. bessere Organisation der sozialen Betreuung ist angesichts des demographischen Wandels und der Zunahme psychischer und Suchterkrankungen dringend erforderlich. Die soziale Betreuung ist es in erster Linie, die den Betroffenen unmittelbar in seiner Lebensgestaltung berührt.

Veränderung der Lebenswirklichkeit erfordert gesetzgeberisches Handeln. Die jetzige Justizzentrierung des Betreuungsverfahrens dürfte dem Bedarf der betroffenen Menschen – der sich insbesondere auf Hilfestellung und Assistenz in alltäglichen Dingen richtet – nicht mehr gerecht werden.

Zum Zusammenwirken von rechtlicher und sozialer Betreuung

Fraglich ist zunächst, ob es ein solches Zusammenwirken überhaupt geben kann. Nach der Systematik der rechtlichen Betreuung gibt es eine klare Abgrenzung: Die (rechtliche) Betreuung ist nicht erforderlich, wenn die Angelegenheiten des Volljährigen durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können (§ 1896 Abs. 2 BGB).

Zu den anderen Hilfen ist im Kommentar zum BGB von Palandt folgendes zu lesen:

»Als solche kommen die Familien, Nachbarn und Bekannte in Betracht, vor allem aber die zur Hilfestellung gesetzlich verpflichteten Behörden wie das psychiatrische Krankenhaus für die ärztliche Behandlung der Anlasskrankheit..., das Sozialamt in Wohnungsangelegenheiten oder das Ordnungsamt bei der Entmüllung; ferner die sozialen Dienste oder das Heimpersonal... Ebenso ist es nicht Aufgabe der Krankenhaussozialdienste, eine Betreuung anzuregen, sondern bestimmte Angelegenheiten für den Betroffenen selber zu regeln. ... Eine Betreuung für Sozialhilfeangelegenheiten scheidet von vornherein aus, weil das Sozialamt von Amts wegen ermitteln muss...« (PALANDT/DIEDERICHSEN, BGB, 71. Auflage 2012, § 1896 Rn. 12).

Der sogenannte Erforderlichkeitsgrundsatz spricht also auf den ersten Blick nicht für ein Zusammenwirken, sondern für eine klare Abgrenzung. Allerdings kann die Organisation faktischer Hilfen durchaus eine rechtliche Betreuung erfordern (Beantragung von Leistungen etc.). Deshalb sollte m. E. eher von einer Subsidiarität der rechtlichen Betreuung gesprochen werden.

Die rechtliche Betreuung sollte – auch vor dem Hintergrund der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention – auf das notwendige Maß beschränkt bleiben bzw. werden.

Unterstützungsbedarf bei Beantragung von Sozialleistungen, Organisation von Hilfsmitteln (Rollstuhl, Pflegebett, Essen auf Rädern etc.) sollte nicht von einem rechtlichen Betreuer gedeckt werden müssen, sondern von den dafür staatlich vorgesehenen Stellen (z.B. gemeinsame Servicestellen nach §§ 22 ff. SGB IX).

Die Leistungen für Menschen mit Betreuungsbedarf sollten zentral in einem Gesetz zusammengefasst werden, um die derzeitige Unübersichtlichkeit des Sozialrechts zu beseitigen (Vorschlag eines Erwachsenenhilfegesetzes).

Menschen mit Betreuungsbedarf sollten *einen zentralen* Ansprechpartner haben, der sich um ihre Belange kümmert – dies sollte in erster Linie *nicht* der rechtliche Betreuer als gesetzlicher Vertreter sein. Dem (mutmaßlichen) Willen der Betroffenen wird dann am besten Rechnung getragen, wenn er selber – ggfls. mit Assistenz – handeln kann und nicht auf einen Stellvertreter angewiesen ist.

Das Impulsreferat gibt die private Meinung des Vortragenden wieder.

Perspektiven rechtlicher Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Jörg Holke

Die aktuelle Diskussion um die Perspektiven rechtlicher Betreuung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen wird von zwei zentralen Problemstellungen bestimmt.

So heißt es in der gemeinsamen Stellungnahme des Kontaktgesprächs der sozial-psychiatrischen Fachverbände:

Durch das Betreuungsrecht wurde der alte Vormundschaftsgedanke durch den Grundgedanken der Assistenz ersetzt. Im Alltag der Betreuung ist dieser Assistenzgedanke vielfach noch nicht durchgesetzt. Immer wieder gibt es Fälle, in denen die Suche nach dem Willen und dem Interesse des betreuten Menschen nicht mit der gebotenen Sorgfalt stattfindet. Auch das vom Gesetzgeber eingeführte Prinzip, dass vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung alle Möglichkeiten von anderen Formen von sozialer Unterstützung ausgeschöpft sein sollen, wird nicht überall umgesetzt. Das Verhältnis von fachlicher sozialer Unterstützung und rechtlicher Betreuung ist im Leistungssystem Deutschlands nicht zureichend geklärt.

Damit ist die Kritik an der fehlenden Umsetzung des Assistenzgedanken formuliert, aber auch die Frage nach der Legitimation des stellvertretenden Handelns unter der Handlungsmaxime der Orientierung an dem mutmaßlichen Willen aufgeworfen. Benannt ist auch eine zweite Problemstellung, in wieweit der Erforderlichkeitsgrundsatz bzw. der Grundsatz »Vorrang sozialer Hilfen« die Betreuungspraxis bestimmt.

Stellvertretendes Handeln und Assistenz

Wie Frau Loer in ihrem Beitrag ausgeführt hat, gilt für den Betreuer der Grundsatz: So wenig Vertretung wie möglich, so viel Vertretung wie nötig und vorrangig ist immer die Assistenz.

In der rechtlichen Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bestimmt sich die Umsetzung dieses Grundsatzes vom Verständnis der psychischen Erkrankung her:

- Einschränkung elementarer und grundlegender sozialer Fähigkeiten (Denken, Mobilität, Kommunikation ...).
- In Akutphasen und bei schweren chronischen Verläufen Einschränkungen der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit.
- Durch Akutversorgung und rehabilitative Leistungen werden diese Einschränkungen verbessert bzw. wiederhergestellt in einem bestimmten Zeitraum.
- Ein Teil der psychischen Erkrankungen zeichnen sich durch einen diskontinuierlichen Krankheits- und Heilungsverlaufes aus.

Zur Verdeutlichung der Einschränkungen der Handlungsfähigkeit seien hier beispielhaft Symptome spezifischer Krankheiten (in Anlehnung an den ICD 10) angeführt:

- *Demenz:*
Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns, Störung vieler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen
- *Schwere depressive Episode*
gedrückten Stimmung und starke Verminderung von Antrieb, Aktivität, Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit, Schlafstörungen, Beeinträchtigung Selbstwertgefühl.
- *Schizophrene Störungen*
grundlegende Störungen von Denken und Wahrnehmung, inadäquate oder verflachte Affekte Phänomene: Gedankenlautwerden, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Stimmen hören, Denkstörungen.

In diesem Grundverständnis von psychischer Erkrankung und in der Kenntnis der Erscheinungsformen begründet sich die Grundhaltung, dass in bestimmten Phasen ein stellvertretendes Handeln notwendig ist, zeitlich begrenzt und gut dokumentiert. Das stellvertretende Handeln muss sich an der UN-Konvention und dem Geist des Betreuungsrechts orientieren und den (mutmaßlichen) Willen des Betreuten in den Mittelpunkt des stellvertretenden Handelns stellen. Diese Orientierung am Patientenwillen und die Ermittlung des Patientenwillens in akuten Krisen ist nur in einem gemeinsamen Handeln von sozialer und rechtlicher Betreuung umsetzbar.

Zusammenwirken sozialer und rechtlicher Betreuung

Nur wenn rechtliche Betreuung und medizinische, soziale und arbeitsfördernde Hilfen als integrierte Leistungserbringung erfolgen, ist der von Annette Loer formulierte Grundsatz für die Vertretungsbefugnis und den Vorrang sozialer Assistenz zu verwirklichen. Der rechtlichen Betreuung kommt dabei die Wächterfunktion und Auftragskoordination für medizinische, soziale und arbeitsfördernde Hilfen zu.

Die notwendige Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten, ist ein komplexer Prozess, da

- Unterstützungsbedarfe sich nicht aus der Diagnose oder ICF (Einschätzung Ressourcen/ Beeinträchtigungen) ergeben,
- Unterstützungsbedarfe individuell unterschiedlich sind,
- der/die sozialpsychiatrische Hilfeplanerin *und auch die rechtliche Betreuung (in Bezug auf Auftragskoordination)* in der Regel insofern auch nicht wissen, was für den Menschen mit einer psychischen Erkrankung die geeignete soziale Unterstützung ist,
- in der Regel die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs ein Aushandlungsprozess unter Berücksichtigung der Auswirkungen der psychischen Erkrankung ist.

Dieser letztgenannte Aushandlungsprozess ist in seiner Durchführung durch die Auswirkungen der jeweiligen psychischen Erkrankung bestimmt:

- Manche Patienten/Klienten sehen sich nicht als krank an.
- Andere sehen sich als hoffnungslosen Fall (»mir kann man nicht mehr helfen«).
- Manche trauen sich mehr zu, als sie umsetzen können /andere trauen sich weniger zu, als sie umsetzen können.
- Manche lehnen jegliche Einmischung ab/manche wollen, dass andere ihre Probleme lösen.
- Manche wissen oft nicht, was sie wollen oder wissen nur, was sie nicht wollen.
- Willensbekundungen sind wechselhaft.
- Es erfolgen verbale und non-verbale Mitteilungen.

In akuten Krankheitsphasen ist je nach Schweregrad und Ausprägung die Handlungsfähigkeit (Einsicht, Entscheidung und Umsetzung) mehr oder weniger stark eingeschränkt. Bei starken Einschränkungen ist in diesen Phasen und bei Schutzbedarf (Wohnraumverlust, monetäre Schädigung: Überschuldung, notwendige Mittel für Lebensunterhalt, erhebliche Gefahr der Gesundheit) die stellvertretende Ausführung des (mutmaßlichen) Willen partiell notwendig, in Kombination mit rechtlicher Assistenz.

Die Einsetzung einer rechtlichen Betreuung ist notwendig. Bei schweren chronischen Verläufen überwiegen diese Phasen. Unter Umständen ist es nicht vermeidbar, auch gegen den Willen bzw. ohne geäußerte Zustimmung bei akuter Krise (Abwägung höheres Gut) handeln zu müssen. Parallel sind medizinische, berufliche und soziale Hilfeleistungen angezeigt. Bei länger andauernden Krankheiten mit Teilhabe einschränkungen (aber Heilungsprognose) können in der Rehabilitationsphase erneute akute Krankheitsphasen vorkommen mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit und bei starker Ausprägung ist eine stellvertretende Ausführung des mutmaßlichen Willens erforderlich. Die Betreuungsfortsetzung bzw. -einsetzung und die parallel soziale Betreuung ist angezeigt.

Ist die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit nur in wenigen und zeitlich eng begrenzten Phasen eingeschränkt, reichen eine befristete Bevollmächtigung für Einzelangelegenheit und soziale Hilfen aus. In dem überwiegenden Teil der Rehabilitation und Wiedererlangung von Teilhabe ist die Handlungsfähigkeit kaum bis gar nicht eingeschränkt. Hier wird nur soziale bzw. medizinische Betreuung und Hilfeleistung zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung durch soziale Dienstleister benötigt.

Als immanente Probleme in der Umsetzung haben sich in der Vergangenheit die Unübersichtlichkeit der Hilfeangebote und die zum Teil diffuse Zuständigkeitsverteilung im gegliederten System gezeigt. Zudem waren die Hilfen oft einrichtungsorientiert und nicht personenzentriert ausgerichtet.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat in der Folge das Konzept des »Personenzentrierten Ansatzes« unter Einbezug einer Expertenkommission entwickelt und in Implementationsprojekten in über 50 Modellregionen erprobt. Die wesentlichen Inhalte des Konzeptes sind:

- Bedarfsermittlung und Planung der Hilfen *gemeinsam mit den Betroffenen* als Aushandlungsprozess
- Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung als Verfahren (IBRP oder vergleichbare Verfahren)
- Festlegung einer koordinierenden Bezugsperson
- Hilfeplankonferenz (HPK) mit Leistungserbringern/Leistungsträgern und wenn gewollt mit Klient/in zur Festlegung von Leistungen und Umsetzung
- Die HPK sichert durch Transparenz und gegenseitige Kontrolle Qualität
- Leistungskoordination durch die koordinierende Bezugsperson

Entscheidend ist in Bezug auf das optimale Zusammenwirken der sozialen und rechtlichen Betreuung die Einbeziehung der rechtlichen Betreuer in die Hilfeplanung, die Abstimmung mit der rechtlichen Betreuungsplanung und die Wächterfunktion bzw. die Beauftragungskoordination der rechtlichen Betreuer.

Die Erfahrung in der Umsetzung in den Projektregionen hat gezeigt, dass so ein optimales Zusammenwirken von rechtlicher und sozialer Betreuung erreichbar ist, die Orientierung am Willen des Betreuten gewährleistet und stellvertretendes Handeln im Sinne der UN-Konvention integriert werden kann.

Verzeichnis der Autoren und Autorinnen

Dr. Valentin AICHELE, Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin

Dr. Sigrid ARNADE, Geschäftsführerin, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. – ISL, Berlin

Dieter BASENER, 53° NORD Agentur und Verlag, Elbe-Werkstätten GmbH, Hamburg

Prof. Dr. Thomas BOCK, Dipl. Psych, Autor, Leiter einer Spezialambulanz in der Uniklinik Hamburg-Eppendorf (UKE), mit Dorothea Buck Mitbegründer des Trialogs, Hamburg

Dr. Isabel BÖGE, Leitende Oberärztin der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Weissenau, ZiP Südwürttemberg, Ravensburg

Dr. Raoul BORBÉ, Oberarzt, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg –Versorgungsforschung, Abteilung Allgemeinpsychiatrie Weissenau, Universitätsklinikum Ulm, Ravensburg

Dr. Martin BÜHRIG, Klinikdirektor des Psychiatrischen Behandlungszentrums Bremen Nord, Kliniken Bremen Nord

Jurand DASZKOWSKI, Mitglied im geschäftsführenden Vorstand, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE), Hamburg

Prof. Dr. Jörg Michael FEGERT, Ärztlicher Direktor; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dietmar GEISSLER, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), Hamburg

Dr. h. c. Jürgen GOHDE, Vorstandsvorsitzender, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Nils GREVE, Vorsitzender, Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V.

Prof. Dr. Petra GROMANN, Professorin, Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Fulda

Prof. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte; stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Wilfried JACOBS, Geschäftsführer, Institut für patientenorientierte Versorgungsablaufforschung (IPOV), zuvor Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, Neuss

Leonore JULIUS, Geschäftsführerin, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK), Mainz

Dr. jur. Heinz KAMMEIER, Lehrbeauftragter für »Recht im Gesundheitswesen« an der Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Münster

Prof. Dr. Norbert KONRAD, Institut für Forensische Psychiatrie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Justizvollzugskrankenhauses Berlin

Dr. med. Jose Marie KOUSSEMOU, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Heidenheim

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Ehem. Ärztlicher Direktor Bremen; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ehem. Ärztlicher Direktor Kassel; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Gerd KÜNZEL, Ehem. Abteilungsleiter Soziales und Familie, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, Potsdam

Klaus LAUPICHLER, Psychiatrieerfahrener, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg, Herbrechtingen

Dr. phil. h. c. Peter LEHMANN, Verleger, Autor, Dipl.-Sozialpädagoge, bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, Berlin

Beate LISOFKY, Pressesprecherin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK), Bonn/Berlin

Annette LOER, Betreuungsrichterin, Amtsgericht Hannover; Vorstandsmitglied Betreuungsgeschichtstag e. V., Hannover

Manfred LUCHA, MdL, Mitglied des Landtags von Baden-Württemberg und Vorsitzender des Arbeitskreises VII Soziales der Fraktion Bündnis 90/Die GRÜNEN, Vorstandsmitglied BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände, Wangen – Landkreis Ravensburg

Ulrike MASCHER, Präsidentin, Sozialverband VdK Deutschland e. V., Bonn

Dr. Klaus OBERT, Bereichsleitung Sucht und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband für Stuttgart e. V.

Margret OSTERFELD, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie-erfahrene, Dortmund

Prof. emer. Dr. Reinhard PEUKERT, Wiesbaden, Professor emer. der Hochschule Rhein-Main; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Andreas RENNER, Referent Selbsthilfeförderung, Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) e. V., Düsseldorf

Matthias ROSEMAN, Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin; Vorsitzender der BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Gudrun SCHLIEBENER, Vorsitzende, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Herford

Regina SCHMIDT-ZADEL, ehem. MdB, Ratingen, stellv. Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Wiebke SCHNEIDER, Geschäftsführerin und Suchtreferentin, Guttempler in Deutschland, Hamburg

Arnold SCHWEDEN, Leiter der Eingliederungshilfen für Menschen mit psychischer Behinderung oder Suchterkrankung, Gangelter Einrichtungen Maria Hilf, Gangelte

Andreas TÜRPE, Referatsleiter im Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat II 6, Düsseldorf

Jörg UTSCHAKOWSKI, Geschäftsführer, F.O.K.U.S. - Initiative zur Sozialen Rehabilitation e. V. Ex/IN-Ausbilder, Bremen

Heike VON LÜTZAU-HOHLBEIN, Vorsitzende, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz, Berlin

Annette WIDMANN-MAUZ, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Peter WEIß, MdB, Mitglied des Bundestags, Emmendingen-Lahr, CDU/CDU-Fraktion; Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Reinhard WIESNER, Ministerialrat a. D., Honorarprofessor an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften u. Psychologie, Berlin

Stefan WÖHRMANN, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung, Verband der Ersatzkassen e. V. Berlin.

Dr. phil. Michael WUNDER, Dipl. Psych. und Psychologischer Psychotherapeut, Leiter des Beratungszentrum der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, Mitglied des Deutschen Ethikrats, Hamburg

Dr. Martin ZINKLER, Chefarzt, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Heidenheim

Wolfgang ZÖLLER, MdB, CDU/CSU-Fraktion; Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- 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
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- 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* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
vergriffen Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 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 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- nicht* **Regionalkonferenzen über den Bericht**
dokumentiert »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 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck** »Personalbemessung im komplementären Bereich –
vergriffen vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Band 22** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
vergriffen gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. 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 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 28** »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 29** »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 30** »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 31** »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin

- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 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 34** »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 35** »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 36** »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18./19.06.2009 in Berlin
- Band 37** Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern
und Jugendlichen braucht Hilfe!«
Tagung am 8./9. November 2010 in Kassel
- Band 38** Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum
Festakt am 17. Oktober 2011 und
Fachtag am 18. Oktober 2011 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter:
www.apk-ev.de
