

Zur Abgrenzung von gesetzlicher Betreuung und Leistungserbringung

Dieter Schax

Ich leite in Mönchengladbach den Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker, ein typischer, im Rheinland sagt man, SPZ-Träger.

SPZ ist die Abkürzung für Sozialpsychiatrisches Zentrum. Die wurden vom Landschaftsverband Rheinland im Rahmen der Enthospitalisierungs- und Ambulanzisierungsvorhaben entwickelt. Im Rheinland wurde dieses Konzept Sozialpsychiatrisches Zentrum mit der niedrighschwelligigen Basis einer Kontakt- und Beratungsstelle und begleitenden pädagogisch-betreuenden therapeutischen Diensten wie Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit sowie Wohnheimen etc. konzipiert. Von daher gibt es im Rheinland im Prinzip flächendeckend ähnliche Träger wie unseren Verein. Viele haben sich in den vergangenen zehn Jahren zu mittelständigen sozialen Unternehmen entwickelt und sind dabei stark gewachsen.

Ich persönlich habe in den 80er Jahren Sozialarbeit studiert, dann ca. 20 Jahre in verschiedenen Segmenten der Basisversorgung psychisch kranker Menschen gearbeitet, vor 10 Jahren die Geschäftsführung unseres Vereins übernommen und habe mich durch einen Studiengang Sozialmanagement weiterqualifiziert. Das Thema, was wir heute besprechen ist hoch komplex, gerade wenn man es aus dem Blickwinkel der Abgrenzung sieht und das war für heute mein Auftrag.

Ich habe mich in erster Linie mit der Frage beschäftigt, an welchen Stellen die gesetzliche Betreuung und die Gemeindepsychiatrie zusammengehen können, wo es Schnittmengen und Schnittstellen gibt. Daraus lassen sich dann im Folgenden Kriterien für die Abgrenzung und eine gute Zusammenarbeit der beiden Bereiche benennen. Ich beginne in der ersten Folie mit den formalrechtlichen Aspekten und werde dann die verschiedenen Rechtskreise darstellen. Für sehr wichtig halte ich natürlich den Aspekt Kooperation.

Voranstellen möchte ich ein Zitat von Wolf Crefeld, was meiner Meinung nach an vielen Stellen immer noch die Haltung der Gemeindepsychiatrie widerspiegelt, die ich durchaus auch selbstkritisch wahrnehme:

»Betreuung ist für die Gemeindepsychiatrie ein fremdes Rechtssystem, dessen man sich notgedrungen bedient, wenn man mit seinem Latein am Ende ist und eine Betreuung anregt, weil der Klient nicht kooperativ ist oder die begründete Sorge besteht, dass er nach seiner Entlassung niemanden hat, der sich um ihn kümmert«.

Die formalrechtlichen Aspekte sollen quasi in das Thema einführen und einen Handlungsrahmen darlegen, der so etwas wie einen roten Faden bilden soll, wenn es um Kooperation und Abgrenzung geht. So klar und einleuchtend diese Gegenüberstellung auch zunächst erscheint, so wissen wir doch, dass es im Einzelfall nicht immer einfach ist, ein entsprechendes Kriterium herauszufiltern.

Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschieden, die einzelnen Rechtskreise gesondert zu betrachten. Hierdurch soll das Thema auf die operative Ebene

bezogen werden, was vielleicht die eine oder andere Hilfestellung in der Praxis ermöglicht.

Formalrechtliche Aspekte

Tab. 1

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Volljährige, die aufgrund von Erkrankungen oder Behinderungen ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (BGB § 1896)	Menschen mit einer (drohenden) Behinderung haben ein Anrecht auf Teilhabeleistungen nach SGB IX
Es geht immer um die rechtliche Handlungsfähigkeit	Es geht um sozialrechtliche Ansprüche
GB kann Teilhabeleistungen bei fehlender Geschäftsfähigkeit organisieren	Durch Teilhabeleistung kann evtl. GB verhindert werden (Subsidiarität und Nachrangigkeit)
<u>GB dient zur Wiederherstellung der rechtlichen Handlungsfähigkeit:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Teilhabeziel - Förderung der Selbstbestimmung - Keine eigene Teilhabeleistung (Entscheidung des BSG) 	LE dient der Integration und Teilhabe in/an der Gesellschaft und der Förderung des Selbstbestimmungsrechts
GB ist eine im Zivilrecht verankerte Aufgabe	LE ergibt sich aus sozialrechtlichen Verpflichtungen

Bevor ich nun folgend die einzelnen Rechtskreise darstellen werde, möchte ich zunächst die unterschiedlichen Rollen näher betrachten. Der bereits erwähnte Wolf Crefeld und andere unterscheiden zwischen einem Auftragsmanagement auf Seiten der gesetzlichen Betreuung und einem Leistungsmanagement auf Seiten der Leistungserbringer (Tab. 2).

Diese Gegenüberstellung erscheint auf den ersten Blick klar und nachvollziehbar, aber hier steckt der Teufel im Detail. Es sind weniger die konkreten Tätigkeiten sondern die Haltung, die die Zusammenarbeit verkompliziert. Zum Auftragsmanagement gehört eindeutig auch die Kontrolle. Nicht aus Willkür oder Spitzfindigkeit, sondern – und hier muss noch einmal Bezug auf die formalrechtlichen Aspekte genommen werden – im Auftrag des betreuten Menschen, als sein Vertreter. Das hat etwas mit Verbraucherschutz zu tun, geht aber sicher noch darüber hinaus. In der Praxis ist vielen Betreuern gar nicht bewusst, welche Rolle sie hier innehaben und vor allem, wie sie diese umsetzen.

Das Selbstverständnis der Gemeindepsychiatrie erlebt aber häufig eine Krise, wenn Kontrolle angesagt ist. Gerade die Bereitschaft, sich durch die Nutzer/innen (geschweige denn von ihren gesetzlichen Vertretern) »kontrollieren« zu lassen, ist nicht sehr ausgeprägt. Von daher kommt es bei der Abgrenzung von Auftrags- und Leistungsmanagement zu gravierenden Verstörungen, denen nur dadurch abzu-

Tab. 2

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Auftragsmanagement <ul style="list-style-type: none">– Sicherung der Lebensgrundlage– Organisation von Leistungen– Beauftragung und Kontrolle von LE– Interessenvertretung der Betreuten– Verbraucherschutz	Leistungsmanagement <ul style="list-style-type: none">– Erbringen von Leistungen– Fallsteuerung/Fallkoordination– Begleitung im Lebensalltag– praktische Hilfen– psychosoziale Beratung

Kooperation und gegenseitige Akzeptanz

helfen sein wird, dass mehr gegenseitige Akzeptanz für die Rolle und die Aufgaben des Anderen entwickelt wird.

Es mag nun verwundern, dass die Fallsteuerung/Fallkoordination auf der Seite Leistungserbringung zu finden ist. Aber bei der gemeindepsychiatrischen Versorgung geht es immer um die Koordinierung und Steuerung der verschiedenen Hilfen und Leistungsbereiche inklusive der dazu notwendigen Kommunikation. Dieses ist originäre Aufgabe im Rahmen der Leistungserbringung, also der Versorgung psychisch kranker Menschen. Ein inhaltliches Konstrukt dazu finden wir in der Beschreibung der Koordinierenden Bezugsperson wie sie die BAG der Gemeindepsychiatrischen Verbände entwickelt hat.¹ Unter Bezug auf dieses Konstrukt hat Fallsteuerung nichts mit der oben geschilderten Kontrollfunktion zu tun.

Die nächsten Abschnitte sind nach den verschiedenen Aufgabengebieten im Rahmen gesetzlicher Betreuung geordnet:

- Vermögenssorge,
- Wohnungsangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung und
- Gesundheitsfürsorge

Zu einzelnen Punkten der Gegenüberstellungen auf den Folien finden sich Erläuterungen, einige andere erklären sich selbst und bedürfen keiner näheren Betrachtung.

¹ Ergänzend im Anhang »Fallsteuerung«

Vermögenssorge

Tab. 3

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Sicherstellung der wirtschaftlichen Situation und des Lebensunterhalts	Geldeinteilung im Auftrag des Betreuten/Betreuers (Urteil des BGH aus 2010)
Regulierung der laufenden Kosten	Unterstützung und Training bei der Haushaltsplanung
Verwaltung von Sparguthaben und Geldanlagen	Unterstützung beim verantwortlichem Umgang mit Geld
Sicherung von Einkommen und Vermögen	Gemeinsame Einkäufe von Lebensmittels u. ä.
Geltendmachung von Einkommensansprüchen	
Verwaltung von Immobilien, Betrieben etc.	
Regelung von Schulden	
Beauftragung von LE zur Geldeinteilung	

Zur Vermögenssorge gibt es ein Gerichtsurteil des Bundesgerichtshof aus dem Jahr 2010, zur leidigen Frage, ob der gesetzliche Betreuer z. B. ein Wohnheim beauftragen kann, das Taschengeld einzuteilen. Die Rechtsprechung sagt, es gehört nicht zum Aufgabenkreis der gesetzlichen Betreuung und es sei legitim, die Leistungserbringer zu beauftragen. Das wird sicher nicht in jedem Fall unwidersprochen entgegengenommen, kann aber dennoch zur Klarstellung hilfreich sein.

Anzumerken ist auf jeden Fall, das durch die Rechtsprechung zu dieser Thematik auf beiden Seiten Rechte und Pflichten entstehen, die nicht zu unterschätzen sind. Die Leistungserbringer müssen für diese Aufgabe entsprechende Vorkehrungen im Rahmen ihrer Infrastruktur treffen (separates Konto, Wegezeiten, Aufbewahrung ...), die Betreuer müssen sicherstellen, dass Zahlungen pünktlich erfolgen und die Gelder auch zeitnah zur Verfügung stehen.

Die anderen Punkte auf dieser Folie sprechen eigentlich für sich und bedürfen keiner weiteren Erläuterung.

Wohnungsangelegenheiten

Auch bei den Wohnungsangelegenheiten (Tab. 4) erklären sich die meisten der aufgeführten Punkte von allein. Dennoch gibt es in der Praxis Überschneidungen. Die Versorgung mit Wohnraum ist z. B. einerseits Aufgabe des gesetzlichen Betreuers, indem er Verträge abschließen, kündigen und überwachen muss. Zum anderen gehört aber die konkrete Suche nach Wohnraum meist zu den Aufgaben der Leistungserbringung. Hinzu kommt, dass die Versorgung von Wohnraum längst nicht überall

Tab. 4

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Abschluss von Verträgen	Hilfe bei der Wohnungssuche und Unterstützung bei der Gestaltung der Wohnung
Kündigung von Verträgen	Hauswirtschaftliche Hilfen
Überwachung bestehender Verträge	Einbeziehen des Wohnumfeldes in die Betreuungsarbeit
Sicherung der Finanzierung der Kosten (Überschneidung mit Vermögenssorge)	Aufbau von und Kontaktpflege zur Nachbarschaft
<u>Beantragung zusätzlicher Mittel:</u> <ul style="list-style-type: none">- GEZ-Befreiung- Wohngeld- Telefonermäßigung	Krisenintervention im Wohnumfeld
Organisation von Umzügen, Reparaturen und Renovierungsarbeiten	Unterstützung und Hilfe bei Umzügen, Renovierungen und kleineren Reparaturen

sichergestellt ist. Viele gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter haben über die Jahre Wohnraum entweder erworben oder angemietet, der dann weiter an psychisch kranke Menschen vermietet wird. Hierdurch konnte in einigen Regionen überhaupt erst ausreichend Wohnraum für psychisch kranke Menschen sichergestellt werden. Von daher treten sie hier zusätzlich noch als Vermieter auf, was das Gefüge verkompliziert und ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft voraussetzt. Wenn dann noch, wie aktuell in NRW, ein neues Gesetz, das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG-NRW), verabschiedet wird, was ähnliche Auflagen für Wohnraum im Betreuten Wohnen wie für Wohnheime macht, wird die Versorgung mit Wohnraum für die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen besonders erschwert.²

Die Umzugsthematik verdeutlicht ein weiteres Mal, dass es formal zwar eine klare Trennung (organisieren-durchführen/unterstützen) gibt, die aber in der Praxis oft nicht durchzusetzen ist. Häufig verfügen gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter nicht über die hierfür nötigen Ressourcen.

Aufenthaltsbestimmung

Die Notwendigkeit zur Aufenthaltsbestimmung durch den gesetzlichen Betreuer ergibt sich i. d. R., wenn der Lebensmittelpunkt geändert werden muss und der betreute Mensch nicht in der Lage ist, die notwendigen Entscheidungen selber zu treffen. Bei psychisch erkrankten Menschen tritt dieser Fall ein, wenn ein Mensch vorübergehend seine Wohnung verlassen muss, weil er sich in eine geschlossene Unterbringung mit entsprechender Behandlung begeben soll/muss, dieses aber

2 Ergänzend im Anhang »Akquise und Bereitstellung von Wohnraum«

Tab. 5

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Notwendigkeit ergibt sich aus dem Erfordernis, den Lebensmittelpunkt (Wohnung) vorübergehend oder auf Dauer zu ändern	Unterstützung des GB als Auftragnehmer
Der betreute Mensch ist nicht in der Lage, die notwendigen Entscheidungen zu treffen	Gefahrenabwehr
<u>Vorrang hat der eigene freie Wille</u> – Beachtung des freien Willens	Unterstützung bei der Ermittlung des freien Willens
Vorrang des Verbleibens in der eigenen Wohnung	Ambulant vor stationär
Entscheidungen gegen den eigenen freien Willen ergeben sich im Rahmen eines Einwilligungsvorbehaltes oder müssen durch das Gericht genehmigt werden	<u>Unterstützung durch verschiedene ambulante Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> – technische Hilfen, Hausnotruf – behindertengerechte Einrichtung – Barrierefreiheit – ambulante und häusliche Pflege – medizinische Versorgung – Hauswirtschaft und Haushaltshilfe – Förderung soz. Kontakte – Krisendienst

aufgrund seiner Erkrankung nicht einsehen kann. Bei alten Menschen kann ein solcher Fall eintreten, wenn ein Leben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist. Der Gesetzgeber hat der Beachtung des freien Willens an dieser Stelle oberste Priorität eingeräumt. Das bedeutet zweierlei:

1. es sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, den freien Willen zu eruieren. Auch wenn das in der konkreten Situation manchmal als nicht möglich erscheint, gibt es in der Lebensgeschichte von Menschen viele Anhaltspunkte, die Schlussfolgerungen hierzu ermöglichen. Dabei ist es notwendig, dass die Beteiligten miteinander reden und auch die sozialen Netzwerke und Angehörige in Entscheidungen einbezogen werden. Im günstigsten Fall hat ein Mensch vorgesorgt und niedergeschrieben, z. B. in einer Behandlungsvereinbarung oder einer Patientenverfügung, was in bestimmten Situationen erfolgen soll. In den Folien zum Thema Patientenverfügung finden wir diesen Sachverhalt entsprechend dargestellt.³
2. bevor Maßnahmen gegen den freien Willen eines Menschen ergriffen werden, müssen alle anderen Mittel und Wege ausgeschöpft werden. Dazu passt der auch in der Gemeindepsychiatrie weit verbreitete Grundsatz »ambulant vor stationär«, dem auf der Seite der gesetzlichen Betreuung der Grundsatz »Verbleib in der eigenen Wohnung« entspricht. Die erwähnte Folie zeigt uns eine Reihe von entsprechenden Möglichkeiten, diesen Grundsatz umzusetzen.

Schlussfolgernd halten wir fest, dass der Gesetzgeber, die Messlatte sehr hoch gehängt hat.

³ Ergänzend im Anhang »Patientenverfügung«

Wie sieht es konkret in der psychiatrischen Praxis aus? Hier ist meiner Meinung nach durchaus Selbstkritik angebracht!

Die Einschätzung, ob ein Mensch geschlossen untergebracht werden muss, erfolgt sehr unspezifisch, z. B. durch einen gesetzlichen Betreuer oder eine psychiatrische Klinik. Dabei werden alternative Unterstützungsmöglichkeiten unzureichend erwogen oder geprüft. Oft sind solche schlichtweg gar nicht bekannt. Deshalb müssen zunächst einmal psychiatrische Netzwerkpartner bei einer derartigen Einschätzung beteiligt werden, um so z. B. ambulante Hilfesettings zu planen.

Wenn es um Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person geht, wird in der Regel durch das Gericht ein Gutachten bei einem Facharzt in Auftrag gegeben. Dabei stehen medizinische Aspekte, wie die Diagnose, der Krankheitsverlauf, ob Krankheitseinsicht vorliegt usw. im Mittelpunkt der Begutachtung. Andere Aspekte, die vielleicht positiv dazu beitragen könnten, dass ein Mensch auch in kritischen Situationen nicht gegen seinen Willen untergebracht und behandelt werden muss, spielen kaum eine Rolle. Die eindeutige und ausschließliche Orientierung an medizinischen Einschätzungen, wenn es um die Themen Unterbringung und Behandlung geht, greift meines Erachtens viel zu kurz. Nicht das beständige Einfordern von Compliance und Krankheitseinsicht hilft Zwangsmaßnahmen zu verhindern, sondern eine Sichtweise, die soziale Themen auch in sozialen Kontexten angeht und nicht unnötig mediziert.

Gesundheitsfürsorge

An dieser Stelle sind wir an der Schnittstelle von Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsfürsorge. Und die finden wir oft, wenn es um Zwangsmaßnahmen bei psychisch kranken Menschen geht. Die Unterbringung ist ja nur die eine Seite der Medaille, die Behandlung die andere. Das eine führt oft automatisch zum anderen, was praktisch fast immer das zwangsweise Verabreichen von Medikamenten bedeutet. Die Folie auf S. 286 soll daher verdeutlichen, welche anderen Vorgehensweisen, durch gesetzliche Betreuer und Gemeindepsychiatrie gemeinsam bestritten werden können. Zur Vertiefung dieser Gedanken empfiehlt sich die Lektüre diverser Publikationen von Martin Zinkler aus Heidenheim.⁴

Kooperation

Ich möchte abschließend noch einige Sätze zum Thema Kooperation sagen. Es ist meiner Meinung nach nicht untypisch, dass hier heute ein überschaubarer Kreis von zehn Personen und vier Referenten anwesend ist. So sieht das auch aus, wenn wir bei uns in der Region einladen, um bestimmte Themen in ähnlichen Kontexten zu thematisieren, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu verbessern. Wer kommt, sind die Guten, mit denen es sowieso keine Probleme gibt. Sie können das jetzt analog schon mal so deuten: Sie sind die Guten.

⁴ Siehe auch ergänzend hierzu im Anhang die Beiträge »Systemsprenger« sowie »Beratung zum Umgang mit der Erkrankung«

Tab. 6 (s. Gesundheits Sorge S. 285)

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Ziel: wirksame Einwilligung des Betreuten bzw. Freiwilligkeit	Zugang zum Umgang mit der Erkrankung erarbeiten
GB entscheidet über Maßnahmen (z. B. Behandlung), wenn der Betreute nicht in der Lage ist, seine eigene Situation adäquat zu erkennen	Krisenhilfe und -planung mit hoher Verbindlichkeit
Die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ist zu bewerten, nicht die Geschäftsfähigkeit	<u>Notfallpläne</u> – verbindliche Absprachen – schriftliche Fixierungen – Kontaktdaten
Vorrang des freien Willens und des Recht auf Nicht-Behandlung bzw. die Freiheit zur Selbstschädigung: Grenze Suizidalität	Suizidalität bearbeiten
GB hat den Betreuten zu befähigen, einen eigenen Willen zu bilden z. B. durch das gemeinsame Erarbeiten von:	Individuelle, alternative und kreative Lebenswege/formen unterstützen und begleiten, durch Abkehr von rein medizinischem Krankheitsverständnis
Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen ermöglichen/erstellen	Soziale Themen in sozialen Kontexten bearbeiten
Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen Geltung verschaffen	Krankheitseinsicht und Compliance nicht als unumstößlich einfordern Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen im ambulanten Betreuungskontext zu dauerhaften Themen machen – aufklären!

Das Problem ist, dass man einen großen Teil der Personen, die in diesen Netzwerken agieren, nicht zusammen bekommt. Die Kooperation ist immer ein Stück von den persönlichen Voraussetzungen abhängig; ob da zwei oder drei oder vier Personen gut miteinander können oder nicht, spielt eine große Rolle. Auf Dauer ist das aber im Prinzip zu wenig wenn es darum gehen soll, verbindliche Absprachen, Konzepte, Methoden zu entwickeln.

Um die verschiedenen Aspekte der vorherigen Abschnitte realisierbar zu machen, bedarf es einer nachhaltigen Kooperation zwischen den beteiligten Partnern. Hierzu gehören neben Methodik und Verbindlichkeit weitere Kriterien, damit gerade zwischen gesetzlicher Betreuung und Leistungserbringung verlässliche Arbeitsbeziehungen entstehen können. Die folgende Folie stellt die wichtigsten Aspekte dafür zusammen und bildet damit den würdigen Abschluss meines Vortrags.

- ergänzende Sichtweisen und Verständnis zum medizinischen Krankheitsverständnis zulassen
- die verschiedenen Funktionen in der praktischen Arbeit integrieren -Augenhöhe herstellen
- Betreuer als Kooperationspartner in die gemeindepsychiatrischen Netzwerke einbinden (z. B. GPV)
- Betreuungsfunktionen auch als Teilhabeleistung verstehen – z. B. bei Beratung, Verwaltung und Abwicklung pers. Budgets
- Betreuer und koordinierende Bezugsperson bei der Fallsteuerung zusammenbringen – nicht zwei Personen das Gleiche machen lassen
- Differenzierung zwischen Auftrags- und Leistungsmanagement etablieren

Anhang

Fallsteuerung und Fallkoordinierung

In der aktuellen, vorrangig ambulanten Versorgungssituation, werden häufig verschiedene Hilfsangebote eines oder auch mehrere Anbieter kombiniert. Gerade bei Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen und/oder komplexen Hilfebedarfen ist dieses eine Voraussetzung, um ambulante Versorgung sicherstellen zu können. An einem derartig konzipierten Setting sind mitunter eine Menge Personen am Prozess beteiligt, so dass die Steuerung des Fallverlaufes und die Koordinierung der verschiedenen Tätigkeiten eine wichtige Kompetenz darstellt. Nicht zufällig sind in den letzten Jahren entsprechende Konzepte wie Fallmanagement, Case Management oder koordinierende Bezugsperson für die Sozialpsychiatrie entwickelt worden.

Akquise und Bereitstellen von Wohnraum

Für viele psychisch kranke Menschen, vor allem bei denen mit auffälligen Verhalten, ist die *Versorgung mit Wohnraum* auch heute noch nicht unproblematisch. Lange Behandlungsphasen und Klinikaufenthalte führen immer wieder zu *Verlust des Wohnraums*. Psychiatrische Fachkräfte sind, gemeinsam mit den gesetzlichen Betreuern, diejenigen, die oft schon während der Klinikbehandlung mit den Klienten auf *Wohnungssuche* gehen. Je angespannter in einer Region der Wohnungsmarkt ist, umso schwieriger ist diese Aufgabe zu meistern. Viele psychisch Kranke fallen so, zumindest vorübergehend, in die *Obdachlosigkeit*. Aus diesem Grund haben gemeindepsychiatrische Anbieter bereits vor mehr als 25 Jahren damit begonnen, Wohnraum für ihre Klientel *anzumieten oder gar zu erwerben*. So konnte über einen langen Zeitraum eine gewisse Versorgungssicherheit erreicht werden. Das neue *WTG NRW* (Wohn- und Teilhabegesetz), welches den Gedanken des Verbraucherschutzes, abgeleitet aus der UN-Behindertenrechtskonvention, in die Versorgung behinderter Menschen einbringt, stellt Angebote wie das *Betreute Wohnen* unter den Schutz des Gesetzes. Ob die gewünschten positiven Effekte dadurch erreicht werden können oder ob durch allzu hohe Auflagen eher gegenteilige Effekte, evtl. gar eine Gefährdung dieses Wohnraums erreicht wird, bleibt abzuwarten.

Patientenverfügung

Urteils des LG Augsburg vom 12.09.13 – Sachverhalt:

- das Urteil erging aufgrund einer Beschwerde einer Patientin des BZK gegen ärztlich Zwangsmaßnahmen (hier: Zwangsmedikation über einen Zeitraum von sechs Wochen)
- die Patientin wurde im Dezember 2012 per Unterbringungsbeschluss wegen konkreter Suizidabsichten eingewiesen. Die Unterbringung wurde durch ergänzende Beschlüsse bis insgesamt 02/2014 verlängert

- in Patientenverfügungen von 08/2012 sowie 01/2013 hat die Patientin eine psychiatrische Behandlung strikt abgelehnt bzw. untersagt
- nach erneuter Ablehnung der Behandlung im BZK wurde von der Betreuerin am 28.02.2013 die Genehmigung zur Behandlung beim zuständigen Amtsgericht beantragt
- auf Anforderung des AG wird durch zwei Ärzte aus dem BZK ein Gutachten erstellt. Beide Ärzte sind nicht in die Behandlung der Patientin involviert
- die Gutachter befürworten die Zwangsbehandlung, die Betroffene wird angehört, es ergeht ein Beschluss des AGs zur Zwangsbehandlung auf die Beschwerde der Betroffenen erfolgt die Ablehnung durch das LG

Was sagt das Gutachten aus?

- Patientin ist wahnhaft, aggressiv, gereizt, fremdaggressiv, also ein klassisch psychotisches Krankheitsbild
- das Denken und Handeln und die Entscheidungen werden durch krankheitsbedingte Vorstellungen bestimmt
- ... somit ist die Patientin nicht in der Lage, einen freien Willen zu bilden ...
- das Gericht orientiert sich hierbei lediglich an ärztlich/medizinischen Aussagen
- ohne Behandlung droht Suizidalität

Begründung der Unterbringung (und der Behandlung) erfolgt über die Suizidgefahr

Bewertung der Patientenverfügungen (PV):

- PV vom 25.01.13 wurde vom Gericht als unwirksam eingeschätzt (nachvollziehbar)
- dergleichen die PV vom 31.08.12, (Patientin wurde am 14.03.12 ohne Krankheitseinsicht aus der Behandlung des BZK entlassen und hat sich nicht in ambulante Weiterbehandlung begeben; sie war vermutlich weiterhin psychotisch und somit nicht in der Lage einen freien Willen zu bilden) dieses ist nur bedingt nachvollziehbar und wirft einige Fragen auf:
 - Schließen sich psychotisches Erleben und freie Willensbildung generell aus?
 - In welchen Phasen ihres Lebens können psychisch kranke Menschen mit paranoid/psychotischer und suizidaler Symptomatik einen freien Willen bilden?
Sind PV, zusammen mit Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten geeignete Instrumenten, den freien Willen von psychisch kranken Menschen zu dokumentieren? Wenn ja, wie könnte das aussehen?

Systemsprenger

Eine der größten Herausforderungen auch einer modernen Sozialpsychiatrie stellt nach wie vor die Versorgung der Menschen dar, bei denen die Fachwelt gemeinhin zuerst einmal an eine *geschlossene Unterbringung* denkt. Das Problem verschärft

sich in der Letzten Zeit von verschiedenen Seiten. Es steht zu befürchten, dass das neue *PEPP (Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik)*, welches die Krankenhausfinanzierung aus dem somatischen Bereich auf die Psychiatrie überträgt, als Nebeneffekt eine *vorzeitige, übereilte (blutige) Entlassung* von Psychiatriepatienten mit sich bringt. Darüber hinaus verfolgen Organisationen wie der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, das Ziel eines verstärkten *Abbaus stationärer Plätze* im Bereich der Eingliederungshilfe. Schon vor einigen Jahren hat sich der LVR rigoros davon verabschiedet, neue Plätze für geschlossene Unterbringung zu schaffen. So wächst die Sorge, dass schwierige *Psychiatriepatienten vermehrt der Forensik zugeführt* werden. Entsprechende Fachvorträge oder Gesprächsforen werden in diesem Sinne mit »*Forensik – Die Gemeindepsychiatrie der Zukunft?*« überschrieben.

Egal wie man/frau persönlich diese Entwicklung bewertet; es steht auf der anderen Seite auch fest, dass noch zu keiner Zeit in Deutschland derart viele Mittel in die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen geflossen sind. Demnach muss sich eine moderne Gemeindepsychiatrie in ihrer Region auch am Auftrag zur *Pflichtversorgung* messen lassen, den es heute in den meisten Regionen noch nicht gibt. Dieser Auftrag ist dann erfüllt, wenn für alle psychisch kranken Menschen in einer Region, inklusive der Schwierigsten, *Versorgungsangebote vorgehalten werden* und *niemand in Nachbarregionen* oder gar noch wohnortferner »*verschickt*« werden muss. Dieses Ziel ist wiederum nur erreichbar, wenn die vorhandenen finanziellen Mittel richtig eingesetzt werden. Gesetzliche Betreuer können an dieser Stelle eine wichtige Überwachungsfunktion innehaben, wenn Versorgung jenseits der geschlossenen Unterbringung sichergestellt werden soll.

Hilfen und Beratung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung

Häufig kommt mit der gesundheitlichen Versorgung ein individueller Bereich im Individuellen Hilfeplan (IHP) hinzu. Es geht dabei in erster Linie um die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und darum, auch z. B. in Krisensituationen einen adäquaten Umgang miteinander zu verabreden. Kreative Beratungssettings ermöglichen es auch, Behandlungswünsche, Grenzen, Festlegungen bzgl. Medikation etc. für die Zeiträume zu vereinbaren, zu denen psychisch kranke Menschen ihren freien Willen nicht oder nur bedingt äußern können. Das routinemäßige Erarbeiten von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen mit psychisch kranken Menschen steckt aber noch in den Kinderschuhen. Gemeindepsychiatrische Fachkräfte und gesetzliche Betreuer können hierzu die notwendigen Impulse geben und in enger Abstimmung zu Ergebnissen kommen