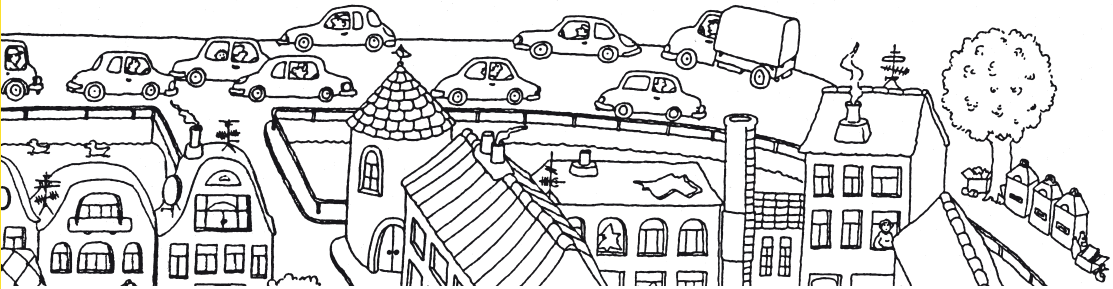

Qualität als Maßstab

Brennpunkte der psychiatrischen Versorgung

Herausgegeben von der Aktion Psychisch Kranke

Qualität als Maßstab

Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung

Tagungsdokumentation
28./29. und 30. Oktober 2019
in Berlin

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Peter Weiß
Jörg M. Fegert

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Jörg M. Fegert (Hg.).
Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung
1. Auflage
ISBN: 978-3-96605-080-7

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

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

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2020
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Redaktion: Ruth Forster, Jörg Holke
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: medienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Inhalt

A Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Thomas Stracke 10

Personenzentrierte Eingliederungshilfe bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
Kerstin Griese 13

Qualitätsstandards in der Psychiatrie – und weitere Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
Josef Hecken 20

Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung
Jörg M. Fegert 27

Qualitätsaspekte im Rahmen personenzentrierter Teilhabeleistungen
Matthias Rosemann 36

Diskussionsprozess des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) zu »Selbstbestimmung und Qualität im Betreuungsrecht«
Annette Schnellenbach 41

Qualität als Maßstab im Maßregel- und Justizvollzugsdienst
Norbert Konrad 53

Parallele Symposien mit Gesprächsrunden und Arbeitsgruppen

Symposium 1: Qualität als Maßstab – Pateientenorientierung in der Behandlung

Gesprächsrunde:

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Ilse Heberlein 61

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV)
Frank Bergmann 63

Mitglied des Deutschen Bundestages
Maria Klein-Schmeink 66

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee
Iris Hauth 71

Techniker Krankenkasse (TK) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Jürgen Medenbach 75

Arbeitsgruppen:

Personalbemessung und Qualitätsstandards
Dieter Grupp 77

Psychiatrische Krisenhilfe und Notfallversorgung

Der Berliner Krisendienst
Jens Gräbener, Ilse Eichenbrenner 84

Gemeindepsychiatrischer Krisendienst in Solingen
Nils Greve, Thomas Hummelsheim 89

Krisendienste Bayern
Celia Wenk-Wolff 93

Anforderungen an die Notfallversorgung in psychischen Krisen und bei psychischer Erkrankung
Peter Brieger 97

Symposium 2: Qualität als Maßstab – Herausforderungen in der Eingliederungshilfe

Gesprächsrunde:

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz
Joachim Speicher 100

Landschaftsverband Rheinland (LVR)
Dieter Schartmann 105

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV)
Dieter Schax 109

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)
Ingmar Steinhart 113

Büro des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
André Necke 117

Arbeitsgruppen:

Hilfeplankonferenzen – Chancen und Risiken durch das BTHG
Matthias Rosemann 119

Stärkung Teilhabe und Partizipation – Qualität als Maßstab
Ingmar Steinhart 128

Symposium 3: Qualität als Maßstab – Pflegereform und Demenzversorgung

Arbeitsgruppe:

Demenzversorgung und Pflegereformbedarf
Regina Schmidt-Zadel, Jörg Holke 137

Symposium 4: Qualität als Maßstab – Qualitätssicherung in der Forensik

Einleitung
Dyrk Zedlick 145

Gesprächsrunde:

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Michael Konrad 146

Arbeitskreis Forensik der Bundesdirektorenkonferenz (BDK)
Jutta Muysers 149

Fachausschuss Forensik der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP)
Heinz Kammeier 153

Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg
Udo Frank 159

Arbeitsgruppen:

Kooperation Gemeindepsychiatrie und Forensik
Dyrk Zedlick 162

Reformentwicklungen im § 64 StGB – Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
Michael Konrad, Harald Metzger 163

Symposium 5: Qualität als Maßstab – Qualitätssicherung in der rechtlichen Betreuung

Gesprächsrunde:

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV)
Sabine Normann-Scheerer 168

Betreuungsgerichtstag e. V. (BGT)
Peter Winterstein 172

Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB)
Thorsten Becker 176

Betreuungsbehörde Mainz-Kinzig Kreis
Psychiatriekoordination regionale Eingliederungshilfen
Bernd Kaltschnee 180

Kellerkinder e. V.
Thomas Künneke 183

Arbeitsgruppen:

Aufgabenbestimmung rechtliche Betreuung und Zugang zur Betreuung
Bernd Kaltschnee, Jörg Holke 186

Reformvorschläge zum Betreuungsrecht
Peter Winterstein 190

Symposium 6: Qualität als Maßstab – Patientenrechte und Psychiatrie

Gesprächsrunde:

Senatsverwaltung Bremen
Jörg Utschakowski 199

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)
Gudrun Schliebener 202

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Jurand Daszkowski 205

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
Michael Rapp 209

AG Menschenrechte der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)
Matthias Rosemann 213

Arbeitsgruppe:

Selbstbestimmung und Mitwirkung
Hermann Stemmler 218

B Selbsthilfetag »Neue Wege der Selbsthilfe – Teilhabe und Selbstbestimmung«

Handlungsbedarfe für eine bessere Psychiatrie
Elke Prestin 226

Funktion und Probleme der EUTB-Stellen für Menschen mit seelischen Behinderungen
Michael Konrad 233

Umsetzungsperspektiven EUTB
Ottmar Miles-Paul 238

Arbeitsgruppen:

Grenzen und Chancen der E-Mailberatung – Ein Erfahrungsbericht
Thomas Voigt 239

Neue Wege der Selbsthilfe
Leonore Julius, Horst Harich 250

Junge Selbsthilfe stärken.
Oder: Social Media. Wieso? Weshalb? Warum?
Kerstin Trostmann 256

Dialog und mehr…Selbsthilfebeteiligung beim Dialogprojekt
Hermann Stemmler, Jurand Daszkowski 261

Was soll geschehen, damit EX-IN gleichwertig wahrgenommen wird?
Werner Holtmann 270

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 274

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK 278

A Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Thomas Stracke

Ich darf Sie alle ganz herzlich begrüßen, im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit, das diese Veranstaltung fördert. Eigentlich sollte an dieser Stelle die parlamentarische Staatssekretärin Frau Sabine Weiß sprechen, die leider terminlich verhindert war. Insofern habe ich jetzt die Ehre, Ihnen die Grüße und guten Wünsche des Ministeriums zu übermitteln.

Sie haben sich ein sehr wichtiges Thema für die Jahrestagung gewählt, Qualität als Maßstab, das ist gerade in der Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten von zentraler Bedeutung und ist eng verknüpft mit der Individualität der Behandlung, oder, anders ausgedrückt, eine personenzentrierte Versorgung als ein Konzept, das ursprünglich von der APK entwickelt wurde und wovon jetzt auch andere Berufs- und Fachverbände sprechen. Dieses Paradigma fügt sich sehr gut in die politische Programmatik des Ministeriums ein. Wir haben in Deutschland für zahlreiche Indikationen eine hochqualifizierte und spezialisierte Behandlung. Aber auch in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung bekommt nicht immer jeder einzelne Patient oder jede einzelne Patientin die Behandlung, die die sinnvollste für ihn oder für sie ist.

Prävention, Behandlung und Rehabilitation müssen stärker auf die Lebenswelt des Einzelnen fokussieren. Die Versorgung sollte in erster Linie auf die soziale Inklusion psychisch erkrankter Menschen ausgerichtet sein. Das BMG ist diesbezüglich auch vielfach aktiv, die Prinzipien sind: Wir brauchen mehr Kooperation und mehr Koordination der zur Verfügung stehenden Hilfen im gesamten Behandlungsspektrum. Dafür hat das BMG bereits neue Regelungen geschaffen. Zum Beispiel für mehr Koordinierung im ambulanten Bereich. Ein ganz wichtiger Schritt war auch die Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie durch Kurzzeittherapie, durch die Akutsprechstunde und einiges mehr.

Ganz aktuell möchte ich auch das Digitalisierungsgesetz nennen. Herr Minister Spahn hat sich mit deutlichen Impulsen dafür eingesetzt, dass nicht weiter jahrzehnte- oder jahrelang verhandelt wird, wie man z. B. E-Health Anwendungen auch für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zu Gute kommen lässt. Deshalb hat das Gesundheitsministerium bewusst ein so genanntes »Fast Track«-Verfahren eingerichtet, wodurch erfolgversprechende E-Health-Interventionen auch tatsächlich kurzfristig

in der Versorgung erprobt werden können. Das finde ich einen sehr wichtigen Schritt, damit auch Patienten mit psychischen Erkrankungen niedrigschwellige Hilfsangebote der verschiedensten Arten bekommen, sei es zur Information, sei es zur Gesundheitsförderung, Prävention, aber auch zur Unterstützung der Behandlung.

Dann möchte ich die Suizidprävention erwähnen. Das ist ein wichtiger Schwerpunkt, den der Deutsche Bundestag durch einen eigens dafür erarbeiteten Entschließungsantrag gesetzt hat. Der Antrag erhält den Auftrag an die Bundesregierung, in vielfältiger Art und Weise aktiv zu werden. Wir haben diesbezüglich einen großen Förderschwerpunkt geschaffen. Die zur Förderung kommenden Projekte sind sehr stark auch in Richtung der Vernetzung der einzelnen bereits bestehenden Hilfsangebote ausgerichtet. Es ist fachlich geboten, dass aus dem Krankenhaus entlassene Patientinnen und Patienten quasi nahtlos in eine intensive ambulante Nachbetreuung übergeleitet werden. Solch eine poststationäre Suizidprävention wird zum Beispiel in einem Projekt umgesetzt. Denn das ist ein Beispiel für eine vulnerable Zeitphase. Auch hier gilt das Leitprinzip: Mehr Kooperation der Akteure.

Dann möchte ich auch an den Innovationsfond erinnern, da sind viele gute, hoffnungsvolle Projekte, auch zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Erprobung von E-Mental Health Ansätzen.

Momentan ist in der Psychiatriepolitik sehr viel in Bewegung, das merkt man auch an den vollen Veranstaltungen zum Thema »Psychiatrie und Psychotherapie«. Ich habe gestern im DGPPN-Magazin »Psyche im Fokus« die Aussage von dem amtierenden Präsidenten gelesen, dass es aktuell eine ganz hohe gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit für das Thema gibt, die sehr hilfreich ist. Er bezeichnet das als »Parforceritt der Gesetzgebung« und meint, dass die psychische Gesundheit in unserem Land in einer Intensität debattiert werde, die kaum höher sein könnte. Das ist auch mein Eindruck, das ist sicher auch ein Erfolg der Enttabuisierung des Themas. Wir sind in einer fortgeschrittenen Phase, jetzt geht es um Optimierung und Bedarfsgerechtigkeit der Hilfen.

Dass das BMG dem Thema so viel Aufmerksamkeit widmet, sehen Sie auch an dem von uns initiierten Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. Wir haben bereits ein Dialogforum durchgeführt, das nächste Forum wird am 11. November in Bonn stattfinden. Eines der zentralen Themen waren im Ersten Forum die Krisenhilfen. Wir wollen nämlich nicht, dass Menschen unnötigerweise in stationäre Einrichtungen eingewiesen werden. Weitere Themen waren die ambulanten

Komplexleistungen, die Stärkung der einzelfallbezogenen Koordination und der medizinischen Rehabilitation. Im zweiten Forum wird es um Autonomie und Selbstbestimmung gehen, da hat zum Beispiel die Selbsthilfe einen ganz wichtigen Platz. Eine der Zielsetzungen wird die Vermeidung von Zwangsbehandlung sein. Da geht es unter anderem um die Identifizierung von guten Konzepten, wie diese vermieden werden können. Im Frühjahr 2020 wird es ein weiteres Forum geben zu zielgruppenspezifischen Versorgungsfragen. Da ist die Psychosomatik, da ist die Gerontopsychiatrie und noch viele andere Spezialthemen in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Die heutige Tagung bietet eine hervorragende Plattform für die Versorgungsbereiche, die nicht unmittelbar innerhalb der Krankenbehandlung und damit im Zuständigkeitsbereich bzw. der Gesetzgebungskompetenz des Bundesgesundheitsministeriums liegen. Es geht um die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), es geht um die Herausforderungen in der Eingliederungshilfe, die Umsetzung der Pflegereform, die Qualitätssicherung in der rechtlichen Betreuung, die Patientenrechte und auch um die Forensik. All das sind wichtige Gebiete, die im Dialog zur Weiterentwicklung im Grunde durch ihre Schnittstellen zur Krankenbehandlung eine gewichtige Rolle spielen, aber nicht explizit Schwerpunktthemen des Dialogs sind. Wir sind froh, dass die Jahrestagung der APK hierfür eine Plattform bietet. Und deshalb freue ich mich, dass heute das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) vertreten ist, und morgen wird das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) dabei sein. Das ist mehr als nur ein Symbol für eine kooperierende Bundesregierung.

Personenzentrierte Eingliederungshilfe bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Kerstin Griese

Lieber Peter Weiß, sehr geehrter Herr Stracke, liebe Frau Regina Schmidt-Zadel, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Fegert, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Hecken, meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die freundliche Begrüßung und Ihre Einladung.

Dieser bin ich gerne gefolgt, um Sie über den Stand der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes und über die personenzentrierte Eingliederungshilfe zu informieren.

Viele von Ihnen werden sich erinnern. Unser gemeinsamer Auftrag für die Ausgestaltung des Bundesteilhabegesetzes, kurz BTHG, war die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen und ihren Schutz vor Diskriminierung in allen Lebensbereichen. Das war der Motor, der uns bei der Erarbeitung des BTHG angetrieben hat.

Seit Jahren ist ein Anstieg der Zahl der psychisch erkrankten Menschen zu beobachten, die auf Leistungen der Eingliederungshilfe und weitere Teilhabeleistungen angewiesen sind. Daher ist es wichtig, dass gerade ihre Belange genau in den Blick genommen werden.

Und genau um diese Menschen soll es heute gehen.

Mit dem Bundesteilhabegesetz haben wir die besonderen Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in vielen Punkten berücksichtigt. Insbesondere in der Eingliederungshilfe verfolgen wir mit dem BTHG neue Ziele. Wir wollen weg von alten Denkmustern und den bisherigen viel zu engen Fesseln: Die Eingliederungshilfe wird endlich ab dem kommenden Jahr nicht mehr Teil der Sozialhilfe sein, sondern Teil der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Denn da gehört sie hin! Menschen mit Behinderungen und ihre individuellen Bedarfe stehen künftig im Mittelpunkt - und das ist auch richtig so! Das bringt auch für viele psychisch erkrankte Menschen spürbare Verbesserungen mit sich.

Leistungsverbesserungen durch das BTHG

Einige der Verbesserungen sind bereits in Kraft getreten, andere werden zum 1. Januar des kommenden Jahres umgesetzt. Lassen Sie mich zunächst exemplarisch auf einige Regelungen eingehen, die bereits heute angewendet werden:

- die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB),
- die Neuerungen im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben sowie
- das Teilhabeplanverfahren bzw. Gesamtplanverfahren.

Die EUTB wurde mit dem BTHG ins Leben gerufen. Ein Angebot, bei dem Menschen mit Behinderungen von Menschen beraten werden, die selbst Betroffene sind. Denn: Experten in eigener Sache wissen am besten, was sie brauchen. Und zwar unkompliziert und abseits der Interessen von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Aktuell fördern wir bundesweit über 500 Beratungsstellen.

Dazu flankierend konkretisieren wir die Beratungspflicht durch die Träger der Eingliederungshilfe ab dem kommenden Jahr. Denn die personenzentrierte Neuausrichtung der Eingliederungshilfe setzt erhöhte Anforderungen an eine kompetente und umfassende Beratung, Begleitung und Unterstützung – gerade auch für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Die Betroffenen können sich – auch in Begleitung einer Vertrauensperson – von dem Eingliederungshilfeträger umfassend und individuell beraten lassen. Hierzu haben wir einen Katalog erarbeitet, der den Umfang der Beratung detaillierter als bisher beschreibt. Mit diesen beiden Angeboten haben wir für die Betroffenen ein Netz geknüpft, das eine fachlich kompetente und umfassende Aufklärung über ihre möglichen Ansprüche absichert. Das ist vor allem auch für Menschen mit psychischen Behinderungen bzw. deren Angehörige und Betreuer eine wichtige Grundlage, um selbstbestimmter die für sie richtigen Angebote zu finden.

Ein besonders wichtiger Eckpfeiler für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Teilhabe am Arbeitsleben. Hier gehen wir nun neue Wege. Denn die Betroffenen sollen nicht nur selbstbestimmt leben, sondern auch selbstbestimmt arbeiten können. Wo möglich, sollte jeder allein entscheiden können, ob er seine Arbeitskraft in einer Werkstatt für behinderte Menschen einsetzt oder auch bei einem sogenannten »anderen Leistungsanbieter«. Durch andere Leistungsanbieter schaffen wir alternative Angebote zu den Werkstätten.

Doch nicht für jeden ist die Werkstatt oder ein »anderer Leistungsanbieter« das Richtige. Deshalb haben wir das Budget für Arbeit eingeführt. Dies ermöglicht Menschen mit Behinderungen den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Hierbei werden die Arbeitgeber finanziell unterstützt, wenn sie Menschen mit Behinderungen beschäftigen – und zwar zu einem auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblichen Lohn. Natürlich erhalten die Betroffenen dabei die Hilfe und Assistenz, die sie benötigen.

Außerdem haben wir dafür gesorgt, dass Werkstattbeschäftigte nun mehr in der Tasche haben:

- mit der Verdoppelung des Arbeitsfördergeldes und
- durch eine geringere Anrechnung des Arbeitsentgeltes auf die Grundsicherungsleistungen.

Weitere wichtige Bausteine des BTHG sind die Teilhabe- und Gesamtplanverfahren, die wir seit 2018 verbindlich eingeführt haben. Diese beiden Verfahren bilden die Grundvoraussetzung für die individuelle Leistungserbringung. Die Betroffenen sitzen gemeinsam mit den Kostenträgern und - wenn gewünscht – einer Vertrauensperson an einem Tisch. Gemeinsam kann so geschaut werden, wie die Bedarfe bestmöglich gedeckt werden können.

Und es muss nur ein Antrag für alle Reha-Leistungen gestellt werden. Das ist ganz besonders für Menschen, die aufgrund von psychischen Erkrankungen beeinträchtigt sind, eine echte Verbesserung. Sie oder ggf. ihre Betreuer müssen nicht mehr zu verschiedenen Trägern gehen, um verschiedene Leistungen mit verschiedenen Formularen zu beantragen. Die Leistungen werden »wie aus einer Hand« erbracht. Das alles haben wir gemeinsam schon auf den Weg gebracht. Hier halten wir Kurs und werden am Ball bleiben.

Die reformierte Eingliederungshilfe ab dem 1. Januar 2020

Aber eines der größten Herausforderungen des BTHG steht und noch bevor: der Start der reformierten Eingliederungshilfe ab dem kommenden Jahr.

Wir gestalten die Eingliederungshilfe um, indem wir die Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen trennen. In Zukunft entscheidet dann nicht mehr die Wohnform darüber, welche Leistungen Menschen mit Behinderungen erhalten. Es spielt dann keine Rolle mehr, ob sie in ihrer eigenen Wohnung leben möchten oder in einer Wohngemeinschaft – das Leistungsangebot bleibt dabei dasselbe.

Für diese individuelle Leistungserbringung ist es wichtig, dass wir die Leistungen der Sozialen Teilhabe neu strukturiert haben. Wir ergänzen und konkretisieren die Leistungen – lassen jedoch den Katalog weiterhin offen. Zum ersten Mal werden die Assistenzleistungen als eigener Leistungstatbestand explizit genannt. So erhalten die Menschen mit Behinderungen die Alltagsunterstützung, die sie brauchen – und zwar zukünftig auch in den heutigen stationären Einrichtungen. Dadurch werden die Möglichkeiten einer den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensgestaltung weiter

gestärkt – untermauert von einer Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Betroffenen.

Umsetzungsunterstützung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS)

Bei dieser so tiefgreifenden Änderung in der Eingliederungshilfe sind alle Beteiligten – die Menschen mit Behinderungen, die Einrichtungen der Behindertenhilfe und auch die Länder- und Kommunalverwaltungen in hohem Maße gefordert. Auch auf Bundesebene sehe ich uns maßgeblich in der Verantwortung, die Umsetzung der neuen Regelungen in der Eingliederungshilfe zu unterstützen. Und dieser Verantwortung stellen wir uns – mit einem umfangreichen Paket von Begleitprojekten zur Umsetzungsunterstützung.

Denn die kommenden Jahre werden entscheiden, wie gut wir die mit der Reform verfolgten Ziele auch tatsächlich erreichen. Inzwischen haben wir alle Projekte auf den Weg gebracht. Dazu gehören unter anderem

- das Projekt »Umsetzungsbegleitung BTHG«,
- die modellhafte Erprobung und
- die Wirkungsprognose.

Mit dem Projekt »Umsetzungsbegleitung BTHG« wird ein umfangreiches Informations- und Beteiligungsformat angeboten: In den zahlreichen Veranstaltungen und Workshops werden aktuelle Umsetzungsfragen zum BTHG diskutiert. Zudem bietet die Projektwebsite die Möglichkeit, zu jeder Zeit aktuelle News abzurufen und sich aktiv in den Online-Foren zu beteiligen. Das Projekt wird von allen Seiten sehr gut angenommen. Daher werden wir dieses Angebot auch fortführen und das Projekt bis zum Jahr 2022 weiter fördern. Im Zuge der Projektverlängerung schauen wir noch einmal genauer auf die benötigten Bedarfe und haben dabei natürlich auch die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Blick.

Deshalb werden auch Angebote speziell für die gesetzlichen und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer ausgerichtet. Denn sie kümmern sich oftmals gerade um die Menschen, denen es nicht möglich ist, ihre Selbstbestimmung in vollem Umfang allein auszuüben. Und dabei müssen wir sie, soweit es uns möglich ist, unterstützen, um hier das BTHG nicht ins Leere laufen zu lassen. Mit der modellhaften Erprobung betreten wir – wie bei so einigen Regelungen im BTHG – komplettes Neuland. Mit insgesamt sieben

Regelungsbereichen erproben wir wesentliche Neuerungen noch vor ihrem Inkrafttreten. Und zwar bundesweit in 29 Projekten.

Dabei handelt es sich insbesondere um solche Regelungsbereiche, die im Gesetzgebungsverfahren kontrovers diskutiert wurden, wie z. B.:

- das Wunsch- und Wahlrecht und
- Trennung der Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen.

Wir prüfen die neuen Regelungen auf ihre Tauglichkeit in der Praxis. Und wir testen, ob sie auch tatsächlich dazu beitragen, die Ziele des Bundesteilhabegesetzes zu erreichen. Die Erprobung wird zudem wissenschaftlich begleitet. So werden die neuen Regelungen der Eingliederungshilfe bis zum 1. Januar 2020 – also noch vor ihrem Inkrafttreten – bereits einen intensiven Praxistest durchlaufen haben.

Mit der Wirkungsprognose wollen wir feststellen, ob die Gesetzesänderungen auch ihre Ziele erreichen. Dabei sind zwei Fragen von zentraler Bedeutung:

- Ist es uns gelungen, die Regelungen der Eingliederungshilfe so zu gestalten, dass die Menschen mit Behinderungen selbstbestimmter leben können?
- Haben wir mehr Teilhabe ermöglicht?

Das ist ein bedeutender Baustein. So unterziehen wir das Gesetz einer Erfolgskontrolle.

Und wir bekommen im Laufe des Projektes auch Hinweise, wo wir unsere Ziele erreicht haben und wo wir eventuell noch nachsteuern müssen. Die Projekte der Umsetzung zum BTHG sind also im vollen Gang.

Darüber hinaus beschäftigt uns sehr die Neudefinition des Leistungszugangs in der Eingliederungshilfe. Mit dem Bundesteilhabegesetz soll der Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe an die internationalen Standards der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) angepasst werden. Hierzu haben wir einen Beteiligungsprozess aufgesetzt, um für die Betroffenen die beste Lösung zu erarbeiten.

An dem Thema werden wir werden dranbleiben, den Prozess zielgerichtet steuern und sicherstellen, dass jeder, der jetzt Leistungen der Eingliederungshilfe erhält, auch zukünftig nicht ausgeschlossen wird.

Gesetzesvorhaben

Wir haben also schon vieles angeschoben, um den bereits in Kraft getretenen neuen Regelungen zum BTHG sowie der reformierten Eingliederungshilfe ab dem kommenden Jahr den Weg zu ebnen.

Der 1. Januar 2020 rückt näher. Wir sehen schon die Zielgerade, haben aber bis dahin – und sicherlich auch darüber hinaus – noch einiges zu bewältigen.

Aus Gesprächen mit den beteiligten Akteuren und den BTHG-Projekten haben wir Änderungsbedarfe zum Bundesteilhabegesetz festgestellt, die noch vor dem Inkrafttreten der neuen Eingliederungshilfe gesetzlich geregelt werden müssen.

Dies setzen wir mit dem SGB IX/SGB XII-Änderungsgesetz um.

Wir korrigieren vor allem redaktionelle Fehler und stellen Ungenauigkeiten im BTHG klar.

Zudem setzen wir die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Personenzentrierung im BMAS um. Diese Arbeitsgruppe hatte sich im vergangenen Jahr mit der Trennung der Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen in der Eingliederungshilfe beschäftigt. Durch die Umsetzung der Ergebnisse stellen wir klar, in welchem Umfang Leistungen zum Lebensunterhalt in Anspruch genommen werden können.

Die Änderungen sollen pünktlich zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Das Änderungsgesetz befindet sich auf der Zielgeraden. Der Bundestag hat sich am 17. Oktober 2019 in 2. und 3. Lesung zum Gesetzentwurf beraten.

Das Gesetz wird also aller Voraussicht nach im November verabschiedet sein.

Damit aber nicht genug. Wir möchten mit einem weiteren Gesetz – dem Angehörigen-Entlastungsgesetz – zusätzliche spürbare Entlastungen in der Sozialhilfe und bei der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bewirken:

In der Sozialhilfe wollen wir eine 100.000-Euro-Grenze für unterhaltsverpflichtete Angehörige einführen. Bislang müssen beispielsweise Kinder für ihre pflegebedürftigen Eltern aufkommen. Die Koalition hat sich darauf verständigt, dass auf das Einkommen der Kinder von pflegebedürftigen Eltern künftig erst ab einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro zurückgegriffen werden soll. Das soll nun mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz umgesetzt werden.

Darüber hinaus soll diese 100.000 Euro-Grenze künftig nicht nur für die Hilfe zur Pflege, sondern in der gesamten Sozialhilfe gelten. Und zwar in

beide Richtungen: Sowohl unterhaltspflichtige Kinder als auch unterhaltspflichtige Eltern volljähriger Kinder sollen entlastet werden.

In der Eingliederungshilfe wird im Zuge dessen der Beitrag gestrichen, den unterhaltspflichtige Eltern volljähriger Kinder zu deren Fachleistungen der Eingliederungshilfe wie z. B. Assistenzleistungen zu zahlen haben, also ca. 34 Euro monatlich. So bewirken wir eine reale Entlastung bei den Menschen, die sicherlich ohnehin genügend andere Sorgen haben.

Die EUTB ist derzeit bis Ende 2022 befristet. Wir wollen diese entfristen und ab dem Jahr 2023 dauerhaft finanzieren. Damit etablieren wir zum einen ein sehr gut funktionierendes Beratungssystem. Zum anderen sorgen wir für Planungssicherheit – bei den Ratsuchenden und ihren Angehörigen wie auch bei den Trägern und Beschäftigten in den Beratungsstellen.

Und noch eine Neuerung möchten wir mit dem Änderungsgesetz einführen: ein Budget für Ausbildung. Dadurch wird es möglich, Menschen mit Behinderungen, die sich in der Ausbildung befinden, Alternativen zur Werkstatt für Behinderte Menschen anzubieten. Das ist bisher nicht möglich, aber absolut notwendig. So holen wir die Menschen aus der Werkstatt und kommen dem Ziel eines inklusiven Arbeitsmarktes wieder ein Stück näher.

Das Angehörigen-Entlastungsgesetz wurde am 14. August 2019 vom Bundeskabinett beschlossen und soll ebenfalls am 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Schluss

Erst wenn die Regelungen der neuen Eingliederungshilfe in Kraft treten, wird das BTHG seine vollständige Wirkung entfalten können. Das werden wir auch weiterhin genau beobachten und begleiten. Wir sind gut vorbereitet, haben schon viel geschafft, aber auch noch einiges vor uns. Doch wir werden diesen guten und richtigen Weg weiter konsequent verfolgen, um Menschen mit Behinderungen – unabhängig von der Art ihrer Beeinträchtigungen – eine umfassende Teilhabe zu ermöglichen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Qualitätsstandards in der Psychiatrie – und weitere Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Josef Hecken

Es ist heute vor allem mein Anliegen, Ihnen nach Wochen der Diskussionen um die G-BA-Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik die Inhalte dieser Richtlinie zu vermitteln. Ich habe wahrgenommen, dass sich viele darüber empört haben, allerdings ohne zu wissen, was genau der G-BA beschlossen hat. Neben diesem wichtigen Beschluss gibt es derzeit weitere aktuelle Ergebnisse und komplexe Arbeitsaufträge an den G-BA.

Qualität digitaler Medizinprodukte

Der Bundesminister für Gesundheit hat im Digitale-Versorgung-Gesetz Regelungen für digitale Medizinprodukte verankert. Unter anderem auch die Bundespsychotherapeutenkammer hat sich im Stellungnahmeverfahren dafür ausgesprochen, dass digitale Medizinprodukte, die bei Menschen mit psychischen Erkrankungen Behandlungen unterstützen oder gar Behandlungen ersetzen sollen, weiterhin einer Bewertung durch den G-BA unterzogen werden. Nur so kann der Nutzen nachgewiesen und evidenzbasierte Patientenversorgung ermöglicht werden. Das ist eine zentrale Voraussetzung für den Einsatz von Medizin-Apps, die von Google oder anderen Anbietern sicher massiv beworben werden. Es ist aber keineswegs sicher, ob damit die leitliniengerechte Unterstützung einer medizinischen Behandlung gewährleistet wird und wo die – das ist ebenfalls zentral – hochsensiblen Daten der Patientinnen und Patienten landen. Deshalb bin ich froh, dass wir hier trotz aller Differenzen im Einzelfall einen Konsens gefunden haben, sodass die Versorgungsqualität nicht auf dem Altar der Wirtschaftsförderung geopfert wird.

Neue Niederlassungsmöglichkeiten

Das zweite Thema, das mir ganz wichtig ist: Wir haben die Bedarfsplanungs-Richtlinie verändert. Wir haben eine Mindestquote für Psychiaterinnen und Psychiater eingeführt, weil wir festgestellt haben, dass sich in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung der überwiegende Teil der Ärztinnen und Ärzte in den wirtschaftlich attraktiven Bereichen konzentrieren. Vor

diesem Hintergrund haben wir mit der Reform 2019 ca. 500 neue Niederlassungsmöglichkeiten in diesem Versorgungsbereich geschaffen. Diese können für eine bedarfsgerechte Versorgung zusätzlich genutzt werden. Hierbei werden vorhandene psychiatrische Quotensitze explizit für Psychiaterinnen und Psychiater vorgesehen, weder Neurologinnen oder Neurologen noch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten können sich dort niederlassen. Wenn wir von integrierten Versorgungsmodellen sprechen, mit denen eine Versorgung für Patientinnen und Patienten aus einer Hand ermöglicht wird, dann geht es nicht ohne eine flächendeckende, ambulante psychiatrische Versorgung. Wenn wir die Hospitalisierung nicht fördern wollen, ist dies unabdingbar. Sie kann nur vermieden oder verkürzt werden, wenn es gute ärztliche Versorgungsangebote in der Fläche gibt. Wir werden, wenn wir den entsprechenden Aufwuchs haben, noch mehr Sitze für Psychiaterinnen und Psychiater schaffen. Mir geht es jetzt zunächst darum, das Signal in der Weiterbildungsordnung zu setzen: Wer sich in diesem Bereich spezialisiert, hat eine reale Zulassungschance.

Koordination in der Versorgung stärken

Die dritte Aussage, die mir ganz wichtig ist: Wir müssen daran arbeiten, dass das teilweise unkoordinierte Nebeneinander der einzelnen Versorgungsformen strukturiert verändert wird. Eines der Leuchtturm-Pilotprojekte im Innovationsausschuss ist ein Modell im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter der Leitung von Dr. Bergmann. Salopp gesagt geht es darum: Schluss mit der Angst der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, mit einer Ärztin oder einem Arzt zu sprechen, weil sie glauben, das Delegationsprinzip würde wieder eingeführt; Schluss mit der zeitweiligen Funkstille zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und den sozialen Infrastrukturhilfen, die es in der Fläche auf kommunaler Ebene gibt. Wir haben hier ein Projekt für schwer erkrankte Patienten, die in einem strukturierten Prozess mit Case Management mit einem Prozessverantwortlichen (z. B. Psychiaterinnen, Psychiatern oder Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten) betreut werden, die allein keine strukturierte Behandlung managen könnten. Das kostet mehr Geld, bringt aber auch mehr Lebensqualität und Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten. Fast 50 Prozent der Eingliederungsfälle sind Menschen mit psychischen Erkrankungen – im Sinne einer ordnungsgemäßen und leitliniengerechten Versorgung ist das also längst überfällig. Wir müssen die Traumata der

Vergangenheit überwinden. Ich höre das immer wieder, es gibt immer noch große Vorbehalte, wenn es um die Kommunikation zwischen Psychotherapeuten und Ärzten geht. Die Sorge ist, dass dies ein Rückschritt Richtung alte Zeiten sein könnte, in denen die Ärztinnen und Ärzte Patienten noch zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten delegiert haben. Diese Ängste abzubauen ist Gegenstand des Projektes. Es wird die Blaupause zur Umsetzung des Gesetzes, das dem G-BA aufgibt, strukturierten Zugang und strukturierte Versorgung, insbesondere in schwereren Erkrankungssituationen, sowohl für die Psychotherapie als auch für die psychiatrische Behandlung zu organisieren. Ich möchte aber klarstellen, dass es viele Menschen mit sehr großen Hilfebedarfen gibt, die im derzeitigen System vor der Tür stehen, weil es eben auch sehr viele Menschen mit leichteren Erkrankungen gibt, die von Befindlichkeitsstörung nicht ohne weiteres zu unterscheiden sind. Diese Unterversorgung für schwer kranke Menschen, denen am Ende nur der Weg in die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) oder in die stationäre Versorgung bleibt, müssen wir auf alle Fälle verändern.

Nun zur G-BA-Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychotherapie.

Vorab zwei bis drei Fakten, damit wir wissen, worüber wir sprechen: Status Quo Ende 2018 war im Mittel ein Umsetzungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) von 98 Prozent. 50 Prozent der Krankenhäuser, die psychiatrische Patienten versorgen, liegen aber deutlich unter diesen 98 Prozent. Die wurden auch nur erreicht, weil wir einige »Flaggschiffe« haben, die hervorragende Versorgung auf der Basis von 120, 130, teilweise 140 Prozent der Vorgaben der alten Richtlinie bieten. 25 Prozent der Krankenhäuser liegen unter 95 Prozent, und 10 Prozent sogar unter 90 Prozent. Wir haben sogar 5 Prozent der Krankenhäuser, die nach den Abrechnungsdaten der GKV und den Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus unter 85 Prozent liegen.

Die Psych-PV war lediglich ein Instrument, mit dem Budgetverhandlungen geführt wurden. Solange psychiatrische Krankenhäuser bis zu 100 Prozent entsprechend der Anforderungen der Psych-PV vorwiesen, haben sie entsprechende Budgets bekommen, es gab aber keine Sanktionierung, wenn sie darunterlagen.

Sanktionierung ist nun möglich

Wie bereits erwähnt, war das alte Instrumentarium der Psych-PV lediglich ein Instrument für Budgetverhandlungen. Jetzt wurden diese Quoten der Psych-PV von unverbindlichen Personalanhaltszahlen zu verbindlichen Mindestvorgaben weiterentwickelt. Diese Mindestvorgaben führen dazu, dass nach Schätzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mehrere tausend Pflegekräfte und Therapeuten gebraucht werden, um die Anforderungen vollständig erfüllen zu können. Da ist es schon bemerkenswert, einerseits festzustellen, dass mehrere tausend Kräfte eine Verschlechterung bedeuten und gleichzeitig die Übergangszeit von vier Jahren bis zum Erreichen von 85, 90 und 100 Prozent als zu kurz zu kritisieren, weil das erforderliche Personal nicht zu finden sei.

Der nächste Punkt ist: Wir knüpfen in der Richtlinie an die Nichterfüllung dieser Vorgaben nicht nur den Wegfall von Vergütungsansprüchen, sondern gegebenenfalls auch ein Behandlungsverbot, weil ordnungsgemäße personelle Ausstattung die elementare Voraussetzung für angemessene Patientenversorgung ist.

Wir haben damit aber nicht festgeschrieben, dass in Zukunft die Vergütung nur noch auf Basis der Mindestvorgaben erfolgt. Kritik kam einerseits von denjenigen, die davon ausgehen, sie hätten zu wenig Personal und müssten vielleicht demnächst Strafen bezahlen. Die anderen befürchten, sie hätten zu viel Personal und seien möglicherweise bald nicht mehr in der Lage, dieses Mehrpersonal zu bezahlen. Aber gerade bezüglich der letztgenannten Sorge haben wir in den vergangenen Wochen über einen Änderungsantrag zum MDK-Reformgesetz ausdrücklich noch einmal in Ergänzung zur Richtlinie eine Klarstellung formuliert. Diese besagt, dass die Mindestpersonalgrenze des G-BA eine Mindestvorgabe ist, die nicht abbildet, was in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenklientel als leitliniengerechte Personalausstattung erforderlich ist. Deshalb ist ausdrücklich in dieser gesetzlichen Vorschrift verankert, dass Einrichtungen auch einen Anspruch auf höhere Budgets haben, wenn sie eine höhere Personalausstattung haben. Diejenigen, die heute schon 120 oder 130 Prozent vorhalten und das in der Vergangenheit mit Behandlungskonzepten hinterlegt haben, haben diesen Anspruch auch in Zukunft! Es geht nicht um die Kappung oben, sondern das verbindlich vorgesehene »Nachziehen von unten in die Mitte«.

Jetzt muss natürlich auch über Weiterentwicklungen nachgedacht werden, auch über das von Fachverbänden angedachten ›Plattformmodell‹. Das

Modell enthält Vorschläge zur Weiterentwicklung, auf deren Basis ich gerne bereit bin, innerhalb der nächsten zwei Jahre nachzujustieren. Spätestens mit dem Beschluss zum 30. September 2021 wollen wir geeignete Vorschläge in der Richtlinie abbilden, um in einem zweiten Schritt über den gesetzlichen Auftrag hinaus von den Mindestvorgaben zur Ermittlung von Personal-Anhaltszahlen zu kommen.

Höhere Minutenwerte

Zudem wollen wir in naher Zukunft auch die Mindestpersonalausstattung für Nachtdienste regeln, in der Psychosomatik die Minutenwerte nachjustieren und uns mit den Regelaufgaben der Psychologinnen und Psychologen vor dem Hintergrund der Psychotherapeutenausbildungsreform beschäftigen. Wir haben die Eingruppierungsempfehlungen ergänzt und mit Erläuterungen versehen. Alle 14 Tage muss diese Eingruppierung stattfinden. Wir haben diverse Rechenmodelle vorgesehen, entscheidend dabei ist: Wir haben gengenüber der Psych-PV die Pflegefachpersonen in den besonders unterversorgten Intensivbehandlungsbereichen, wo Patienten beispielsweise fixiert wurden, um 10 Prozent erhöht. Wir haben weiterhin festgelegt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hier nur angerechnet werden dürfen, wenn sie auch in einem ordentlichen – auch im Rahmen der Ausbildung – Beschäftigungsverhältnis stehen. Damit wollen wir verhindern, dass sie nach dem ersten Ausbildungsjahr schon als volle Arbeitskräfte mitlaufen und am Ende überfordert sind, was zu Zwangsmaßnahmen auf diesen Stationen führen kann.

Wir haben die Minutenwerte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um 5 Prozent erhöht, weil wir auch hier Nachbesserungsbedarf gesehen haben. Außerdem haben wir die Minutenwerte für Psychologinnen und Psychologen im Mittel um etwa 60 Prozent erhöht, weil sie neben dem Pflegepersonal zentral für den Behandlungserfolg sind. Hätten wir beim Pflegepersonal die Minutenwerte flächendeckend noch stärker erhöht, hätte irgendwann die Situation eintreten können, dass Einrichtungen keine Patienten mehr aufnehmen, weil sie den Pflegeschlüssel nicht erfüllen. Dann stünden behandlungsbedürftige Patienten vor geschlossenen Türen. Das kann natürlich nicht der Sinn einer vernünftigen und sachorientierten Richtlinie des G-BA sein.

Im Gegensatz zur bisherigen Regelung sind in den Minutenwerten übrigens Ausfallzeiten, Besonderheiten und Personalratszeiten ausdrücklich nicht

berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund sind nicht die alten Minutenwerte eins zu eins übertragen worden, sondern diese beschriebenen Erhöhungen machen insgesamt etwa 6 bis 7 Prozent Erhöhung der Gesamteinsatzzahlen aus. So können wir sagen: Wenn wir im ersten Jahr 85 und im zweiten 90 Prozent verlangen, damit entsprechende Sanktionen nicht eintreten, sprechen wir eigentlich über 90 oder 95 Prozent.

Quartalsbezogene Nachweise

Insgesamt müssen die Krankenhäuser die Einhaltung der Personalvorgaben – mit bestimmten Ausnahmetatbeständen – quartalsbezogen nachweisen. Ich habe aber dafür gekämpft – und daran ist am Ende die Zustimmung der DKG gescheitert –, dass wir zusätzlich zu dieser quartals- und einrichtungsbezogenen Sanktionierung 14-tägig einen Case-Mix aus den Stationen gemeldet und dokumentiert bekommen. Dahinter steht folgende Überlegung: Es kann sein, dass ein Krankenhaus in den Quartalsnachweisen sehr gut dasteht. Dann wissen wir aber immer noch nicht, ob das auf alle Stationen zutrifft, z. B. auch auf die Gerontopsychiatrie. Vor diesem Hintergrund sage ich: Wer im Zeitalter der Digitalisierung nicht im Stande ist, mir alle 14 Tage zu sagen, welche Patienten auf welchen Stationen waren und wie diese Stationen personell ausgestattet waren, der möchte sich nicht in Karten schauen lassen und das können wir nicht akzeptieren.

Wenn ich hier von Stationsbezug spreche, meine ich damit auch andere Behandlungsformen in der stationären Psychiatrie, in denen nicht mehr nur eine bestimmte Station bestimmte Patienten versorgt. Ich habe der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich angeboten, neue Stationsformen mit einem wissenschaftlich begründeten Konzept als stationsersetzend zu betrachten. Es ist aber kein wissenschaftliches Konzept, Stationen zusammenzulegen, um flexible Rechenregeln zu erreichen. Wir glauben, dass auf einer Station idealerweise nicht mehr als 16-20 Patienten sein sollten. Wenn ich daraus eine Einheit mit 60 Patienten mache, dann ist das kein neues Konzept, sondern eine Rechenvariante.

Pragmatischer Stufenplan

Wir haben mit der Richtlinie einen pragmatischen Stufenplan entwickelt. Wenn wir sofort 130 Prozent der Psych-PV-Vorgaben gefordert hätten, wäre das mit dramatischen Folgen verbunden, weil die Einrichtungen das

Personal so schnell nicht finden können. Sie hätten dann die Menschen wegen Personalmangels überhaupt nicht mehr behandeln können. Ich bin davon überzeugt, dass man mit diesen angemessenen und kleinen Schritten eher an das Ziel einer wirklich qualitativ hochwertigen Patientenversorgung kommt. Die Einrichtungen haben das zur leitliniengerechten Behandlung erforderliche Personal jederzeit vorzuhalten und das wird auch finanziert.

Ergänzend dazu ist die Änderung der Pflegesatzverordnung zu sehen. Hier geht es um die Erweiterung der Nachweispflichten für die verbindlichen Mindestvorgaben über die Vorgaben des G-BA hinaus, ausdrücklich geregelt vom Gesetzgeber. Wenn man ausgehend von einem Case-Mix eine bestimmte Personalausstattung braucht, die deutlich über den Mindestvorgaben liegt, dann wird die bei den Budgetverhandlungen am Ende auch berücksichtigt werden. Das ist ein richtiger Schritt in die richtige Richtung angesichts der Aufwuchspotenziale im Personalbereich.

Prof. Josef Hecken ist Jurist und seit 1. Juli 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Beitrag ist ein Auszug aus seiner Rede am 28.10.2019 auf der APK-Jahrestagung in Berlin

Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung

Jörg M. Fegert

Qualität als Maßstab ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung in der Psychiatrie. Ausgangspunkt ist auch hier die Psychiatrie-Enquête, die erreicht hat, dass psychisch Kranke wie andere körperlich Kranke in unserem Gesundheitssystem anerkannt wurden, die zudem eine besondere Versorgungsqualität brauchen. In der Folge bezog sich die Debatte darauf, »Wie macht man das eigentlich in den Institutionen und wie greift das ineinander?« Daraus resultierte die funktionale Betrachtungsweise »Was macht man in Behandlung, Pflege, Reha usw.? Wie kann man die Hilfsangebote regional differenzieren?« Bis in die Gegenwart sind noch große Unterschiede zu erkennen, z. B. zwischen Ost und West, zwischen Flächenländern und zwischen Stadtstaaten. Wie kann man durch gemeindepsychiatrische Verbünde als eine der wichtigsten Innovationen auch in den Kontext Koordination und übergreifende Steuerung auf einer kommunalen regionalen Ebene sicherstellen? Und zum ersten Mal – da bin ich als Kinder- und Jugendpsychiater dankbar – ist unser Fach als Versorgungsfach in den Blick gekommen und zugleich sind alte Menschen als spezielles Thema thematisiert worden.

Beeinflusst ist die Qualitätsdebatte durch Donabedians Prinzipien Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Diese Prinzipien finden sich auch in der Auseinandersetzung um die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wieder. Die Frage ist: Was kann man mit einer Richtlinie beeinflussen? Doch am ehesten Ebenen in der Strukturqualität. Was passiert aber dann gleichzeitig mit den Prozessen, wie entwickeln wir Prozesse und zu welchem Ergebnis führt das?

Der Gesetzgeber hat sich über die Jahre hinweg im SGB V Bereich mit bestimmten Qualitätsaspekten beschäftigt. In Bezug auf die Qualitätsaspekte in der Personalbemessung hatten wir als APK frühzeitig angeboten, die guten Erfahrungen von damals nutzbar zu machen. Unser Vorschlag war, wieder eine Expertengruppe einzurichten, auch mit Betroffenen und zu überlegen: Wie kann man ein aktuelles System der Vergütung machen? Wie kann man Strukturqualität und vielleicht auch Prozessqualität in diesem Bereich sichern? Damals war es so, dass es eine Expertengruppe für die Personalbemessung in der Erwachsenenpsychiatrie gab (1988), dann kam die Expertengruppe 1989 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu, und die haben einen gemeinsam konsentierten und abgestimmten Vor-

schlag vorgelegt und daraus entstand die Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV).

Das Gesundheitsministerium sagte damals: Die Psych-PV dient vor allem dem Ziel, in der Psychiatrie eine Therapie zu ermöglichen, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten. Die Perspektive muss die Wiedereingliederung in die Gesellschaft sein, quasi weg von der »Verwahrpsychiatrie« hin zur Reintegration in die Gesellschaft. Durch die Psych-PV wurde ein differenziertes Behandlungsangebot in unterschiedlichen Behandlungsgruppen geregelt. Der Qualitätsstandard der multiprofessionellen Behandlung war etwas ganz Neues in diesem Bereich. Ebenfalls als Qualitätsstandard wurde die regionale Pflichtversorgung verankert. Das hat auch Folgen für die aktuelle Debatte. Wenn man z. B. aufgrund von Sanktionen heute Angebote von Kliniken vom Netz nimmt und diese in ihrer Region die einzigen Anbieter sind, wären als Folge für die Patientinnen und Patienten unendlich lange Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Gerade als Kinder- und Jugendpsychiater sehe ich dies sehr kritisch: Wir brauchen die Eltern, die in der Behandlung mitarbeiten, und wir brauchen nahe Wege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Erwachsenenpsychiatrie.

Dennoch kann ich sagen, über diese vielen Jahre hinweg ist die Psych-PV ein Gerüst, das sich bewährt hat. Die APK hat auch immer betont, dass die Psych-PV ein wichtiger Ausgangspunkt für eine aktuelle Konzeption der Personalbemessung ist. Aber zugleich stammt die Psych-PV aus einer anderen Zeit. Die Versorgungsaufgaben haben sich in der Psychiatrie seit der Richtlinie (also seit 1990) extrem verdichtet. Wir haben 80 % gestiegene Fallzahlen und die Verweildauern haben sich um 60 % verkürzt. Insofern sind in Bezug auf Patientengruppen Personalbedarfe geregelt, aber das repräsentiert überhaupt nicht mehr diesen Aufwand. Und zugleich muss man sich vor Augen führen: Was gab es 1990 an Computer und an Dokumentation im Krankenhaus? Was gab es an sozialen Netzwerken? 1982 wurde der erste Laptop verkauft. Also in der Zeit, als über die Richtlinie gestritten wurde, waren wir quasi noch computerfrei in solchen Entscheidungen. Facebook wurde erst 2004 gegründet; heute ist es schon wieder bei den jungen Menschen veraltet. Man muss sich das mal vorstellen, was für eine dynamische Entwicklung wir haben, diese Entwicklungen in der Informationstechnologie und in der Medizin usw. müssen Berücksichtigung finden.

Ein weiterer wichtiger Schritt war die Expertenkommission Personalbemessung im komplementären Bereich, in der das Konzept der personen-

zentrierten Hilfe entwickelt wurde. Dort wurde – und das ist für die APK zentral und wichtig – definiert, dass der individuelle Bedarf entscheidend ist, immer unter Einbezug der Betroffenen. Es geht um integrierte Hilfeleistung. Es geht um eine Zielorientierung. Wir müssen Ziele vereinbaren, damit man zu Ergebnissen kommt. Und es geht ganz zentral um die Lebensweltorientierung. Diese Maßstäbe sind auch im Leitfaden zur Qualitätssicherung in psychiatrischen Kliniken – auch noch vor der Jahrtausendwende entstanden, aber immer noch interessant und lesbar – dargelegt. Und daraus können wir im Prinzip die Behandlungsziele und vorrangige Absichten wie Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten, Umgang mit Zwang usw. ableiten. Wir haben diese Zielsetzungen auch im aktuellen BMG-Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in den Fokus gerückt. Außerdem das Gebot der Wirtschaftlichkeit in dem die personellen Ressourcen optimal genutzt werden müssen. Darüber hinaus geht es um Regelungen fachlicher Zuständigkeiten usw.

Schon damals um die Jahrtausendwende und zehn Jahre nach Einführung der Psych-PV kam es zu einer ersten kritischen Bilanz und der Aussage in einem Artikel im Ärzteblatt, dass die Verbesserung der Qualität für Menschen mit psychischer Erkrankung stehen geblieben ist. Es ist durch die Verordnung ein großer Schritt gemacht worden, aber dann hat es sich eigentlich nicht mehr weiterentwickelt, sondern es ist wie einbetoniert im Status quo geblieben. Da muss man auch aktuell in Bezug auf die Personalausstattung in den Kliniken sehr aufpassen und die Dynamisierung ist ein ganz wichtiges Element, mit dem stetige Weiterentwicklung ermöglicht wird. Herr Hecken hat in seinem Vortrag sehr deutlich gemacht, dass er die vorgelegte Personalausstattung-Richtlinie als Startpunkt ansieht und nicht als Gesetzestafeln, die wie die Psych-PV dann dreißig Jahre irgendwo im Raum stehen bleiben und sich nicht weiterentwickelt. Wir haben als Qualitätsentwicklung in den Fachgesellschaften die Leitlinien erarbeitet. Wie sich allerdings der G-BA und auch die Politik der Illusion hingeben konnte, dass wir in den Leitlinien sehr viel zu den Ansprüchen einer komplexen stationären Behandlung finden, kann ich nicht nachvollziehen. Die Leitlinien sind häufig monosymptomatisch ausgerichtet (abgesehen von z. B. der S3-Leitlinie »Psychosoziale Versorgung«), aber viele Patientinnen und Patienten haben komplexe Probleme. Und da kann man zumindest zum Personaleinsatz nur sehr begrenzt Orientierung in den Leitlinien finden.

In der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde wurden Qualitätsstandards ausformuliert, auch hier die Vorgabe Leis-

tungen bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich zu erbringen. Die Qualitätsdiskussion und die Abwägung zur Wirtschaftlichkeit haben wir eigentlich in allen Bereichen und führen sie immer wieder. An der Stelle sollten wir uns auf die Grundprämisse zur Zeit der Enquête rückbesinnen, dass es um die Versorgung einer ganzen Gruppe geht und nicht um Detailregelungen in einzelnen Sektoren, die sich dann teilweise auch widersprechen.

Auch das Aqua-Institut war beauftragt worden, Qualitätsstandards für die Versorgung z. B. volljähriger Patienten mit Schizophrenie zu verabschieden. Letztendlich wurden Zähler und Merkmale für einzelne Qualitätsmerkmale, -prozesse, -strukturen vergeben. Die Evaluation hat aber auch gezeigt, dass das sehr schwierig zu erfassen ist. Deshalb erfolgte eine erneute Überarbeitung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Der G-BA hat den IQTIG-Bericht veröffentlicht. Das zeigt dann, wie diffizil und schwierig es wird, wenn ich anfange, störungsspezifisch für eine Patientengruppe Qualität regeln zu wollen.

Parallel haben wir eine intensive Qualitätsdiskussion in der Pflege. Es geht bisher vorrangig um die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege.

Insgesamt ist so viel geduldiges Papier beschrieben, dass wir manchmal vielleicht auch überlegen müssen, gehört nicht auch zur Qualität in der Versorgung eine entsprechende Haltung und kann man letztendlich jeden Punkt bis aufs letzte Komma überprüfbar machen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)?

Wenn wir jetzt zur sozialrechtlichen Verankerung kommen, da stehen interessante Schlagworte im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung) Man kann sich immer wieder in dieses Gesetzbuch verlieben, in dem es auch so viele verschraubte Paragrafen gibt. In § 70 wird bereits die Anspruchsbalance in der Überschrift »Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit« deutlich. Eine Vorgabe im SGB V im § 27 aber auch in Bezug auf die G-BA-Richtlinien ist besonders hervorzuheben: »Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen«. Also haben wir es geschafft, dass diese Gruppe im SGB V vorkommt und es ist normiert, dass es hier eine besondere Rücksichtnahme – ich sage mal bewusst dieses deutsche Wort – braucht, eine besondere Berücksichtigung.

Wir haben in der Pflegeversicherung im Gesetz zahlreiche Normen mit Bezug auf die Qualitätssicherung und trotzdem ist gerade in dieser Legisla-

tur, aber auch schon in den Legislaturen davor, das Leid in Bezug auf die Qualität in der Pflege und die Debatte darüber, ein nicht enden wollendes Thema; d. h. die guten Intentionen führen nicht immer zu den Resultaten, die man sich erhofft.

Sozialrechtlich ist die Verpflichtung zur Qualitätssicherung umfassend verankert und da sind wir dann jetzt sehr nah am Auftrag des G-BA.

Der G-BA hat aus dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) den Auftrag gehabt, Vorgaben zur Personalausstattung für die psychiatrischen Krankenhäuser zu aktualisieren, also Vorgaben aus der Psych-PV. Ob der GBA dies wirklich aktualisiert hat, ob die durchschnittlich vier Prozent, die Herr Hecken erwähnt hat, die Aktualisierung bringen oder ob es ums Umdenken in manchen Bereichen geht, ist die grundsätzliche Frage. Im Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie wird die Aufgabe einer transitionspsychiatrischen Betreuung sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie wie auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als sehr aufwändig erlebt. In diesem Bereich gibt es einen absoluten Zuwachs der Klientel; dazu gab es in den 1990er Jahren noch keine Debatte, aber heute wäre es dringlich, für die Behandlung dieser Altersgruppe adäquate Personalvorgaben, die den veränderten entwicklungspsychologischen und entwicklungspathologischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen, zu entwickeln. Neue Versorgungsentwicklungen wie die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (STäB) etc. müssen im Rahmen einer Reform aufgegriffen werden. Es kann nicht allein darum gehen, eine Systemfortschreibung vorzunehmen.

Oder ein weiteres Beispiel: In der ursprünglichen Psych-PV sind Mutter-Kind-Einheiten nach dem Beispiel des Rooming-in in Kinderkliniken konzipiert worden und man ist davon ausgegangen, dass die gemeinsame Behandlung Betreuungskosten reduziert, da die Eltern ja dann die Kinder mitbetreuen. Real bedeutet Mutter-Kind-Behandlung z. B. bei jungen erwachsenen Müttern mit Borderline-Störungen und ihren zum Teil von einer Kindeswohlgefährdung bedrohten Kindern einen mehrfachen Aufwand, der deutlich über die jeweilige Einzelbetreuung von Kind oder Erwachsenem hinausgeht. Insofern muss ich zum heutigen Zeitpunkt bilanzieren, dass die Chance zu einer inhaltlichen patientenorientierten Weiterentwicklung der notwendigen Personalausstattung vertan wurde. Das kann man auch nicht mit Verweis auf das Plattform-Modell abtun. Natürlich werden Fachgesellschaften bemüht sein, hier inhaltliche Vorschläge zu machen, aber auch

der G-BA ist hier durchaus in der Verantwortung, Rahmenbedingungen zu schaffen, die geeignet sind, aktuelle Versorgungsnotwendigkeiten aufzugreifen. Nochmals ganz deutlich: Der Auftrag, hier etwas Neues zu entwickeln, lag beim G-BA und es ist keine Selbstverständlichkeit, dass die Fachgesellschaften ihre Mitgliedsbeiträge plündern und aus eigenem Antrieb und aus Sorge um die Versorgung der Patienten Modelle entwickeln. Und wir haben sanktionsbewehrte bürokratische Vorgaben, die vielleicht Transparenz bringen, die uns aber auch wirklich mit noch mehr Dokumentationsaufgaben belasten. Es sollten auch Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert werden; davon finden wir nichts Konkretes in den Richtlinien, d. h. wir diskutieren schon wieder nicht über die zentralen Qualitätsmerkmale, sondern wir diskutieren über Minuten-Werte. Und wenn wir heute und morgen und am Mittwoch ins Zentrum der Tagung den Begriff »Qualität« in all seinen schillernden Facetten stellen, dann geht es genau um Strukturen, um Prozesse, weil eben die Verläufe **und** die Ergebnisse wichtig sind. Der G-BA war nicht beauftragt, Personaluntergrenzen zu entwickeln, aber die große Befürchtung ist, dass die Zahlen als Untergrenze wahrgenommen werden. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollten möglichst evidenzbasiert sein. Ich kann außer Untersuchungen zur Psych-PV keine Evidenz dazu aus Deutschland finden. Das ist ein Problem.

Politisch gestritten wird meistens hier über diese absolute Untergrenze und Mindestvorgaben. Dabei ist aber zu sagen, dass das von der Qualitätsdebatte her etwas ist, wo sich keiner wohlfühlen kann – weder Patient noch Behandelnde. Eine Personalausstattung, bei der man auch wirklich Zeit für die Dinge hat, die in der Versorgung notwendig sind und auch noch neue Dinge entwickeln kann oder wenigstens eine hinreichende adäquate Personalausstattung für die Pflichtaufgabe, ist entscheidend für eine qualitativ gute Behandlung. Jetzt ist diese Richtlinie veröffentlicht, auf deren Verschriftlichung wir so lange gewartet haben. Herr Hecken hat es in seinem Beitrag angesprochen, die erste Reaktion bei der Krankenhausgesellschaft war »G-BA katapultiert Psychiatrie um 40 Jahre zurück«. Und die andere Bank – also die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – hat gesagt »Mehr Zeit für psychische Gesundheit«. Jetzt, nachdem die Richtlinie veröffentlicht ist, hat Herr Hecken anscheinend schon einmal zehn Jahre gutgemacht, will man dem baden-württembergischen Sozialminister Manne Lucha folgen: »Das beamt uns 30 Jahre zurück«. Er hat sich deshalb an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt, um die Verabschiedung der Richtlinie in dieser Form zu verhindern (Anmerkung

im Redaktionsprozess: Die Richtlinie ist weitgehend unverändert fristgerecht noch im Jahr 2019 veröffentlicht worden.) Wir können schon sagen, dass die Psychiatriepersonalverordnung als einzig derzeit praktikable Personalbemessungsgrundlage bestätigt wurde. Deshalb sieht sich die APK auch bestätigt in dem ursprünglichen Ansatz, zu sagen, »Macht doch auf dieser Basis wieder Expertenkommissionen und bringt alle, die damit zusammenarbeiten, zusammen, um auch diese inhaltlichen Vorgaben zu gestalten.« Was aber ganz klar ist, ist, dass die Psych-PV aktualisiert und angepasst werden muss. Diese Richtlinie ist nicht der Weisheit letzter Schluss, sondern eine erste Notlösung, ein Platzhalter. Es muss jetzt darum gehen, dieses Fenster, welches geöffnet wurde, diese Chance zur Veränderung, die vielleicht gegeben ist, zu nutzen. Es muss darum gehen, neue zeitgemäße Inhalte hier hineinzubringen. Sonst haben wir wieder ein Korsett, welches von Jahr zu Jahr enger wird und welches eben nicht die notwendige Entwicklungsdynamik, die für die psychiatrische Versorgung erforderlich ist, ermöglicht. Dies würde bedeuten, dass wir erneut eine wichtige Chance verpassen. Da tröstet auch die 60 %ige Erhöhung in der psychologischen Betreuung nicht wirklich, denn die psychiatrische Arbeit wird dadurch noch mehr auf Management, Dokumentation und Medikamentenverordnung anteilig reduziert. Vielleicht ging es bei dieser positiven Geste auch um ganz andere intendierte Problemlösungen. Herr Lauterbach hat sich zu dem Thema sehr deutlich geäußert: »Die Lösung der Probleme für das Psychotherapeuten-Gesetz erfolgen in der Personalregelung für die Psychiatrie.«

Für Ärzte ist das natürlich frustrierend, zu wissen, ich muss noch mehr dokumentieren, ich werde immer zum Medikamenten-Verschreiber und alles, was Patientenkontakt ist, läuft – wenn überhaupt – über Psychologen und Pflegepersonal. Ich denke, da müssen wir wirklich noch mal sehr ins Gespräch kommen. Insgesamt kann man eine globale Erhöhung über alle Berufsgruppen hinweg von 4 % errechnen. Es gibt aber auch jetzt schon differenzierte Vorschläge auf der Grundlage der alten Psych-PV, realistische Zahlen für eine gute Versorgung zu machen. Und ähnlich wie mit dem angekündigten Plattform-Modell sollten sich Herr Hecken und der G-BA auch noch einmal stärker mit den Schussenrieder Tabellen auseinandersetzen, die auch von der Bank der Patientenvertreter im G-BA immer wieder beispielhaft erwähnt worden sind, weil da ein praktikabler Vorschlag schon für viele Bereiche gemacht wurde.

Zu dem Nachweisverfahren will ich nur sagen: Schon heute verbringen die Angehörigen der Heilberufe in psychiatrischen Kliniken, in den

erwachsenenpsychiatrischen Kliniken – muss ich präzise sagen – mehr Zeit mit Dokumentation als im Patientenkontakt. Das sind Daten, die die Wittchen-Studie, die immer noch nicht veröffentlicht ist, bestätigt hat, die auch allen Teilnehmenden beim G-BA vorlag, die aber nicht Gegenstand der öffentlichen Debatte sein kann. Und wir können einfach nicht noch mehr Dokumentation in diesen Bereichen ertragen, sondern wir brauchen Beziehungsqualität. Selbstverständlich ist die angesprochene einrichtungsbezogene Transparenz auch ein wichtiger Punkt, dass das Geld da ankommt, wo es hin soll – nämlich bei den betroffenen Patienten und Patientinnen. Aber wir müssen irgendwo eine Balance finden und nicht nur einen Aufwuchs von Dokumentationsaufgaben haben.

In den weiteren Qualitätsempfehlungen der Richtlinie verstecken sich die Einführung von Genesungsbegleitern und -innen und Empfehlungen zur Stationsgröße. Das wird seitens des G-BA als große Schritt dargestellt und bei den Genesungsbegleitern und -innen teile ich das, die Empfehlungen zur Stationsgröße, das sehe ich durchaus kritisch. Zwar wird in den tragenden Gründen noch mal gesagt, dass man von den Zielsetzungen her Behandlerkonstanz will, indikationsbezogene Behandlungskonzepte, Milieu-Therapie, Gemeindenähe, man möglichst geschützte Stationen, Zwang, geschlossene Türen vermeiden, regional versorgen soll usw. Ich befürchte, man setzt vielleicht falsche Anreize. Wir erleben es immer öfter bei der MDK-Überprüfung, dass gesagt wird: »Der war ja gar nicht fixiert. Wieso gibt es da 1:1-Behandlung?« Also 1:1 ist ja da, um Zwang zu vermeiden. Pervertiert wird das aber in der Kontrolle dann plötzlich zum Merkmal, und die Fixierung rechtfertigt die Kosten. Wir haben alles gehört, was Herr Hecken in seinem Beitrag ausgeführt hat, aber wir müssen in der Praxis schauen, wie es dann umgesetzt wird und was dabei herauskommt. Der Sockelbetrag bisher, der kleine Stationen boniert hat, entfällt. Jetzt haben wir den frommen Wunsch, in der Richtlinie, aber keinen Anreiz mehr, kleine Einheiten vorzuhalten. Auch hier wird man sehen, wie sich das im Feld entwickelt. Die Segmentierung wird eher zementiert. Da war ich froh, zu hören, dass moderne Behandlungsformen wie STäB, die wissenschaftlich untersucht werden, nicht verhindert werden sollen. Die Versorgungsverpflichtung wird auch nicht boniert, sondern es soll Abschläge geben bei denen, die keine Pflichtversorgung haben. Und ich weiß nicht, ob es ausreichen wird, die unangenehmen Aufgaben in diesem Bereich voranzubringen.

Sicher wichtig zu erwähnen ist die Anpassung, die von Herrn Hecken genannt wurde, und hier können dann in den nächsten Jahren auch die

Mindestpersonalausstattungen für die Nachtdienste usw. noch eingeführt werden. Da haben wir eine große Verantwortung.

Ich komme zu meinem Fazit: Fachwelt und Politik muss nun bei der Weiterentwicklung der Richtlinien und der Krankenhausfinanzierung dafür sorgen, dass wir über Mindestvorgaben hinaus gehen. Dieses Starren auf diese Zahlen hat dazu geführt, dass eigentliche Anreize für Qualität, moderne personenbezogene und sektorübergreifende Beziehungsarbeit, eher weggefallen sind. Wir müssen diese Beschlüsse erst mal differenziert auswerten und wir müssen auch beobachten und gleichzeitig Vorschläge vorlegen. Da ist der Innovationsfonds ein wichtiges Mittel, Qualität zu verbessern. Und wenn wir die aktuellen Themenfelder der APK anschauen, dann haben wir einerseits den Dialog, der viele Qualitätsthemen im Bereich des SGB V aufgreift, und wir haben Themen außerhalb des Dialogs, wie die Umsetzung des Bundesteilhabegesetz.

Grundsätzlich gilt: Qualität ist unteilbar. Qualitätssicherung ist kein Instrument, mit dem man alle Probleme gleichzeitig lösen kann.

Mir ist es wichtig, die Verbesserung der Personalbemessung wirklich politisch durchzusetzen. Aber wir müssen auch die anderen Themen, wie Komplexleistungen im ambulanten Bereich, Zusammenarbeit zwischen den Professionen, Patientenrechte, Krisenhilfe usw., voranbringen. Und wir brauchen gerade auch im Bereich Demenz und Pflege eine konzertierte Aktion gegen den Pflegenotstand und eine große Qualitätsoffensive in diesem Bereich.

Qualitätsaspekte im Rahmen personenzentrierter Teilhabeleistungen

Matthias Rosemann

Die aktuelle psychiatriepolitische Debatte zeigt drei wesentliche Handlungsfelder: Die Reform des Sozialgesetzbuch IX durch das Bundesteilhabegesetz, die Reform des Maßregelvollzugs und die anstehende Reform des Betreuungsrechts.

1. Sozialgesetzbuch IX

Schon im Jahr 2008 war auf der Tagung der Aktion Psychisch Kranke sehr deutlich die Forderung nach einem Recht auf einen individuellen Hilfeplan formuliert worden. Der Gesetzgeber hat dies nun in der Gestalt der Vorschriften zum Teilhabeplan und zum Gesamtplan normiert. Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum Bundeteilhabegesetz (BTHG) hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales keinen Zweifel daran gelassen, dass darin ein Herzstück der Reform gesehen wurde. Mit dem Teilhabeplan und der dazu möglichen Teilhabeplankonferenz sollen die Rehabilitationsträger in die Lage versetzt werden, individuell den Bedarf der leistungsberechtigten Person zu ermitteln und alle erforderlichen Leistungen leistungsträgerübergreifend zu erbringen. Im Zuge der Ausgestaltung wurde nicht nur eine Vorschrift für die Rehabilitationsträger unter definierten Bedingungen, sondern auch ein Rechtsanspruch der Menschen mit Behinderungen auf einen Teilhabeplan verankert (§ 19 SGB IX). Bemerkenswert daran ist nicht nur die Verfahrensvorschrift als solche, sondern dass sie auch abweichungsfest ist, d. h. die Vorschriften der §§ 19 und 20 SGB IX gelten bindend für alle Träger von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, also auch für die Träger der Eingliederungshilfe.

Für diese aber wurden zusätzliche neue Vorgaben für das sog. Gesamtplanverfahren verankert. Hatte es bislang nur die Vorschrift gegeben, dass der Träger der Sozialhilfe einen Gesamtplan aufstellt, wurden nun die Vorschriften zu den Kriterien, denen das Gesamtplanverfahren genügen muss, erheblich ausdifferenziert. Das geht einher mit neuen Beschreibungen der Aufgaben der Leistungen zur Sozialen Teilhabe, die – wie alle Regelungen des Sozialgesetzbuchs IX – nun auf den individuellen Bedarf unabhängig vom Ort der Leistungserbringung abgestellt sein müssen.

Aus diesen Neuerungen ergeben sich vielfältige Fragestellungen für die zukünftige konkrete Ausgestaltung der Bedarfsermittlung und Leistungs-

planung vor Ort. Es muss gelingen, die Gesamt- und Teilhabeplanung tatsächlich individuell auszugestalten. Das stellt nicht nur Anforderungen an diejenigen, die für die Bedarfsermittlung und Leistungsplanung verantwortlich sind, sondern auch an die Leistungserbringer, die ihre Angebote sehr viel stärker als bisher individualisiert beschreiben und anbieten müssen.

Aktuell müsste eine intensive Diskussion allerorten über die Frage beginnen, wie der Anforderung, dass der Hilfe außerhalb von besonderen Wohnformen der Vorzug zu geben ist, wenn die leistungsberechtigte Person das wünscht (§ 104 SGB IX) und Hilfen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson auch ohne konkrete Inanspruchnahme (§ 78 SGB IX) tatsächlich umgesetzt werden können. Stattdessen erleben wir die umfangreiche Diskussion anderer Fragen, wie etwa eine ausufernde Debatte über die Abgrenzung von Flächen in Heimen in einen Anteil, der dem individuellen Wohnbedarf eines Menschen, und in einen Anteil, der der fachlichen Leistung zuzurechnen ist. Die Umstellung aller Heimverträge mit großem Aufwand und Unklarheiten hinsichtlich umsatzsteuerlicher Fragen für die Heimverträge binden erhebliche Ressourcen bei Heimträgern und Kostenträgern und deren Verbänden.

Unter dem Aspekt von Qualität ist es für die Zukunft des psychiatrischen Hilfesystems von wesentlicher Bedeutung, dass die Anforderungen des BTHG nun auch tatsächlich in die Realität umgesetzt werden. Dass dies mehr Zeit benötigen würde, als der Gesetzgeber dafür im eigentlichen Sinne vorgesehen hat, überrascht wenig. Notwendig ist aber nun ein beharrlicher Diskurs zur systematischen Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Heime sollen nicht abgeschafft werden, aber Alternativen zu ihnen sollen systematisch entwickelt und aufgebaut werden. Dazu müssen neue Leistungen entwickelt werden (z. B. Hilfen in Krisensituationen, die »Erreichbarkeit«), es müssen aber auch die neuen Verfahren implementiert werden. Nicht jeder Leistungserbringer wird Hilfen rund um die Uhr anbieten können. Es werden dazu vernetzte Strukturen benötigt. Bisher wurde über diese Fragen zu wenig gesprochen und verhandelt, deshalb muss es nun Aufgabe für die Zukunft werden, dass die Rechtsansprüche der Menschen mit Behinderungen nicht ins Leere laufen, sondern tatsächlich gedeckt werden können.

Wenn die Träger der Eingliederungshilfe nun systematisch zur Beratung und Unterstützung verpflichtet sind, bis hin zur Verpflichtung, geeignete Leistungserbringer zu finden und mit ihnen die Leistungsvereinbarungen auszuhandeln, dann bedarf es dazu geeigneter Formen. Daher werden auch die Hilfeplankonferenzen und ihre Formen neu zu diskutieren sein. Aus Sicht der Aktion ist wesentlich, dass in den neuen Verfahren und Vereinbarungen

sichergestellt wird, dass kein Mensch wegen Art oder Schwere der Erkrankung ohne Leistung bleibt. Der Zugang zu den Hilfen muss über geeignete Konferenzstrukturen für alle Menschen sichergestellt werden, ganz besonders auch für die Menschen, die nicht selbst Hilfen suchen, sondern ihnen eher skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen.

2. Maßregelvollzug

Die Aktion Psychisch Kranke hat sich an einem Positionspapier einiger Fachverbände (1) der psychiatrischen Versorgung beteiligt, in dem unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen Maßnahmen gefordert werden, die gewährleisten, dass psychisch erkrankte Menschen mit einem Delikt in ihrer Lebensgeschichte die notwendigen Hilfen und Unterstützung vor, während und nach einer psychiatrischen Maßregel erhalten. Auch die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Gesundheitsministerkonferenz hat in ihrem letzten Bericht aus dem Jahr 2017 (2) auf die notwendigen Übergänge zwischen dem psychiatrischen Hilfesystem und dem Maßregelvollzug hingewiesen.

Teile des Positionspapiers zielen aber weitergehend darauf ab, eine Reform des psychiatrischen Maßregelrechts in die öffentliche Debatte zu bekommen. Dazu gehören die Vorschriften des § 20 StGB, in denen mit einer Sprache, die unserer heutigen Beschreibung von psychischen Erkrankungen nicht mehr gerecht wird, die Gründe für mögliche Schuldunfähigkeit beschrieben werden. Insofern begrüßen wir es, wenn nun ein Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Justiz vorliegt, in dem die Sprache dieses § 20 StGB einer zeitgemäßen Nomenklatur angepasst werden soll. Dennoch bleiben einige weitergehende Fragen offen. Zu ihnen gehören die Erörterungen, ob die Bestimmung einer psychischen Krankheit als Ursache von Schuldunfähigkeit für die Begründungen einer psychiatrischen Maßregel zwingend erforderlich ist, ebenso, wie die Frage, ob die psychiatrische Maßregel immer an einer Unterbringung in einem Krankenhaus (§ 63 StGB) angeknüpft werden muss. Es wären auch Regelungen denkbar, die den Aspekten der Behandlung und Sicherung in anderer Weise gerecht würden, z. B. in geeigneten Einrichtungen des psychiatrischen Regelversorgungsystems.

Grundsätzlich müssen viele geeignete Brücken zwischen dem System des Maßregelvollzugs und dem psychiatrischen Hilfesystem gebaut werden. Zu sehr sind die Übergänge zwischen den Leistungssystemen davon abhängig, dass sich Leistungserbringer freiwillig bereit erklären, Menschen aus dem Maßregelvollzug ihre Hilfen anzubieten. So sehr zu begrüßen ist, dass dies

z. B. in den meisten Gemeindepsychiatrischen Verbünden Standard ist, so sehr muss zugleich daran gearbeitet werden, dass dieser Standard flächendeckend in Deutschland Einzug hält. Dies könnte auch in den Rahmenverträgen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe verankert werden. Notwendig dafür ist ein entsprechendes Bewusstsein, das noch nicht in ausreichendem Maße bei den Beteiligten vorhanden ist.

3. Reform des Betreuungsrechts

In der laufenden Legislaturperiode ist eine Reform des Betreuungsrechts beabsichtigt (vgl. Annette Schnellenbach, S. 41). Dabei stehen viele Fragen zur Erörterung an. Eine der wesentlichen Fragen ist die der Bestellung eines Betreuers, d. h. die Frage, unter welchen Bedingungen eine Betreuung eingerichtet werden soll. Insbesondere die Abgrenzung von fachlichen Hilfen, die vorrangig angeboten werden sollten, von der rechtlichen Betreuung stellt eine zentrale Aufgabe für die beabsichtigte Neuregelung dar. Es muss sichergestellt werden, dass die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung kein Ersatz für eine soziale Leistung sein darf. Denn immerhin handelt es sich bei der Bestellung eines Betreuers um einen Eingriff in die Autonomie eines Menschen, der nur mit dem gebotenen Maß von Verhältnismäßigkeit vorgenommen werden darf.

Die Aktion Psychisch Kranke hat dazu eine Reihe von Empfehlungen und Anregungen in der Arbeitsgruppe Menschenrechte erörtert, entwickelt und im Vorstand beschlossen. Dabei werden nicht nur Anregungen zu den aktuellen Fragen der Betreuungsrechtsreform unterbreitet, sondern die Gelegenheit auch genutzt, weitergehende Änderungen anzuregen.

Viele dieser Anregungen sind auf der Grundlage des vom Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Projekts »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem« entstanden, das die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde gemeinsam mit der Aktion sowie mit der Charité Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg und der Universität Hamburg durchgeführt hat (siehe: www.bag-gpv.de).

Dabei geht es immer um die Frage, wie systematisch sichergestellt werden kann, dass eine freiheitsentziehende Unterbringung, eine andere freiheitsentziehende Maßnahme oder eine Zwangsbehandlung wirklich und tatsächlich nur allerletzte Mittel sind und vorher alle anderen Möglichkeiten der Hilfegestaltung ausgeschöpft werden. Dazu können rechtliche Anpassungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und vor allem in den dazu gehörigen Verfahrensvorschriften (FamFG) unterstützend wirken.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen im Rechtsystem gehören auch die Erwägungen, dass das System der Verfahrenspflegschaft einer Überarbeitung bedarf. Denn so, wie die Bestellung von Verfahrenspflegern und Verfahrenspflegerinnen heute oft gehandhabt wird, kann es nicht die Wirkung entfalten, die es haben sollte.

Die Änderung in der Haltung muss allerdings aus dem psychiatrischen Hilfesystem kommen; schon bemerkenswert viele Änderungen der zurückliegenden Jahre sind durch die Rechtsprechung hervorgerufen worden. Nun müssen die Aktivitäten und Initiativen aus der Psychiatrie, ebenso aus dem klinischen wie auch aus dem nicht-klinischen Bereich, hervorgehen. Änderungen in den gesetzlichen Grundlagen können dazu nur unterstützend wirken. Aber sie können eben auch wirken!

Diese Anregungen sind zu finden unter: www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen/APK_Novellierung_Betreuungsrecht_190930.pdf.

Auch mit der immer wieder umstrittenen Frage, was Einwilligungsfähigkeit eigentlich bedeutet, hat sich die Aktion beschäftigt. Diese Frage spielt insbesondere bei der Beurteilung und Begutachtung von Entscheidungen ohne oder gegen den Willen eines psychisch erkrankten Menschen eine wesentliche Rolle. Allzu oft wird unserer Wahrnehmung nach etwas zu leichtfertig mit der Aufgabe umgegangen, den Willen eines Menschen in einer besonderen Lebenssituation in Erkundung zu bringen. Daher hat die Aktion dazu eine Empfehlung erarbeitet, die unter folgendem Link zugänglich ist: www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/170706_Positionspapier_Einwilligungsfaehigkeit.pdf

Wir befinden uns gegenwärtig in einer politischen Situation, in der wir mit guten fachlichen psychiatrischen Argumenten Einfluss auf die aktuellen Entwicklungen nehmen müssen. Das kann nur gelingen, wenn wir den Aspekt der guten Qualität psychiatrischer Arbeit in den Vordergrund stellen werden.

Literatur:

(1) Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie: Forderungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs und des Maßregelrechts, Abruf unter https://www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/broschueren/forderungen-zur-weiterentwicklung-der-gesetzlichen-rahmenbedingungen.html

(2) Gesundheitsministerkonferenz: Beschlüsse der 90. GMK, Abruf unter: https://www.gmkonline.de/beschluesse_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf

Diskussionsprozess des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) zu »Selbstbestimmung und Qualität im Betreuungsrecht«

Annette Schnellenbach

Vielen Dank, ich freue mich sehr, dass wir hier als Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) heute zu dieser Tagung geladen sind. Auch dass ein Symposium zu dem Thema »Qualität in der rechtlichen Betreuung« hier eingerichtet worden ist, kommt zu einem für uns nützlichen Zeitpunkt. Wir beschäftigen uns zurzeit intensiv damit, wie wir die Qualität in der rechtlichen Betreuung im Interesse der Betroffenen verbessern können. Die psychiatrische Versorgung, das Gesundheitssystem generell und das Betreuungsrecht sind in der Praxis sehr eng miteinander verzahnt. Beides kann letztlich nur gut funktionieren, wenn die Qualität in beiden Bereichen stimmt. Das Betreuungsrecht tangiert andere Rechtsgebiete, kann diese aber nur in beschränktem Maße beeinflussen.

Ich möchte das am Beispiel der Umsetzung des Erforderlichkeitsgrundsatzes verdeutlichen. Rechtliche Betreuung soll nur dann zur Anwendung kommen, wenn es keine anderen Hilfen gibt, die dem Betroffenen niedrigschwelliger zur Verfügung stehen, ohne dass ein Grundrechtseingriff damit verbunden ist. Eine andere Hilfe kann eine gute ambulante psychiatrische Versorgung sein, die dafür sorgt, dass Menschen frühzeitig aufgefangen werden und bestenfalls gar nicht in einen Zustand geraten, in dem sie einen rechtlichen Betreuer brauchen. Auch eine gute klinische Versorgung kann die rechtliche Betreuung bestenfalls überflüssig machen. Aber auch der Betreuer oder die Betreuerin kann nur gut mit dem/der Betroffenen in einer Klinik arbeiten, wenn dort auch gut mit Menschen gearbeitet wird. Das hängt einfach zusammen. Wir haben teilweise das Problem, dass wir das Zusammenwirken nur begrenzt beeinflussen können. Und deshalb ist es so wichtig – genau dasselbe gilt auch für das Sozialrecht –, dass wir uns immer austauschen. Und da ist es auch gut, dass wir mit der Aktion Psychisch Kranke in Kontakt sind und dass wir Ihnen hier heute vorstellen können, was wir diesbezüglich machen.

Ich werden Ihnen zunächst erläutern, was uns veranlasst hat, den Diskussionsprozess »Selbstbestimmung und Qualität im Betreuungsrecht« zu starten. In dem Prozess steht die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zentral im Fokus. Dann werde ich die Ziele und die Grenzen des Diskussionsprozesses, die Arbeitsstruktur, die Organisationsform, wesent-

liche Diskussionsschwerpunkte und Zwischenergebnisse darstellen. Ich habe notwendigerweise eine Auswahl treffen müssen. Das ist ein ambitionierter Diskussionsprozess und wir sind ergebnisoffen an die Fragen rangegangen. Deshalb kann ich letztlich nur eine Auswahl präsentieren.

Der wesentliche Impulsgeber für unseren Diskussionsprozess ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die jetzt zehn Jahre in Kraft ist. Diese Konvention verpflichtet uns, das Betreuungsrecht in der praktischen Umsetzung zu überprüfen, inwieweit die UN-Konvention auch tatsächlich umgesetzt wird. Darüber hinaus haben wir in der letzten Legislaturperiode bis 2017 zwei Forschungsprojekte durchgeführt. Eines der Vorhaben hat sich sehr umfassend empirisch mit der Qualität in der rechtlichen Betreuung befasst. Es sind Defizitbereiche nachgewiesen worden, die wir im Rahmen der Entwicklung von Handlungsempfehlungen angehen müssen.

Artikel 12 Absatz 3 UN-BRK ist eine entscheidende Norm für das Betreuungsrecht: Die Vertragsstaaten treffen danach geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderung Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. Zugang zu Unterstützung – das ist das, was das Betreuungsrecht im Bedarfsfall leisten muss. Zu dessen besserer Verwirklichung braucht man eine verbesserte Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen bei der Entscheidung über die Notwendigkeit einer Betreuung und über die Auswahl des konkreten Betreuers. Auch bei der Führung der Betreuung muss das Selbstbestimmungsrecht durch den Betreuer/die Betreuerin stets so weit wie möglich gewahrt bleiben. Und ganz wichtig: Auch die gerichtliche Kontrolle der Betreuungsführung muss sich daran orientieren. Der zweite wesentliche Aspekt, den ich schon kurz angerissen habe, ist der Erforderlichkeitsgrundsatz. Betreuung soll nur dann erfolgen, wenn sie erforderlich ist, weil der Betroffene ohne einen Vertreter nicht klarkommt. Niedrigschwellige Hilfen sind vorrangig, vor allen Dingen auch im Sozialrecht.

Im Vorfeld von rechtlicher Betreuung bzw. in der Prüfung der Erforderlichkeit und auch innerhalb der rechtlichen Betreuung ist das Gebot größtmöglicher Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung im bestehenden System nicht durchgängig zufriedenstellend verwirklicht. Das ist für die einzelnen Akteure in den Forschungsprojekten nachgewiesen worden und mit Handlungsempfehlungen im Einzelnen verbunden. Der Koalitionsvertrag greift die Handlungsempfehlungen auf und enthält detaillierte Vorgaben, womit wir uns befassen sollen. Qualität und Selbstbestimmung sind die wichtigen Parameter.

Ziele und Arbeitsstruktur des Diskussionsprozesses

Die *Ziele* leiten sich aus den Forschungsergebnissen ab:

- Selbstbestimmung und Autonomie unterstützungsbedürftiger Menschen sowohl im Vorfeld als auch innerhalb der rechtlichen Betreuung stärken
- und die Qualität der rechtlichen Betreuung in der Umsetzung verbessern.

Wo sind *Grenzen* vorgegeben? Es gibt einen sehr straffen Zeitplan. Wir haben im Sommer des letzten Jahres begonnen und wollen den Diskussionsprozess zum Ende dieses Jahres schon abschließen und auch in dieser Legislaturperiode noch Reformergebnisse erzielen. Wir fokussieren uns auf den Änderungsbedarf im Bundesrecht, d. h. im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), also in den Normen, die wir beeinflussen können. Das muss ich vorwegschicken, weil das ein wichtiger Punkt ist, auch wenn es manchmal frustrierend ist: Wir haben keinen unmittelbaren Einfluss auf die faktisch zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der Aufgaben in der rechtlichen Betreuung. Das ist oft ein Problem. Die Gerichte sind überlastet, die Betreuungsbehörden sind überlastet, die Betreuungsvereine sind unterfinanziert. Diese Probleme können wir nur mit den Akteuren Länder und Kommunen verhandeln. Das versuchen wir auch in intensiven Gesprächen, aber wir können nicht unmittelbar eingreifen. Das muss alles politisch zusammenwirken. Der politische Wille von Bund, Länder und Kommunen, also aller staatlichen Akteure, zur Weiterentwicklung und zu Reformen muss vorhanden sein. Wir sind optimistisch, aber es sind dicke Bretter zu durchbohren, weil es letztlich immer um Kosten geht.

In Bezug auf die *Arbeitsstruktur* haben wir den Diskussionsprozess bewusst breit angelegt, weil wir alle wesentlichen Akteure des Betreuungswesens, aber auch die betroffenen Menschen, bei dem Prozess möglichst mitnehmen wollen. Wir wollten möglichst viele Perspektiven auch in den Arbeitsgruppen in einer möglichst konstruktiven Diskussion zusammenbringen. Beteiligt sind die Länder, die Kommunen, die Interessenverbände, unabhängige Experten (Berufsbetreuer/innen, die nicht über einen Verband kommen, oder auch Richter), die Verbände von Menschen mit Behinderung und über den Deutschen Behindertenrat benannte Selbsthilfevertretende. Aus unserer Sicht ist das sehr effektiv, weil es die Perspektiven zusammenbringt und uns einen guten Überblick über den aktuellen Fachdiskurs ermöglicht. Manches Mal haben wir auch Einigkeit erzielt in Punkten, wo man es

vorher nicht unbedingt zu erhoffen wagte. Als Vorbild für die Partizipation betroffener Menschen dient Österreich. In Österreich wurde eine Erwachsenenschutzrechtsreform im letzten Jahr beteiligungsorientiert abgeschlossen und dort waren auf eine bisher einmalige Weise insbesondere Betroffene miteingebunden. Gleichzeitig aber – das ist die Quadratur des Kreises – soll der Diskussionsprozess effizient und lösungsorientiert sein. Deshalb haben wir themenspezifische Facharbeitsgruppen jeweils breit besetzt eingerichtet, in denen die fachlichen Fragen diskutiert werden. Wir haben ein Hauptgremium – das Plenum – geschaffen, in dem alle beteiligten Akteure vertreten sind und in dem ergebnisorientiert diskutiert wird. So erhalten wir den Gesamtblick und Transparenz für alle. Dann haben wir vier Facharbeitsgruppen gebildet und im September 2018 gestartet, in denen die fachliche Diskussion stattfindet – auch auf der Basis von konkreten Gesetzgebungsvorschlägen. Wir haben zudem im Februar 2019 zum ersten Mal in dieser Form einen Workshop für Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter durchgeführt. Der zweite Workshop ist im ersten Halbjahr des nächsten Jahres geplant. Das heißt, wir wollten eben nicht nur über die Verbände Akteure mit in die Facharbeitsgruppen einbinden, sondern wir haben unmittelbar Betroffene angesprochen und Betreute dazu gewonnen, mit uns einen ganzen Tag lang in kleinen Arbeitsgruppen über ihre Erfahrungen mit rechtlicher Betreuung zu diskutieren. Das war von der Vorbereitung her aufwändig. Es war nicht leicht, Mitwirkende zu finden, weil es für viele Menschen eine große Hemmschwelle gibt, sich so einer Diskussion auszusetzen. Die Ergebnisse des ersten Workshops sind in unsere Auswertung mit eingeflossen. Der Zeitplan für unseren Diskussionsprozess beträgt insgesamt 18 Monate, was sehr eng ist. Wir haben drei Sitzungen dieses Plenums: Auftakt, Halbzeit und Abschluss. Im Juni 2018 haben wir begonnen, im Mai hatten wir eine Halbzeitsitzung und Ende November, ist die Abschlusssitzung, dann ist der Prozess beendet. Auf der Basis der Ergebnisse wollen wir Ende des Jahres bilanzieren, ob und wie wir einen Gesetzgebungsprozess einleiten. Der Bilanz und dem Start eines Gesetzgebungsprozesses muss dann unsere Hausleitung zustimmen.

Diskussionsschwerpunkte in den Facharbeitsgruppen

Die *erste* Facharbeitsgruppe hat sich mit der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts bei der Betreuerauswahl, der Betreuungsführung und der Aufsicht beschäftigt – eine sehr wichtige Arbeitsgruppe, die deshalb auch viermal getagt hat. Die Facharbeitsgruppe *zwei* hat sich mit der Berufsbetreuung

beschäftigt. In diese Arbeitsgruppe haben wir Akteure mit hinzugezogen, die mehr auf die Berufsausübung fokussiert sind. Die *dritte* Facharbeitsgruppe hat sich mit dem Ehrenamt und der Vorsorgevollmacht auseinandergesetzt. Diese Facharbeitsgruppe hat zudem die dringend notwendige Verbesserung der finanziellen Situation der Betreuungsvereine diskutiert. Im Fokus der *vierten* Facharbeitsgruppe stand die Schnittstelle zum Sozialrecht – ein schwieriges Thema mit der zentralen Fragestellung: Wie kann man Betreuung durch bessere Nutzung von anderen Hilfen besser vermeiden? Darüber hinaus wurden *Unter-Facharbeitsgruppen* gebildet mit spezifischen Fragestellungen wie der Sicherung des Datenschutzes oder der Frage: Wie kann man die Gerichte, vor allem die Rechtspfleger und Rechtspflegerinnen, noch besser von bürokratischen Aufgaben entlasten, um dann mehr Kapazität für die wichtigen Aufgaben, die im Interesse der Menschen sind, zu haben?

Ergebnisse der Facharbeitsgruppe »Stärkung des Selbstbestimmungsrechts«

Auf die *erste Facharbeitsgruppe*, die die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts im Fokus hatte, werde ich ausführlicher eingehen, weil das eine sehr wichtige und zentrale Arbeitsgruppe mit folgenden Schwerpunkten ist:

1. Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen bei der Auswahl und der Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers.
2. Stärkung der Ausrichtung der Betreuungsführung auf Unterstützung zur Selbstbestimmung im Sinne der UN-BRK.
3. Sicherstellung einer besseren Qualität bei den Betreuungsgerichten?

Zum ersten Schwerpunkt: Ein ganz wesentliches Petitum aus dem Selbstvertretenden-Workshop war, dass die Menschen besser eingebunden und auch besser informiert darüber werden wollen, was mit ihnen eigentlich passiert. Es wurde deutlich, dass viele Menschen gerade am Anfang des Prozesses überhaupt nicht verstehen, was mit ihnen passiert. Bisher existieren zu wenig wirklich adressatengerechte Informationen für die verschiedenen Bedarfe. Folglich muss das Ziel sein, dass man eine möglichst umfassende und adressatengerechte Information der Betroffenen – und zwar gleich zu Beginn des Verfahrens – sicherstellt, damit sie sich selbst und ihre Interessen besser einbringen können. In der Diskussion wurde auch gefordert, dass der Vorrang von Wunsch und Wille der Betroffenen bei der Betreuerauswahl deutlicher geregelt werden muss. Die konsentierte Empfehlung ist hier, ein Kennenlerngespräch zwischen Betroffenen und potenziellen Betreuern

oder Betreuerinnen einzurichten. Das muss die Betreuungsbehörde dann in geeigneten Fällen vermitteln, wenn die zu betreuende Person das will. Das macht nicht in allen Fällen Sinn, z.B. nicht bei Angehörigen, die die Betreuung ehrenamtlich übernehmen. Aber in vielen Fällen mit Berufsbetreuung ist das sinnvoll. Das wollen wir auch gesetzlich regeln.

Bezüglich der Umsetzung des Erforderlichkeitsgrundsatzes bei der Betreuerbestellung haben wir intensiv analysiert und diskutiert, wie die Betreuungsbedürftigkeit festgestellt wird. Da gibt es zwei Kriterien: Die Krankheit oder Behinderung als Anknüpfungspunkt und der Betreuungsbedarf, weil der Betroffene die eigenen Angelegenheiten nicht regeln kann. Es gibt klare Forderungen von Seiten der Behinderungsverbände, die »Anknüpfung an Krankheit und Behinderung« ganz zu streichen. Wir haben aber auch die überwiegenden Bedenken beteiligter Akteure mitgenommen, dass das wahrscheinlich zu einer großen Ausweitung des Kreises von Personen führen würde, die dann in die rechtliche Betreuung fallen. Es ist schon sinnvoll, weiter daran anzuknüpfen. Wir haben uns nach langer Diskussion entschieden, zumindest die Worte »psychisch«, »seelisch«, »geistig« und »körperlich« zu streichen und allgemein an eine Behinderung oder Krankheit anzuknüpfen. Weiteres zentrales Ergebnis war, dass der Sozialbericht der Betreuungsbehörde gegenüber dem medizinischen Sachverständigengutachten gestärkt werden muss. Das war ein starkes Petitum auch der Behindertenverbände, diesen medizinischen Fokus abzuschwächen zugunsten einer eher sozialdiagnostischen Betrachtung. Ziel muss es sein, nicht nur die Einschränkung zu betrachten – auf die Mediziner sich wahrscheinlich eher fokussieren – sondern stärker die Ressourcen des Menschen in den Blick zu nehmen.

Der Umfang der Betreuung, die Aufgabenkreise, ist ein schwieriger Punkt in der Diskussion. Das Forschungsprojekt zur Qualität hat ergeben, dass Aufgabenkreise oft zu umfänglich angeordnet werden. Die Aufenthaltsbestimmung ist in diesem Zusammenhang ein ganz wichtiger Punkt. In einer hohen Zahl von Fällen ordnen die Richter pauschal die Aufenthaltsbestimmung an – zusätzlich zu allen wesentlichen Aufgabenkreisen. Wir haben lange diskutiert, was die Gesetzgebung machen kann. Die Warnung davor, einzelne Aufgabenkreise gesetzlich zu bestimmen, stand im Raum, die Richterinnen und Richter sollten hier Flexibilität haben. Klar herausgekommen ist, dass bei der Aufenthaltsbestimmung der Aufgabenkreis differenzierter vorgegeben werden sollte. Eingriffsintensive Maßnahmen sollten gerichtlich angeordnet werden müssen, damit auch präventiv geprüft wird, ob die Maßnahme erforderlich ist und nicht einfach immer pauschal die Aufent-

haltsbestimmung angeordnet wird. Es wird unser Ziel sein, das im Gesetz besser umzusetzen. Ein ganz wichtiger Punkt ist auch, dass die »Betreuung in allen Angelegenheiten« abgeschafft gehört. Wir werden durch eine geeignete Regelung dafür sorgen, dass die »Betreuung in allen Angelegenheiten« nicht mehr angeordnet wird.

Des Weiteren stand die Frage im Fokus: Wie kann man eine bessere Einbindung des Betreuten zu Beginn der Betreuung umsetzen? Hier sind wir zu dem Ergebnis gekommen, dass es im Gesetz schon Instrumente gibt, die man nutzen kann und die man besser ausbauen sollte. Da ist einmal das Einführungsgespräch, das in der gerichtlichen Praxis von den Rechtspflegern und Rechtspflegerinnen kaum genutzt wird. Es ist ein gutes Instrument, um zum frühen Zeitpunkt gemeinsam mit Betreuenden und zu betreuenden Menschen – gerade bei ehrenamtlichen Betreuungen – ein Gespräch darüber zu führen: Was wollen wir eigentlich bei der Betreuung tun? Wie ist die Betreuungsgestaltung? Welche Ziele und Maßnahmen wollen wir da verfolgen? Im Grunde würde sich daraus dann eine Betreuungsvereinbarung ableiten lassen. Und – das ist auch wieder ein Ergebnis des Selbsthilfevertreter-Workshops – die Betroffenen wollen häufig auch den Rechtspfleger oder die Rechtspflegerin kennenlernen. Wir haben oft gehört: Wir kennen den Rechtspfleger oder die Rechtspflegerin gar nicht. Und der oder die ist ja für die Aufsicht zuständig. Das ist auch ein Instrument, damit Rechtspflege und Betroffene sich zu einem frühen Zeitpunkt kennenlernen. Man muss allerdings offen sagen, dass es diesbezüglich Widerstand von Länderseite gibt, weil das einen hohen Aufwand für die Rechtspfleger/innen bedeutet. Aber es ist eine sinnvolle Maßnahme. Des Weiteren beabsichtigen wir, einen Anfangsbericht einzuführen über die persönlichen Verhältnisse. Es gibt bereits eine laufende Berichterstattung durch die Betreuer gegenüber dem Gericht. Es ist aber durchaus sinnvoll, dass auch am Anfang eine Berichterstattung erfolgt. Das ist keine grundsätzliche Veränderung im Berichtswesen, lediglich eine frühzeitigere Beschreibung der geplanten Maßnahmen und Ziele. Überwiegende Ansicht in der Arbeitsgruppe ist aber, dass Betreuungen von Angehörigen nicht unter diese Verpflichtung fallen, da das die ehrenamtlichen Angehörigen zu sehr belasten würde.

Ein wichtiger Punkt, über den wir sehr lange diskutiert haben und der ein wesentlicher Bestandteil einer Reform sein müsste, sind die zentralen BGB-Vorschriften über die Betreuungsführung. Wir sind konsensual zu dem Ergebnis gekommen, dass hier Überarbeitungsbedarf besteht. In den Vorschriften muss deutlicher gemacht werden, dass die Vertretung ein Mittel

zur Unterstützung des Betreuten darstellt und nur zum Einsatz kommen darf, wenn es erforderlich ist – also Vertretung als Ultima Ratio. Kern ist Unterstützung des Betroffenen. Das sollte klarer geregelt werden. Auch der Vorrang des Willens, der Wünsche und der Präferenzen des Betreuten, so wie es Artikel 12 der UN-BRK vorgibt, muss klarer geregelt werden. Das heißt, wir beabsichtigen, die zentralen Vorschriften über die Betreuungsführung (§§ 1901 und 1902 BGB) grundlegend zu überarbeiten.

Jetzt komme ich zu den Gerichten. Die Aufsicht ist ein wichtiger Punkt, wenn man Qualität sicherstellen will. Die wird von den Rechtspflegern und Rechtspflegerinnen bei den Gerichten ausgeübt. Hier hat das Forschungsprojekt festgestellt, dass diese sich nicht selten an anderen Maßstäben orientieren als am Wunsch und Wille der Betreuten. Das ist auch im Gesetz nicht deutlich genug beschrieben. Wir wollen dies durch Festlegung des in § 1901 BGB definierten Maßstabs im Rahmen der grundlegenden Überarbeitung an zentraler Stelle auch für Rechtspfleger/innen deutlich machen: Ihr müsst Euch vergewissern, was Betroffene eigentlich wollen und nicht andere objektive Kriterien für die Aufsicht heranziehen. Also: Wunsch und Wille von Betreuten sind zu ermitteln und im Rahmen der gesetzlichen Grenzen auch umzusetzen. Und im gebotenen Maße sind Betroffene auch stärker in die Kontrolle der Betreuungsführung einzubeziehen. Auch da haben wir festgestellt, dass das aus Kapazitätsgründen häufig nicht gemacht wird. Wir müssen versuchen, im Gesetz entsprechend auch vorzusehen, dass sich Rechtspfleger/innen vergewissern, welchen Wunsch und Wille einzelne Betreute haben. Die gerichtliche Kontrolle der Betreuungsführung erfolgt vor allem durch den Jahresbericht. Hier wollen wir die Pflichtangaben erweitern, den Inhalt konkreter machen, an dem Sozialbericht der Betreuungsbehörde orientieren und zu Betreuende in die Berichterstattung verstärkt einbeziehen. Momentan ist das Ergebnis aus der Arbeitsgruppe, dass es keine regelhafte Übersendung geben soll, aber dass eine Besprechungspflicht für Betreuende mit Betreuten installiert wird.

Das Vermögensverzeichnis ist ein wichtiges Aufsichtsinstrument im Rahmen der Vermögenssorge. In diesem Zusammenhang gibt es aus den Medien und aus der weiteren Öffentlichkeit immer wieder Kritik, dass Betreuende Vermögensdelikte zulasten von Betreuten begehen. Das müssen wir ernst nehmen. Wir haben dazu ein Forschungsprojekt von der Deutschen Hochschule für Polizei und der Universität Hannover zu Vermögensdelikten in Betreuungsverhältnissen gefördert. Das hat ergeben, dass es da Missbrauchspotenzial gibt. Es ist aber auch ein schwer zu beforschendes

großes Dunkelfeld. Das Forschungsergebnis wirft nur ein kleines Licht in dieses ziemlich große Dunkelfeld. Die konkrete Handlungsempfehlung aus der Arbeitsgruppe ist, ein Vier-Augenprinzip bei der Erstellung des Vermögensverzeichnisses zu etablieren, insbesondere ganz am Anfang, vor allem bei Sachwerten. Das versuchen wir im Recht umzusetzen, auch wenn man dieses Prinzip nicht in jedem Fall braucht. In der Regel soll auch das Vermögensverzeichnis an den Betreuten übersandt werden.

Schlaglichter auf die weiteren Facharbeitsgruppen

Ich werde abschließend nur Schlaglichter auf die anderen Arbeitsgruppen werfen und beginne mit der *zweiten Facharbeitsgruppe* zur Betreuung als Beruf. Wir haben die Vergütung für Berufsbetreuer nach einem schwierigen Entwicklungsprozess im Gesetzgebungsverfahren endlich erhöhen können. Insofern konnten wir uns jetzt den Fragen widmen: Brauchen wir eigentlich eine Zulassung von Berufsbetreuern und brauchen wir Mindestqualifikationsanforderungen? Soll eine gesetzlich festgelegte Mindestqualifikation eingeführt werden? Eine solche gesetzlich bestimmte Mindestqualifikation ist in der Arbeitsgruppe allgemein bejaht worden. Vor allem war auch ein Konsens, dass die derzeitige Anknüpfung an die Anzahl der Betreuungen für die Bestimmung der Berufsmäßigkeit kein entscheidendes Kriterium mehr sein kann. Wichtig ist auch, dass eine regelmäßige Vorlage von Führungszeugnissen und Auskünften aus dem Schuldnerverzeichnis erfolgen sollte. Dies darf nicht nur am Anfang gelten, damit das Gericht auch kontinuierlich eine Kontrollmöglichkeit hat.

Offen ist in der Diskussion noch die Art der Mindestqualifikation und die Frage ob man eine Zulassungsprüfung einführen sollte oder nicht. Da sind wir im intensiven Gespräch mit den Ländern. Wir führen parallel zu diesem Diskussionsprozess immer wieder Gespräche mit den Landesjustizverwaltungen, weil diese ein Auge darauf haben, dass die Kosten für die Berufsbetreuung nicht ausufern. Die Länder müssen diese Kosten letztlich tragen und das ist ein hoher Ausgabeposten für die Landesjustizhaushalte. Die Länder sind eher skeptisch, was ein Zulassungsverfahren und Mindestqualifikation für Berufsbetreuer/innen angeht, aber wir haben aus der Facharbeitsgruppe ein klares Votum von Experten, dass das erforderlich ist und eine grundsätzliche Befürwortung eines bundesweit einheitlichen Zulassungs- und Registrierungsverfahrens für Berufsbetreuer/innen. Ganz wichtig ist nach den Ergebnissen der Facharbeitsgruppe außerdem, dass

die Vergütungsstufe rechtssicher festgesetzt wird und dann grundsätzlich auch nicht mehr verändert werden kann. Für eine Registrierung sollten bundeseinheitliche Kriterien gelten. Der Bund sollte die Grundzüge regeln und die Ausgestaltung des Verfahrens sollte den Ländern obliegen. Die Betreuungsbehörde würde dann als Stammbehörde fungieren, bei denen alle wesentlichen Informationen für Berufsbetreuer/innen zusammengeführt würden. Dann könnten die jeweils zuständigen Gerichte diese Informationen dort abrufen. Das heißt, die Mitteilungspflichten der beruflichen Betreuer/innen, die im Recht momentan ziemlich verstreut geregelt sind, werden zusammengeführt und den Betreuungsbehörden gesetzlich zugeordnet. Dann können die Betreuungsgerichte und -behörden, die mit dem beruflichen Betreuer zu tun haben, die Informationen dort abrufen. Das wäre schon ein wesentlicher Vorteil gegenüber der jetzigen Rechtslage. Die Auswahl des Berufsbetreuers bzw. der -betreuerin im Einzelfall verbleibt Aufgabe des Gerichts. Dabei sollte die Betreuungsbehörde stärker eingebunden werden und die Gerichte bei Nichtbefolgung des Vorschlags der Betreuungsbehörde dies begründen müssen. Eine Fallzahlengrenze für Berufsbetreuer wurde in der Arbeitsgruppe überwiegend abgelehnt. Wichtiger wäre, dass die Gerichte über die insgesamt notwendigen Informationen bezüglich der Berufsbetreuer verfügen, insbesondere auch den Organisationsgrad.

In der *dritten Facharbeitsgruppe* stand das Ehrenamt im Mittelpunkt. Der Anteil der Ehrenamtler unter den Betreuern nimmt leider seit längerer Zeit immer weiter ab. Das hat verschiedene Ursachen und man muss natürlich genau schauen, was man da verbessern kann. Da gibt es einmal konkret das Problem, dass die pauschale Aufwandsentschädigung bei ALG-II-Empfängern angerechnet wird und das dann zu einer Reduzierung führt. Das ist ein spezifisches sozialrechtliches Problem. Wir haben das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) um eine Lösung gebeten und sind guter Dinge, das dort auch Lösungen gefunden werden.

Die Verhinderungsbetreuung sollte erleichtert werden, das ist ein weiterer wesentlicher Punkt. Und man muss natürlich auch sehen, dass man Anreize schafft, dass beruflich geführte Betreuungen, die nicht mehr durch Berufsbetreuende geführt werden müssen, auch an Ehrenamtler/innen abgegeben werden. Die Qualität ehrenamtlicher Betreuung hat sich teilweise im Forschungsprojekt als unzureichend erwiesen. Was wir diskutiert haben, ist, ob man zwischen Angehörigenbetreuenden und ehrenamtlichen Fremdbetreuenden, die kein Näheverhältnis zu Betreuten haben, doch differenzieren sollte. Bei den Fremdbetreuenden wären höhere Eignungsanforderungen

zu stellen und diese sollten auch regelmäßig an einen Betreuungsverein angebunden werden, damit sie auch eine bessere Beratung und Fortbildung abrufen können. Schulungen sind ein wichtiger Punkt vor allem, um unterstützte Entscheidungsfindung durch Ehrenamtler/innen zu verbessern. Das ist jedoch eine Sache der Umsetzung in der Praxis. Die laufende Beratung und Unterstützung kann durch Betreuungsvereine gewährleistet werden. Deshalb muss man sehen, dass die Ehrenamtler/innen möglichst an Betreuungsvereine angebunden sind. Wir sind in der Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis gekommen, dass eine verpflichtende Anbindung von Angehörigen überwiegend verneint wird, weil man den Vorrang des Ehrenamts in der Betreuung erhalten will. Das ist schon von der Sorge getragen, zu viele Anforderungen, vor allem so eine verpflichtende Anbindung an Betreuungsvereine für alle Angehörigen, zu stellen. Das könnte zu sehr abschrecken, so ein Amt zu übernehmen. Das haben wir aber schon ergebnisoffen diskutiert. Die finanzielle Situation von Betreuungsvereinen ist unbedingt zu verbessern. Wir wollen eine ausdrückliche Aufgabenbeschreibung neben den Anerkennungsvoraussetzungen im Gesetz durchsetzen. Dann ist klar, dass es öffentliche Aufgaben sind. Außerdem sollte eine Klarstellung augenommen werden, dass die Finanzierung aller übertragenen Aufgaben sichergestellt werden muss. Notwendig ist aber auch eine Vereinheitlichung der Förderrichtlinien der Länder und der Kriterien für die Finanzierung der Querschnittsarbeit. Die Unterstützung der Ehrenamtler/innen durch die Vereine, das können letztlich nur die Länder leisten. Da können wir nur moderieren. Das ist im Föderalismus so.

Die *vierte Facharbeitsgruppe* und letzte in meinem Bericht hat sich mit der komplexen Thematik der Schnittstelle zwischen anderen Hilfen und rechtlicher Betreuung beschäftigt. Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) sind im Bereich der Eingliederungshilfe weitreichende Änderungen auf den Weg gebracht werden, die nächstes Jahr in Kraft treten. Da will das federführend zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) zunächst die Auswirkungen beobachten, besonders für den Kreis der Menschen, die oft in die Betreuung fallen. Insofern werden wir es hier nicht schaffen, z. B. ein spezielles Instrument des Erwachsenenschutzes insgesamt zu regeln oder im Sozialrecht hier eine wesentliche Änderung zu erreichen. Das ist in diesem Prozess kaum möglich. Was aber realistisch erscheint ist, dass man eine Zusammenarbeitsverpflichtung der Sozialleistungsträger mit der Betreuungsbehörde auch im Sozialrecht festlegt. Wichtig ist, dass auch im Sozialrecht klar ist: Die Betreuung ist nachrangig gegenüber anderen Hilfen.

Das ist zurzeit in der Umsetzung nicht immer so zu beobachten. Das ist nur im Betreuungsrecht ausdrücklich so geregelt und wir haben den Eindruck, dass Sozialleistungsträger diesen Grundsatz manchmal nicht ausreichend beachten. Ein wesentliches Ergebnis des zweiten Forschungsprojektes ist, dass man eine zeitlich begrenzte Fallverantwortung im Vorfeld einer Betreuungseinrichtung schafft. Das ist lange diskutiert worden und wird allgemein befürwortet, aber die konkrete Ausgestaltung und vor allem die Kostenträgerschaft wird kontrovers gesehen. Es sollte nach dem Forschungsprojekt in einem Modellprojekt erst mal erprobt werden, aber es gibt keinen Akteur, der bereit wäre, die Finanzierung für so ein sehr aufwändiges Modellprojekt zu übernehmen. Der Bund kann das nicht allein, also das ist finanziell durch unser Ressort nicht zu stemmen, d. h. wir bräuchten da Unterstützung durch die Länder und das haben wir bisher leider nicht signalisiert bekommen. Eine Option besteht, dass man eine Länderöffnungsklausel zur Erprobung eines solchen Modells schafft, und der Bundesgesetzgeber die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür schafft. Hier sind wir noch in der Diskussion mit den Ländern.

Wir haben die Zwischenergebnisse unserer Arbeitsgruppen veröffentlicht: einmal in der *BtPrax* (Fachzeitschrift für das Betreuungsrecht 2019, Heft 4 S. 127 -132) und auf unserer Homepage unter dem Link www.bmjv.de/SharedDocs/Artikel/DE/2019/081219_Diskussionsprozess-erste-Ergebnisse_Betreuungsrecht.html. Dort findet sich auch eine Fassung in einfacher Sprache.

Qualität als Maßstab im Maßregel- und Justizvollzugsdienst

Norbert Konrad

Vorauszuschicken ist zum einen, dass in der Psychiatrie-Enquête der Maßregelvollzug mit dem Begriff »Schlusslichtposition« versehen wurde. Die Psychiatrie im Justizvollzug wurde jedoch nicht einmal erwähnt.

Zum anderen bezieht sich die Psychiatrie-Personalverordnung, die nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland neben der Einführung der Psychopharmakotherapie in den 50er Jahren und der Psychiatrie-Enquête maßgeblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung genommen hatte, leider weder auf den psychiatrischen Maßregelvollzug noch auf die Gefängnispsychiatrie.

Zur Psychiatrie im Justizvollzug

Auf der Linie internationaler Ergebnisse (Fazel und Seewald 2012) bestätigen auch deutsche epidemiologische Untersuchungen (Utting et al, Konrad 2004, von Schönfeld et al 2006, Dudeck et al 2009, Mir et al 2015) eine hohe Prävalenz psychischer Störungen in der deutschen Gefängnispopulation. In der Klientel der Ersatzfreiheitsstrafen liegt die Prävalenz von psychischen Erkrankungen im engeren Sinne bei ca. 10 Prozent. Nach der Untersuchung von von Schönfeld et al (2006) ist sogar von einer Prävalenz von 15,1 Prozent psychotischer Störungen in der Gefängnispopulation auszugehen. Darüber hinaus ist bei mindestens vier von fünf Gefangenen zumindest eine Diagnose gemäß einem internationalen Kategationssystem zu stellen. Insbesondere liegt auch eine hohe Komorbidität vor, die sich insbesondere auf begleitende Persönlichkeitsstörungen, aber auch Suchterkrankungen bezieht.

Leitlinien oder Standards, anhand derer die »Qualität« gefängnispsychiatrischer Versorgung zu messen wäre, gab es bis vor wenigen Jahren nicht. Die Sektion Forensische Psychiatrie des Weltverbandes der Psychiater hat vor einigen Jahren ein Konsensus-Papier entwickelt, das auf der Homepage der World Psychiatric Association (WPA 2015) zugänglich ist. Ich werde im Folgenden die wesentlichen Punkte referieren:

- Die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen spricht für die routinemäßige Anwendung standardisierter diagnostischer Screening-Instrumente im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung.
- Entsprechend dem Äquivalenzprinzip sollte jeder an einer psychischen

Störung leidende Gefangene eine angemessene Behandlung bekommen, die dem Standard der psychiatrischen Versorgung außerhalb des Justizvollzug entspricht.

- Behandlung innerhalb des Justizvollzuges muss auf insassenspezifische Probleme und Umstände eingehen, welche auf einem individuellen Behandlungsplan aufbaut und die Versorgung nach Haftentlassung berücksichtigt.
- Inhaftierte sollen nicht aufgrund spezifischer Diagnosen oder eines damit verbundenen Verhaltens, z. B. Persönlichkeitsstörung oder Missbrauch psychotroper Substanzen vom Zugang zur Behandlung ausgeschlossen werden.
- An einer schweren psychischen Erkrankung leidende Gefangene sollen in einer Krankenhausinstitution behandelt werden, welche angemessen ausgestattet ist und über geeignetes ausgebildetes Personal verfügt. Eine derartige stationär-psychiatrische Behandlung beschränkt sich nicht auf die Verteilung von Medikamenten, sondern fußt auf der Verfügbarkeit eines multidisziplinären Teams bestehend aus Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten, Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten und Beratern. Den Patienten sollte psychopharmakologische und psychologische Behandlung, Tagesstruktur, Suchttherapie (einschließlich Behandlung von Entziehungserscheinungen) soweit erforderlich angeboten werden. Da Milieutherapie eine bedeutsame Komponente stationär-psychiatrischer Behandlung darstellt, sollten die Patienten nicht länger als zu den Schlafenszeiten in ihren Zimmern eingeschlossen werden.
- Rollenklarheit ist in der Gefängnispsychiatrie für Praktiker besonders bedeutsam. Eine Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Umgang mit Gefangenen (allgemeiner Vollzugsdienst, Werkdienst, pädagogischer Dienst etc.) ist im Justizvollzug notwendig und nützt dem Patienten. Wenn jedoch die Schweigepflicht nicht beachtet wird, ist die Arzt-Patientenbeziehung gefährdet. Im Falle unvermeidlicher Durchbrechung der Schweigepflicht sollte der Patient darüber informiert werden, was und warum offenbart wurde. Im Hinblick auf die Behandlung des Gefangenen unterliegt das psychiatrische Behandlungspersonal nicht den Weisungen der Gefängnisverwaltung.
- In denjenigen Fällen, in denen ein Einschluss des psychisch gestörten Gefangenen nicht vermieden werden kann, sollte dieser auf ein absolutes Minimum beschränkt und baldmöglichst durch kontinuierliche pflegerische Betreuung ersetzt werden.

- Einwilligung in medizinische Behandlung sollte von allen Patienten, die an einer psychischen Störung leiden und einwilligungsfähig sind, wie bei Nichtinhaftierten eingeholt werden. Die einzige Ausnahme ist ein Notfall, im Rahmen dessen der Patient nicht einwilligen kann. Über die rechtliche und ethische Verpflichtung hinaus ist der Erhalt der Zustimmung des Patienten zur Behandlung, vor allem im Falle einer psychiatrischen Symptomatik notwendig, wenn eine »therapeutische Allianz« aufgebaut werden soll, um den Patienten zur medizinischen Behandlung zu motivieren.
- Auch die Verweigerung medizinischer Behandlung eines einwilligungsfähigen Patienten, der umfassend und detailliert informiert wurde, muss Berücksichtigung finden. Jeder einwilligungsfähige Patient hat das Recht, eine Behandlung zu verweigern oder auf informierte »Nichteinwilligung«. Praktiker müssen in diesem Kontext die Möglichkeit bedenken, dass eine solche Haltung aus einem Konflikt außerhalb des medizinischen Kontextes herrührt. Das ist besonders dann der Fall, wenn Gefangene einen Hungerstreik beginnen, um gegen eine Entscheidung des Gerichts oder der Gefängnisverwaltung zu protestieren. In einer solchen Situation muss der behandelnde Arzt den Gesundheitszustand des Betreffenden laufend im Auge behalten und sorgfältig in der Gesundheitsakte dokumentieren, dass der Betreffende einwilligungsfähig ist und die Behandlung nach eingehender Information abgelehnt hat. Die Pflicht des Psychiaters besteht in diesem Falle darin, genau zu untersuchen, ob der Hungerstreik auf einer psychischen Erkrankung beruht.
- Nachsorgebehandlung für entlassene Inhaftierte sollte in spezialisierten Einrichtungen außerhalb des Justizvollzuges zur Verfügung stehen. Wichtig ist, dass der Gefängnisarzt das Datum der Entlassung seines Patienten im Auge behält, um einen Behandlungstermin bei allen notwendigen Behandlungsinstitutionen kurz nach Haftentlassung zu vereinbaren. Es sollte sichergestellt werden, dass alle notwendigen Behandlungsdokumentationen dem Nachbehandler mit Einwilligung des Patienten zur Verfügung gestellt werden.
- Forschung, Fort- und Weiterbildung in Gefängnisinstitutionen ist in den meisten Ländern trotz steigenden Interesses wenig entwickelt. Universitätsabteilungen sollten sich in diesem Feld der Psychiatrie mehr engagieren.

Für Deutschland ergibt sich daher aus meiner Sicht folgender Handlungsbedarf:

- Die Empfehlung der routinemäßigen Anwendung standardisierter diagnostischer Screening-Instrumente zur besseren Diagnostik psychischer Störungen bei Gefangenen kontrastiert mit der zum Teil noch in Anwendung befindlichen anstaltsärztlichen Aufnahmedokumentation, mit der lediglich mit antiquierter Terminologie (»seelische und geistige Artung«) der psychische Zustand erfasst wird.
- Das Äquivalenzprinzip sollte deutlicher als bisher in den Justizvollzugsgesetzen der Länder Eingang finden.
- Aktuell erscheinen bestimmte Gefangenengruppen (z. B. Sicherungsverwahrte) im Hinblick auf Diagnostik und Behandlung vorliegender psychischer Störungen privilegiert.
- Mancherorts werden Gefangene von psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen mit Begründung des Vorliegens von »Psychopathie«, also der Zugehörigkeit zur Kerngruppe der dissozial Persönlichkeitsgestörten, oder wegen eines Suchtproblems ausgeschlossen. Statt »Nichtbehandlung« sollte auf der Basis eines individuellen Behandlungsplans ein Zugang zu Behandlungsmaßnahmen erfolgen, sobald sie indiziert sind.
- Soweit psychisch erkrankte Gefangene in stationär-psychiatrischen Einrichtungen innerhalb des Justizvollzugs behandelt werden, muss durch personelle und organisatorische Maßnahmen sichergestellt sein, dass nicht aufgrund von Personalmangel die Patienten große Teile des Tages in ihren Krankenzimmern eingeschlossen sind und die psychiatrische Behandlung sich im Wesentlichen auf die Vergabe von Medikamenten beschränkt. Die Psychiatrie-Personalverordnung, welche erstmals in Deutschland ein geschlossenes Konzept stationär-psychiatrischer Behandlung formulierte, hat bislang nie Eingang in den Justizvollzug gefunden.
- Es sollte in allen Justizvollzugseinrichtungen in Deutschland selbstverständlich sein, dass die mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eines Gefangenen Befassten weder Gutachten über den Betreffenden erstellen noch dass Informationen aus der schweigepflichtsgeschützten Behandlung via Vollzugsplankonferenzen oder Behandlungsberichten ohne oder mit Hilfe einer unter Druck erreichten Einwilligung des Gefangenen bekanntgegeben werden bzw. diese Eingang in die Gefangenenpersonalakten finden. Fälle, in denen eine Durchbrechung der Schweigepflicht erfolgt, (z. B. Ankündigung einer Straftat oder einer Entweichung im Rahmen gewährter Lockerungen), sind in der Praxis äußerst selten.
- Die Praxis, akut psychisch kranke Gefangene aufgrund von Selbst- und/oder Fremdgefährdung oder erheblicher Störung des Anstaltsfriedens in

besonders gesicherten Hafträumen mit Kameraüberwachung zu isolieren, sollte abgestellt und durch eine angemessene (in der Regel Eins-zu-Eins-) Betreuung ersetzt werden.

- Auch unter Haftbedingungen ist der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung zu psychisch gestörten Gefangenen möglich. Sehr häufig sind psychisch kranke Gefangene aus dem allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem herausgefallen oder vor Inhaftierung nie darin integriert gewesen. Von daher ist es erforderlich, ein auf den Einzelfall ausgerichtetes extramurales (Weiter-)Versorgungsnetz vorzubereiten. Widerstände seitens der (noch gefangenen) Patienten resultieren nicht selten daraus, dass sie sich nicht als krank bzw. gestört erleben und dezidiert für die Zeit nach Entlassung keine Fortführung der Behandlung wünschen, selbst wenn sie in Haft ggf. sogar längere Zeit Therapiemaßnahmen (einschließlich Psychopharmaka) akzeptiert haben. Nicht die Simulation nicht vorhandener psychischer Symptome ist das Problem, vielmehr die Dissimulation vorhandener.
- Hierzu trägt auch das Phänomen der doppelten Stigmatisierung bei: Man möchte ungern neben dem Label »straffällig« noch das des »psychisch Kranken« erhalten und antizipiert die gegenüber dem allgemeinen psychiatrischen Versorgungssystem vorherrschende verhaltene bis offene Ablehnung. Hinzu kommt, dass bei psychisch Kranken im engeren Sinne die psychotische Erkrankung in den meisten Fällen nicht die einzige psychische Störung darstellt, sondern häufig begleitende Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen in Komorbidität vorliegen, welche nicht nur die Erkennbarkeit der Psychose erschweren, sondern häufig auch die therapeutische Ansprechbarkeit. Um diese besondere Problemklientel zu erreichen, ist neben einer guten Personalausstattung, welche ausreichende Zeitkapazitäten zur Verfügung stellt, auch die Schaffung einer behandlungsfördernden therapeutischen Atmosphäre innerhalb gefängnispsychiatrischer Institutionen von besonderer Bedeutung.
- Gefangene, welche sich im Hungerstreik befinden, sollten fachpsychiatrisch vorgestellt werden, um eine – wenn auch seltene – wahnhafte Motivation (in der Regel Vergiftungswahn) auszuschließen. Einen nicht psychiatrisch motivierten Hungerstreik als Protestreaktion dann aber als Ausdruck psychischer Gestörtheit zu deklarieren und ihm ggf. mit Unterbringung in einer gefängnispsychiatrischen Institution zu begegnen, ist ein Missbrauch der Psychiatrie.
- Durch das Einverständnis der Gefangenen sollte erreicht werden, dass

bereits aus der Haft heraus ein Vorstellungstermin für die Weiterbehandlung nach Haftentlassung vereinbart wird und ggf. die Übersendung einer Epikrise an den regionalen sozialpsychiatrischen Dienst erfolgt.

- die nachvollziehbare Empfehlung nach mehr Forschung, Fort- und Weiterbildung im Bereich Gefängnispsychiatrie auf universitärer Ebene kontrastiert mit der Situation der universitären forensischen Psychiatrie in Deutschland, in der aktuell entsprechende Abteilungen statt ausgebaut zu werden um ihr Überleben kämpfen. Nachdem sich in der universitären Allgemeinpsychiatrie die Versorgungsverpflichtung gemäß PsychKG nach Psychiatrie-Enquete durchgesetzt hat und in der Medizin außerhalb der Psychiatrie in der Regel die schwierigsten Patienten auch an der Universität behandelt werden, könnte man längerfristig überlegen, ob eine (Neu-/Wieder-)Besetzung von allgemeinpsychiatrischen Lehrstühlen nicht mit einer gewissen forensischen Versorgungsverpflichtung verknüpft werden sollte (z. B. Verantwortung für eine Forensische Ambulanz oder konsiliarpsychiatrische Versorgung in einer Justizvollzugsinstitution).

Psychiatrischer Maßregelvollzug

Zur Frage der Qualität hat sich die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in einer Publikation mit dem Namen »Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB« geäußert, die 2017 in Band 88 (Supplement 1, S. 1 bis S. 29) erschienen ist. Dort werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Unterbringung, der aktuellen Maßregelvollzugspraxis einschließlich forensisch-psychiatrischer Nachsorge mit Überlegungen zur Personal- und Raumausstattung und zu innerinstitutionellen Differenzierungsmöglichkeiten dargestellt. Aus meiner Sicht handelt es sich um ein kompaktes Kurzlehrbuch der forensischen Psychiatrie, das für Anfänger im psychiatrischen Maßregelvollzug eine übersichtliche und solide Informationsbasis darstellt. Der notwendige Praxisbezug wird etwa am Beispiel des Inhaltsverzeichnisses einer Krankengeschichte hergestellt. Breiten Raum nimmt die Risikobeurteilung ein, die sich auch beispielhaft verschiedenen Prognoseverfahren zuwendet. Es finden sich Informationen zu Prävalenz, Ätiopathogenese, forensischer Relevanz und speziellen Behandlungsmöglichkeiten diverser psychiatrischer Störungsbilder. Auch Einzelaspekte wie Zwangsmaßnahmen, Schweigepflicht, die einstweilige Unterbringung gem. § 126 a StPO sowie zu spezieller Patientenklientel (junge Patienten und Patientinnen sowie Patienten und

Patientinnen mit Migrationshintergrund) werden behandelt. Hinweise auf Stationsgrößen zwischen 12 und 20 Betten können gegenüber den Trägern Argumentationshilfen darstellen, wobei ich vor allem im Land Berlin hier erheblichen Modernisierungsbedarf sehe.

Nimmt man jedoch den Titel »Standards für die **Behandlung** im Maßregelvollzug …« ernst und reduziert den Begriff auf Behandlungsmaßnahmen im engeren Sinne, nimmt leider das Kapitel »Therapieverfahren« nicht einmal eine Seite unter den 29 Seiten ein. Wenn man dem Bundesverfassungsgericht in jüngster Rechtsprechung folgt, wären auch außerstationäre Alternativen zur stationären Behandlung in Betracht zu ziehen, mindestens nach längerem Klinikaufenthalt, sowie dass es sich bei der Behandlung im Maßregelvollzug nicht nur um die Einwirkung auf Anlass-Erkrankung handelt, sondern es in erster Linie um die Reduzierung von Gefährlichkeit auf ein sozialadäquates Maß geht.

Auch wenn man den Autoren folgt, dass die vom Bundesverfassungsgericht für die Sicherungsverwahrung formulierten Behandlungsanforderungen als Maßstab auch für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt zugrunde zu legen sind – was mir von vornherein bereits befremdlich erscheint – liefern die vorgelegten Standards kaum konkrete Kriterien, anhand derer die Frage, ob einem Patienten/einer Patientin geeignete und ausreichende Behandlungsangebote gemacht worden sind, beantwortet werden kann. Es finden sich keine konkreten Angaben zu den erforderlichen Behandlungsangeboten, insbesondere auch zu deren Frequenz. Es wird nicht klargestellt, welche Therapieverfahren in welcher Frequenz zwingend vorzuhalten sind. Hierdurch dürfte es für die Patienten und Patientinnen schwierig werden, bestimmte Behandlungsansprüche durchzusetzen, wenn die Entscheidungsträger, insbesondere die Strafvollstreckungskammern, diese Standards zugrunde legen.

In vielen Bereichen liefert der Text eher eine Beschreibung der üblichen Praxis einschließlich der Heterogenität der Rechtslage, als dass (Mindest) Standards konkret formuliert oder gar begründet werden. So wird zum sogenannten Nachteinschluss, »der in einzelnen Bundesländern auch aus ökonomischen Gründen durchgeführt wird«, keine konkrete Position der Ablehnung bezogen, sondern auf »gravierende juristische, ethische und psychiatrische Bedenken« verwiesen. Von einem Papier, das Standards formuliert, hätte ich erwartet, dass deutlich gemacht wird, dass das Einschließen der Patienten aus psychiatrischer Sicht obsolet ist und schon gar keine »Behandlung« darstellt.

Dass sich in einem Papier über Behandlungsstandards auch ein Kapitel mit dem Titel »Beschränkung von Handlungsspielräumen« findet, wird im Justizvollzug Tätige freuen: Einsperrung kann also als Behandlungsmaßnahme deklariert werden. Vielleicht wird dann auch der in der Regel auf Personalengpässen beruhende Einschluss als tagesstrukturierende Maßnahme umdefiniert: Die Renaissance der repressiven Kriminalpsychiatrie in behandlerischem Gewand.

Dass die in psychiatrischem Maßregelvollzug untergebrachten Personen nicht aus dem gemeindepsychiatrischen Hilfesystem ausgegrenzt werden dürfen, sondern unabdingbar dazugehören, wird nicht näher fokussiert, ja nicht einmal erwähnt. Aus meiner Sicht hätte zwingend darauf hingewiesen werden müssen, dass das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ausgebaut und zwischen dem Maßregelvollzug und dem gemeindepsychiatrischen Hilfesystem verbindliche Bezüge der Kooperation hergestellt und entwickelt werden müssen. In einem Papier über »Standards« hätte ich mir hier zumindest konstruktive Hinweise gewünscht.

Literatur

Dudeck M, Kopp D, Kuwert P et al. (2009): Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. Ergebnisse aus einer norddeutschen Haftanstalt Psychiat Prax 2009; 36: 219-24

Fazel S, Seewald K. (2012): Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. The British Journal of Psychiatry, 2012; 200: 364–73

Konrad N (2004): Prävalenz psychischer Störungen bei Verbüßern einer Ersatzfreiheitsstrafe. R&P 2004; 22: 147–150

Konrad N (2014): Maßregelvollzug und Justizvollzug müssen enger zusammenarbeiten. Psychosoziale Umschau 29 (4):31-32

Mir J, Kastner S, Priebe S, Konrad N, Ströhle A, Mundt AP (2015): Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners. Addictive Behaviors 46:25-30

Missoni L, Utting FM, Konrad N (2003): Psychiatrische Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. ZfStrVo 52: 323 – 332

Von Schönfeld C-E, Schneider F, Schröder T, WidmannB, Botthoff U, Driessen M (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. Nervenarzt 77: 830 – 841

World Psychiatric Association (2015): Scientific Section Forensic Psychiatry's Consensus Paper Prison Psychiatry.

Parallele Symposien mit Gesprächsrunden und Arbeitsgruppen

Symposium 1: Qualität als Maßstab – Pateientenorientierung in der Behandlung

Gesprächsrunde:

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Ilse Heberlein

Einleitung Brieger: Frau Heberlein, ist das nun ein bisschen typisch, dass die Patientvertretung als letztes zu Wort kommt? Ist das oft so, ist das paradigmatisch? Was können wir in der Patientenorientierung tatsächlich lernen, wenn wir den Patienten und Patientinnen zuhören? Was kann aber auch die Patientenvertretung im G-BA dazu beitragen?

Heberlein: Die Patientenvertretung kann im G-BA schon ihren Beitrag leisten und dafür sorgen, dass sie nicht als letztes zu Wort kommt. Als Patientenverteter im G-BA haben wir zwar kein Stimmrecht, aber natürlich Mitberatungsrecht, das Recht auf Antragsstellung und das Recht bei bestimmten Fragestellungen Experten und Expertinnen zu benennen. Wenn wir uns über die Beratungen nicht einbringen könnten, dann wäre ich nach elf Jahren nicht mehr dabei. Wir können Themen einbringen, die dann in den Beratungen berücksichtigt werden, immer wieder auch in den Richtlinien.Zum Beispiel jetzt die Richtlinie über die personelle Ausstattung der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (*PPP-RL*), dort haben wir als Themen die Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen eingebracht und uns dafür stark gemacht, dass die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) berücksichtigt wird und wir haben uns auch dafür eingesetzt, dass die Stationsgröße berücksichtigt wird. Immerhin ist es eine der wenigen Fakten, die evidenzbasiert sind, dass eine zu große Station das Risiko für Gewaltbereitschaft und Zwangsmaßnahmen erhöht. Natürlich wollen wir als Patientenvertretende auch, dass die PsychPV zu 100 % erfüllt wird bzw. die neuen Mindestanforderungen und es ist ja im Laufe von über 20 Jahren nicht nur ein Mehr an Dokumentation dazugekommen, sondern es geht tatsächlich um die Patientenversorgung, um Shared Decisionmaking, um eine Kommunikation mit den nachsorgenden Einrichtungen, um die Erarbeitung von Behandlungsvereinbarungen und

deartige Dinge und deshalb haben wir uns stark gemacht für die Erhöhung der Minutenwerte für alle Berufsgruppen. Es ist auch z. B. die Bedeutung der Bewegungstherapie, gerade in der Behandlung von depressiven Menschen, als wichtiger Faktor inzwischen evidenzbasiert. Da muss sich was ändern und das wird auch hoffentlich so sein, es ist schließlich erst Stufe 1 dieser Richtlinie. Grundsätzlich muss sich in der Versorgung etwas ändern, am System, das ist ein ganz großes Problem. Wir hätten gerne gehabt, dass in der Richtlinie auch die psychiatrischen Institusambulanzen berücksichtigt werden, das wurden sie aber nicht.

Es werden aktuell auch andere Qualitätssicherungsverfahren beraten, die sich mit der Versorgung von psychisch kranken Menschen befassen, z. B. das QS-Verfahren »Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie« und das »QS-Verfahren ambulante Psychotherapie«. Da werden Patientenvertreter nicht nur direkt in den AG-Beratungen berücksichtigt, sondern da werden auch Betroffene in Fokusgruppen bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) einbezogen. Was ich außerdem ganz wichitg finde für die Qualitätssicherung in der Patientenzentrierung ist, dass inzwischen Patientenbefragungen stattfinden. Das ist sowohl beim Qualitätssicherungs-Verfahren Schizophrenie als auch beim Qualitätssicherungs-Verfahren ambulante Psychotherapie vorgesehen.

Wir haben in der Qualitätssicherung in der Versorgung von psychiatrischen Patienten und Patientinnen nicht nur das Problem ambulant/stationär, sondern wir haben das andere Problem der Sektorisierung, hinsichtlich der Kostenträger. Im G-BA wird alles beraten, was SGB V Leistung ist, aber gerade in der psychiatischen Versorgung spielen andere Bereiche, z. B. des SGB IX eine große Rolle. Die Rehabilitation müsste unbedingt berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV)

Frank Bergmann

Einleitung Brieger: Meine Frage wäre zum ambulanten System. Die KV ist nicht unbedingt verdächtig, die Sektoren gerne zu überwinden, zumindest in unserer Wahrnehmung. Da haben wir von den Kliniken aus und mit den KVs manchmal Schnittstellen, die nicht einfach sind. Es gibt aber auch viele positive Kooperationswege. Was können wir tun, wie lässt sich Qualität durch Patientenorientierung und durch ambulante Angebote gewährleisten?

Bergmann: Sie sagten ja eben zu meiner Person, der erste und einzige Psychiater, der eine KV leitet. Sie könnten auch fragen, »was war Ihre Motivation?« und dann würde ich Ihnen antworten »damit einige Dinge sich ändern«. Richtig ist, dass das KV-System sich natürlich viele Jahre sehr schwergetan hat. Es hat sich auch deshalb schwergetan, weil es in eine Struktur eingebunden ist, die man auch innerhalb der Selbstverwaltung nicht so einfach verändern kann. Deshalb sind wir sehr dankbar, dass die Politik uns jetzt auf verschiedenen Ebenen auch Rückenwind gibt. Nicht zuletzt auch über den von uns mit der Fachgesellschaft lange eingeforderten Auftrag – auch an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) – dafür zu sorgen, dass in die Regelversorgung auch eine Strukturierung der Versorgung erfolgt. Sie haben eben das Innovationsfonds-Modell angesprochen. Da haben wir gelernt, dass dieser Ansatz richtig ist und dass es durch ein paar einfache Maßnahmen gelingen kann, regional Netze aufzubauen, wo auch alle Selbsthilfegruppen etc. miteinbezogen wurden. Wenn man die Beteiligten einmal zusammenbringt, dann kommt es zur regionalen Vernetzung und alle haben auch Lust dazu, etwas zu machen. Wir sehen aber auch, dass es dazu bestimmte Voraussetzungen geben muss. Die sind auch finanzieller Art und ich sage das in Richtung der Krankenkassen, denn für das, was bisher an ambulanten Budgets für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung steht, damit geht es eben nicht. Dadurch haben sich Kollegen und Kolleginnen auch entschieden aufzuhören und sagen »Wir sind nicht Psychiater/innen geworden, um 10-Minuten-Medizin zu machen, ein Rezept zu verschreiben und das war's, sondern wir möchten Patienten und Patientinnen wirklich psychiatrisch versorgen, im wörtlichen Sinne«. Da kommen wir direkt zur Patientenorientierung. Das bedeutet für Psychiater/innen auf der Mikroebene der Frage nachzugehen, wie wir den personenzentrierten Ansatz in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung umsetzen und gerecht werden

können. Dazu müssen wir zunächst multimodal behandeln können und vernetzt arbeiten. Das ist die Herausforderung, die sich jetzt auch in der Umsetzung eines Innovationsfonds-Modells stellt. Wir haben in Modellen wie früher in den integrierten Versorgungsmodellen durchaus gesehen, was wirkt und hilft. Das Rad ist im Rahmen der früheren IV-Projekte mehrfach neu erfunden worden, jetzt haben wir einen etwas größeren Ansatz mit dem Vernetzungsmodell gefunden und feststellen können, dass das gut funktioniert. Nun stellt sich aber die Herausforderung, das auch wirklich in die Regelversorgung zu transferieren.

Wir müssen schauen, wie wir am besten steuern. Wir haben bei uns festgestellt, dass wir über das System der Bezugsärzte und Bezugsärztinnen steuern können, aber es geht nicht nur um die Steuerung der ärztlichen oder psychotherapeutischen Maßnahmen, sondern wir brauchen vieles mehr.

Wenn wir Personenzentrierung und Patientenorientierung ernst nehmen, dann muss das Motto heißen: Der Patient/die Patientin steuert mit dem eigenen Bedarf. Da ist es unsere Aufgabe herauszufinden und möglichst in Erfahrung zu bringen, was ärztlich, reha-technisch, wohnmäßig, sozial- und arbeitstechnisch gebraucht wird.

Und wenn wir etwas Administration weglassen, und dabei tatsächlich Geld sparen, das würde ich ausgesprochen begrüßen.

Wenn wir über Personal sprechen, dann sprechen wir letztlich über Zeit und da haben der stationäre und der ambulante Sektor durchaus ähnliche Probleme. Dass wir im ambulanten Bereich immer noch in einer Situation sind, dass aufgrund struktureller Vorgaben des Systems die Psychiatrie viel weniger Zeit zur Verfügung hat im System, als beispielsweise die Psychotherapie. Das ist überhaupt nicht in Ordnung. Da haben wir nach wie vor einen riesigen Unterschied und wir müssen das Zeitbudget für Psychiater/innen erweitern, denn das ist die entscheidende Grundlage, um mit Patienten und Patientinnen zu arbeiten. Da sehe ich den Gesetzgeber in der Pflicht, hier einen gewissen Druck auszuüben, denn das ist doch auch so oft schon im Bewertungsausschuss und in den Spitzengremien gewesen. Da blockieren auch die Kostenträger und haben sich dann an dieser Stelle jedes Mal verweigert. Hier muss eine strukturelle Änderung her. Es geht sicherlich nicht nur um mehr Geld, sondern das ist eine strukturelle Veränderung in der psychiatrischen Versorgung, die herbeigeführt werden muss. Deshalb ist es auch so wichtig, wie wir Vernetzungsmodelle auch in die Regelversorgung bekommen. Die sieht in der Psychiatrie bisher völlig anders aus, als das, was wir im integrierten Versorgungsmodell oder in anderen Modellen in der ganzen Republik ausprobiert

haben. Aber es ist leider bei Modellen geblieben, die wurden entweder - wie die IV-Modelle – schnell eingestellt, sobald die Anschubfinanzierung nicht mehr da war. Oder aber, auch das spreche ich kritisch an, können wir jetzt nichts mehr vor Ort verhandeln, weil das Bundesversicherungsamt zurzeit alles blockiert. Wir müssen das aber nicht in der Tiefe diskutieren, sondern wir müssen jetzt die Regelversorgung verändern.

Ich hatte mich gemeldet beim Stichwort Rehabilitation und Re-Integration am Arbeitsplatz. Wenn wir hier so berichten, dann müssen unsere Zuhörenden den Eindruck haben, wir wissen alle ungefähr was wir brauchen und wo wir hinwollen. Was es braucht ist Nachhaltigkeit in solchen Projekten und Verbindlichkeit. Ich will das einmal an einem Beispiel aus unserem Innovationsfondsprojekt erklären. Wir hatten auf Bundesebene Herrn Knieps für die Betriebskrankenkassen von dem Projekt überzeugt und hatten auch mit den Betriebsärzte bzw. -innen und Arbeitsmediziner/-innen zusammen überlegt, mit denen wir einen guten Draht haben, Menschen wieder in den Arbeitsplatz zurückzuführen und zu vermeiden, dass nach langen Krankschreibungen das Arbeitsamt nicht die Frührente fordert. In der Praxis haben die BKKs vor Ort gesagt, das sei zu viel Arbeit und beinhalte große Datenerhebungen für die Evaluation und das sei Ihnen viel zu aufwändig. Wir sind da nicht wirklich weitergekommen. Wenn wir über regionale Vernetzung reden, dann müssen wir darüber sprechen, mit den Betrieben und Betriebsärzt/innen und Arbeitsmediziner/-innen einen Dialog herstellen und sicherstellen, dass diese auch ein Interesse daran haben. So muss es gelingen, eine Person wieder zurück in den Betrieb zu nehmen und flankierende Maßnahmen zu erarbeiten. Dafür braucht es aber auch eine Verbindlichkeit, sodass die Bereitschaft nicht nur bei Einzelnen da ist, weil sie vielleicht psychische Erkrankungen aus der Familie kennen.

Dass Angehörige auch bei einem Erstkontakt schon einbezogen werden sollten, das kann ich bestätigen für die ambulanten Modelle, wir können das hier allerdings nicht in der Differenziertheit darstellen. Wir haben, ein Problem: Stichwort Schweigepflicht und Patientenwillen. Da würde ich mir wünschen, dass wir das manchmal geschmeidiger lösen könnten. Das können auch Psychiaterinnen und Psychiater, die zumindest zur Kenntnis nehmen, dass man auch zuhören kann, anstatt etwas zu sagen, dann verletzt man die Schweigepflicht nicht. Trotzdem ist es für manche ein Hemmschuh.

Mitglied des Deutschen Bundestages

Maria Klein-Schmeink

Wir machen die Erfahrung, dass ausgerechnet die, die eigentlich am verletzlichsten im Gesundheitswesen sind (Menschen mit Behinderung, mit chronischen und psychischen Erkrankungen), sich am besten auskennen müssten im Gesundheitswesen. Sie müssen häufig verschiedenste Sozialleistungen unter einen Hut bringen und haben mit unterschiedlichen Kostenträgern zu tun, die jeweils ihren eigenen Logiken folgen. Eines ist ihnen im Erleben aber immer gemein: Jede Institution sagt, »Meine Zuständigkeit geht bis hier und nicht weiter, und dann müssen sie sich an jemand anderes wenden«. Das ist für eine Person mit umfangreicherem Hilfebedarf ausgesprochen aufwendig und für die meisten eine nicht zu überwindende Hürde. Es führt außerdem zu sehr vielen Leistungslücken, da genau an den Schnittstellen oftmals ein Ping-Pong-Spiel bezüglich der Zuständigkeiten stattfindet. Aufgrund dieser Erfahrungen ist es nötig über die Strukturqualität insgesamt zu reden, und zwar nicht nur auf der Anbieter-, sondern auch auf der Kostenträgerseite. Wir haben in dieser Legislaturperiode eine entsprechende politische Initiative eingebracht, mit der wir uns dafür einsetzen, dass mehr Transparenz beispielsweise über Bewilligungsverfahren im Kassenbereich hergestellt wird, sodass jede oder jeder sehen kann, wie eine Kasse durchschnittlich mit ihren Versicherten umgeht. Heute haben wir eine Logik, die durch ökonomische Anreize so wirkt, dass Kassen kaum Interesse an besonders aufwendigen Versicherten haben. Gute Versorgungsqualität zahlt sich für die Krankenkassen nicht aus. Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte jedoch kein Selbstzweck sein, sondern zentral das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Der Anreiz darf nicht darin bestehen, einen möglichst niedrigen Zusatzbeitrag zu haben. Wir wollen stattdessen, dass zukünftig belohnt wird, wenn sich eine Kasse für Patientengruppen mit komplexen Behandlungsbedarf ins Zeug legt.

Zusätzlich brauchen wir feste Ansprechpartner/innen, die dabei helfen, unterschiedliche Leistungen zu bündeln und zu koordinieren. Damit einhergehend sollte auch ein Anspruch darauf bestehen, aus den verschiedenen Budgets im gegliederten System Geld in ein persönliches Budget zusammenfügen zu können. Dazu brauchen wir die Möglichkeit von Versorgungsverbünden in den Regionen. Das ist ein großes Ziel, woran wir derzeit intensiv

arbeiten. Das System, das wir heute haben, hat neben hohen bürokratischen und rechtlichen Hürden auch viele zu viele Teilhabebarrieren.

In Bezug auf Qualität und Krankenhausfinanzierung bin ich jetzt seit zehn Jahren politisch aktiv. Ich habe den gesamten Prozess rund um PEPP als Pauschalsystem, die Modellvorhaben nach § 64b und die IV-Verträge begleitet und muss sagen: Wir sind in diesen zehn Jahren nicht den Schritt weitergekommen, den wir eigentlich gebraucht hätten. Wenn wir einmal andersherum denken würden und zwar tatsächlich von den Patientinnen und Patienten her, dann sind für die Patientenerfahrung, sowohl stationär als auch ambulant, Zeitaspekte und Haltungsfragen entscheidend. Zusätzlich kommen noch strukturelle Hindernisse hinzu. Wir können nur vorankommen, indem wir genau schauen, was der einzelne Mensch tatsächlich braucht. Dafür müssen wir feste Ansprechpartner/innen und verbindliche Prozesse garantieren und nicht nur eine Behandlung, sondern auch eine Begleitung in Gesundung und Stabilität gewährleisten. Auch das gesamte soziale Umfeld sollte mitgedacht werden, um sowohl Ursachen aber auch Auswirkungen der Erkrankung zu erfassen. Kein Mensch ist einfach so krank. Gerade wenn es um psychische Erkrankungen geht, geht es immer auch um Fragen wie »Wie lebe ich damit?«, »Wie sehen meine Lebensumstände aus?«, »Wie haben die Lebensumstände auch dazu geführt, dass ich überhaupt krank geworden bin?«.

Mit mehr regionalen Versorgungsverträgen und -verbünden, bei denen die Einbindung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Profis verbindlich geregelt ist, können wir uns viel an Dokumentation bezüglich des QS-Verfahrens sparen. Entscheidende Verbesserungen können nur erzielt werden, wenn wir den Blick auf Patientenorientierung richten und vor Ort Versorgungsverbünde unterstützen. Ob dies als Modellvorhaben oder als IV-Vertrag umgesetzt wird, ist nicht letztendlich entscheidend. Ziel muss jedoch sein, dass es nicht nur entlang einer Krankenkasse geschieht, sondern vor Ort für alle erlebbar wäre.

Prozess- und Strukturqualität auf der einen Seite und Ergebnisqualität auf der anderen lassen sich nicht einfach auseinanderhalten. Völlig klar ist, und das haben wir an diesem unsäglich langwierigen Prozess der PEPP-Diskussion erlebt, dass man nicht sagen kann, eine psychische Erkrankung verliefe nach Schema x. Sie verläuft sehr individuell. Das heißt, sowohl der Therapiebedarf als auch der gesamte Hilfebedarf mit dem Ziel eines selbstständigen Lebens, ist ganz unterschiedlich. Genau dem müssen wir gerecht werden. Davon sind wir jedoch noch weit entfernt. Ich hatte

in meinem persönlichen Umfeld vor drei Jahren einen Fall, wo ich erlebt habe, wie schwierig es war, überhaupt in der stationären Versorgung einen Platz zu finden. Dann war es noch Sommer, wo ferienbedingt fast alles, was als Milieu-Therapie vorgesehen war, nicht stattgefunden hat. Das hieß, man hat bei Besuchen Menschen gesehen, die mehr oder weniger keinerlei Ansprache hatten. Die Hauptansprechpartnerin war die Fachkraft, die für die Küche verantwortlich war. Auf der anderen Seite kam es in Bezug auf eine notwendige, sich anschließende Reha zu einer 4-monatigen Wartezeit bis der Bescheid von der Krankenkasse kam, obwohl sich alle Beteiligten insgesamt intensiv dafür eingesetzt haben. Somit fing erst im April die Reha-Maßnahme an, obwohl die Erkrankung im September zuvor begann. Es ist dieser Person zum Glück gelungen, auch später im Beruf wieder Fuß zu fassen, aber der Weg dahin war mit einer Vielzahl von Hürden versehen. Das ist kein Einzelschicksal, sondern das ist ein ziemlich durchschnittliches Schicksal. Das muss uns doch aufrütteln und dazu bringen, die vorgesehenen Hilfen endlich so zu gestalten, dass sie ineinandergreifen, wirklich vor Ort für die Menschen zugänglich sind und auch mit diesen zusammen gestaltet werden. Das richte ich an den Gesetzgeber und an mich selbst: Es nützt wenig, im SGB V neue gesetzliche Regelungen zu schaffen, wenn die nicht ineinandergreifen. Das ist zwar möglich, aber in der Realität für Patientinnen und Patienten mit extrem hohen Organisationsaufwand verbunden und somit kaum realisierbar. Ich meine auch, dass wir »Kümmerer« für diese Art der Versorgung möglich machen müssen, weil wir die Menschen bisher damit allein lassen. Wer kein gutes Netzwerk hat, steht wirklich ganz allein da. Deshalb müssen Modellvorhaben verbindlich sein und, sobald sie sich bewährt haben, auch in der Regelversorgung Verankerung finden, anstatt immer nur Erprobungen zu sein.

Wir müssten endlich von sektorzugeordneten Zulassungen wegkommen und stattdessen sagen: Alles was wir uns an Leistungen wünschen, sollen in jeder Region auch die leisten, die es können, einzeln oder auch mehrere zusammen. Dafür müssen Kriterien definiert werden, anhand derer die Zulassung erfolgt. Alle Erbhöfe müssen dahinter zurückstehen, sonst kommen wir nicht voran.

Es wird allerdings nicht darum gehen können, dass wir überall in Deutschland komplett einheitliche Anforderungen an regionale Verbünde anlegen. Das geht überhaupt nicht, weil wir eine Region in Brandenburg oder in Thüringen nicht mit einer Region im Rheinland vergleichen können. Wir werden immer danach schauen müssen, was überhaupt da ist

und was wir zusammenbringen müssen. Trotzdem bin ich zuversichtlich, dass man Verbundstrukturen schaffen kann und auch muss, vor allem auch um den Fachkräftemangel zu begegnen. Wir können auf keinen Fall Dinge unkoordiniert nebeneinander herlaufen lassen. Ohne Vernetzung ist eine gute Versorgung der Patienten und Patientinnen nicht möglich und gleichzeitig auch nicht mehr vom Personal her zu leisten. Es muss Raum für Veränderungen geschaffen werden. Diese Erkenntnis erlebe ich auch immer mehr im ländlichen Raum, wo das Personal oftmals fehlt. Dort ist die Not so groß, dass man möglichst zusammenarbeiten muss. Darauf setze ich. Wir sollten es zumindest möglich machen, die Krankenkassen zur Mitwirkung zu verpflichten, wenn eine Region sich für die Umsetzung eines solchen regionalen Versorgungsverbunds entscheidet. Wichtig ist, dass alle Kassen mitmachen und sich keine Einzelkasse heraushalten kann, das wäre nicht hinnehmbar. Außerdem müssen wir sicherstellen, dass die Umsetzung tatsächlich patientenzentriert und nicht leistungserbringerzentriert ist. Es darf nicht sein, dass Patientinnen und Patienten Hand in Hand weitergeleitet werden, aber am Ende für diese nichts Sinnvolles herauskommt. Deshalb sind Qualitätsaspekte erforderlich, insbesondere auch die, die mit Selbstbestimmungsrecht und Assistenz zur selbstständigen Lebensführung zu tun haben. Gelegentliche Krisen dürfen nicht als dauerhaft behandelt werden und wir müssen leicht zugängliche Anlaufstrukturen sicherstellen. Außerdem muss auch im Blick behalten werden, was Frauen und Frauen mit bestimmten Erfahrungen wie beispielsweise Gewalt, die ein ganz wesentlicher Faktor für psychische Erkrankungen ist, brauchen. Ebenso verhält es sich mit Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund und mit älteren Menschen. Diese Themen müssen im Kern einer solchen Organisation mit Selbsthilfe, Patientenbeteiligung und Angehörigenbeteiligung verortet sein, sonst wird es nicht funktionieren.

Besonders hinweisen möchte ich auf die Hilfen für Angehörige. Nach SGB V ist dies als Rechtsgrundlage derzeit so gut wie gar nicht möglich. Das müssen wir verändern, es ist allerdings ein schwieriger Kampf. Ich habe mich beispielsweise für Kinder von psychisch kranken Eltern eingesetzt, wo es darum geht, eine Hilfe zu organisieren, bevor Kinder selbst hilfebedürftig werden. Das ist kaum möglich und da ist ein deutlicher Widerstand von Seiten des BMG zu spüren, was die Organisation und Zulässigkeit von präventiven Unterstützungsmaßnahmen im SGB V angeht, sowohl für die Angehörigen als auch für die Kinder in einem anderen Alter. Es kann nicht sein, dass wir immer erst warten, bis eine manifestierte Erkrankung dia-

gnostiziert ist und auch erst dann der ganze Hilfeapparat anspringt, anstatt vorher unterstützend einzugreifen.

Ein anderer Punkt sind die Einzelinteressen von Leistungserbringern. Dieses Problem können wir nur lösen, wenn wir konsequent von den Patienten bzw. Patientinnen und deren persönlichen Bedarfen ausgehen, denn sie sind in vielen Fällen Experten bzw. Expertinnen und Chefs bzw. Chefinnen in eigener Sache. Aus der Krankheitserfahrung kann ein betroffener Mensch Selbsthilfepotentiale schöpfen und bleibt dadurch in einer anderen Rolle, nämlich als handlungsfähiger Mensch anstatt passives Behandlungsobjekt. Um das hinzubekommen, müssen wir die Leistungserbringerinteressen neutralisieren aber auch ernst nehmen.

Wir haben aber auch an einzelnen Stelle eine Fehlversorgung. Ich habe oft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebt, dass es lange Wartelisten von Kindern und Jugendlichen gab, die bis zu fünf Monate auf eine stationäre Versorgung warten, und das auch in einer Stadt wie Münster mit eigentlich guter Versorgungslage. Aus meiner Sicht könnten wir hier mit frühzeitigen Hilfen auch viel tun, damit die Menschen gar nicht erst stationär behandelt werden müssen und falls doch, dann muss die stationäre Versorgung auch wirklich gut und personenzentriert sowie mit viel Zeit ausgestaltet sein. Zudem braucht es Versorgungskontinuität.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen kann es nicht sein, dass sie ihre Geschichte zehn Mal erzählen müssen, denn hier ist Beziehungsqualität entscheidend.

Die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ist eine herausfordernde und für unser gesundheitliches Wohlergehen eminent bedeutende Aufgabe. Es ist auch Aufgabe der Gesundheitspolitik endlich dafür sorgen, dass nicht länger bürokratische und rechtliche Hürden eine personenzentrierte Versorgung behindern.

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

Iris Hauth

Einleitung Brieger: Dann kommt jetzt Frau Hauth. Sie möchte ich fragen, welche Rolle Qualitätsindikatoren haben könnten.

Hauth: Bisher haben wir in der Psychiatrie keine. Es haben sich viele daran abgearbeitet, Prof. Gaebel z. B. hat erste Qualitätsindikatoren entwickelt, aber das ist lange her. Seit 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, Qualitätsindikatoren zu entwickeln und ihn delegiert an das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Qualitätsindikatoren für das Krankheitsbild Schizophrenie zu erarbeiten. Das IQTIG hat unter Einbezug einer großen Zahl von Experten einen sehr umfassenden Prozess organisiert mit dem Ziel, die Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten S3-Leitlinie für Schizophrenie zu entwickeln. Im Fokus stand die Prozessqualität: Wie ist die Aufnahme? Wie viele somatische Untersuchungen gibt es? Gibt es Psychoedukation? Werden Angehörige miteinbezogen? Wie ist die Entlassungsmedikation – möglichst mono und wenig? Wie ist das Entlassungsmanagement? Es ist schon gut, was dabei herauskommt, wenn es denn verabschiedet wird. Das Besondere ist, dass es auch sektorübergreifend ist, nämlich von der Klinik auch in den ambulanten Sektor. Ein Teil der Indikatoren betrifft nur die Klinik, ein Anderer nur die ambulanten Leistungserbringer. Als problematisch sehe ich jedoch, dass das alles keine Qualitätsindikatoren sind, die in der normalen Dokumentation enthalten sind. Das heißt, es sind keine Routinedaten, sondern man muss wieder extra dokumentieren. Und ich erinnere daran, dass das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) besagt, dass die Dokumentation reduziert werden soll. Wir sind uns hier aber alle im Klaren, dass dies mehr Dokumentation bedeutet. Trotzdem ist es ein Anreiz für die Kliniken aber auch für die Niedergelassenen, leitlinienorientierter zu arbeiten und dort auch achtsamer mit den Vorgaben umzugehen. Wenn wir hier über Patientenorientierung sprechen, kann die Leitlinie nur die Grundlage sein. Patientenorientierung in der Behandlung muss die Individualität und die besonderen Bedarfe berücksichtigen. Was braucht ein Patient bei der Aufnahme, im Verlauf bei der Entlassung. Das ist dann eine Frage des qualifizierten Personals, der Menge an Personal und auch der Zeit, die mit den Patientinnen und Patienten verbracht wird, um individuell patientenorientiert zu

arbeiten. Hier leite ich auf das Thema über, das uns alle bewegt: Ein Soll an Personal, das die leitlinienorientierte Behandlung umsetzen kann, aber dabei auf die individuellen Bedrüfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen kann. Dazu brauchen wir mehr als 85 % oder 90 %, sondern Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) Plus.

Ich war erschrocken, als Herr Medenbach gesagt hat, jetzt haben wir wenigstens Untergrenzen, die verhandelt werden müssen. Das ist ja genau das, was wir nicht wollen. Wir wollen nicht 85% Untergrenze verhandeln und vielleicht von 100 % heruntergeregelt werden durch Ihre Kolleginnen und Kollegen auf 85 %. Das würde ich an der Stelle aufrufen, bevor ich noch etwas zum vernetzten Arbeiten sage. Ich halte es für extrem wichtig, dass wir es hinbekommen, auch durch gesetzliche Rahmenbedinungen, die Bundespflegesatzverordnung, ein 100 % PsychPV Plus zu etablieren, welches das Soll ist und in die Verordnung kommt und die Kliniken ein Recht haben, das zu verhandeln. Die Untergrenze ist dadurch definiert, dass die Patientensicherheit gefährdet wird. Ab dann sollen die Kliniken sanktioniert werden. Wir wollen doch aber ein Mehr haben! Ich sage es noch einmal, weil es notwendig ist: PsychPV 100 % ist der Stand von 1990! Kein medizinisches Fach operiert heute noch mit dem Stand von 1990 oder benutzt Geräte von 1990. Wenn die aktuellen leitlinienorientierten Qualitätsstandards umgesetzt werden sollen ist da mehr Personal notwendig, das von den Kassen finanziert werden muss, wenn ihnen das Wohl einer qualitätsvollen Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen wichtig ist. Das muss in aller Deutlichkeit gesagt werden und ich weiß nicht, ob das alle Ihre Kollegen und Kolleginnen auch so sehen. Das Entscheidende ist, dass wir das Soll definiert bekommen und nicht die Untergrenze.

Herr Hecken hat heute vormittag gesagt, er würde sich das Plattformmodell ansehen. Das ist ein Modell, das alle Fachgesellschaften zusammen entwickelt haben. Dieses Modell hat ein Add-On von 20-30 %, je nach Berufsgruppe und nach Patientenbedürfnis dargestellt und das muss das Ziel sein.

Modellprojekte und IV-Projekte haben Regional viel zu einer koordinierten strukturierten Versorgung beigetragen. Bedauerlicherweise ist es aber nicht gelungen, sie in die Regelversorgung zu überführen. Da ist meiner Meinung nach der Gesetzgeber gefordert, indem er Rahmenbedinungungen und Anreize schafft, auch finanzielle wegen der Koordination und der zusätzlichen Zeit, aber auf der anderen Seite auch Verpflichtungen schafft. Der Sachverständigenrat hat im letzten Jahr im Gutachten dazu aufgeru-

fen, dass strukturierte, koordinierte Behandlung vor Ort mit einem Lotsen umgesetzt wird, aber auch die Friedrich-Ebert-Stiftung hat ein Papier dazu gemacht und ebenso die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Wir haben ein Stepped Care Modell, das sich kontinuierlich am Bedarf des Patienten ausrichtet. Beim Eintritt in das Versorgungssystem und Fortlaufen wird vom sogenannten Bezugsarzt oder Bezugstherapeut zusammen mit dem Patienten der Bedarf festgestellt, der steigen, aber auch wieder verringert werden kann. Auf Grundlage des Bedarfs erhält der Patient die verschiedenen Angebote in der Region. Der Bezugsbetreuer ist für die Koordination verantwortlich. Dafür müssen die verschiedenen Anbieter in der Region zur Verfügung stehen, z. B. strukturiert auf einer Internetplattform und von da aus auch terminlich ins System gebracht werden. Außerdem ist regelmäßig zu schauen, ob die Patientin oder der Patient das alles noch braucht, oder die Krise bereits abgeklungen ist und was jetzt benötigt wird. Ein System, das regelmäßig überprüft, wie der individuelle Bedarf ist, aber auch nach oben hin mehr komplexe Angebote machen kann, die nicht immer stationär sein müssen, sondern auch ambulant komplex sein können. Das ist das Stepped Care Modell und dazu ist es notwendig, dass es in der Region, ob man das gemeindepsychiatrischen Verbund nennt oder Management Gesellschaft, eine Strukturierung gibt, die die Behandlungspfade und Schnittstellen definiert. Diese Strukturierung muss dafür sorgen, dass die Kommunikation gesichert ist, Qualitätszirkel vorhanden sind und dass alle an einem Strang ziehen: Vom Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die Klinik und Institutionen aus dem Bereich der Eingliederunghilfe müssen sich committen und dabei mitmachen.

Ebenso ist in dem DGPPN-Stufenmodell die Mitarbeit von PIAs und die Beteiligung von Angehörigen vorgesehen.

Wir haben in Berlin für den Landesbettenplan solch eine Struktur entwickelt und als Empfehlung für den Senat formuliert. Ich bin gespannt, aber ich glaube die Zeichen der Zeit sind einfach da: Wenn wir individuell gut behandeln, gleichzeitig die immer mehr in unser System strömenden Menschen aufnehmen und sehen wollen, dass wir allen, je nach Bedarf etwas anbieten können. Ich denke, da müssen Rahmenbedinungen geschaffen werden. Hoffnung habe ich auch, dass der G-BA den Auftrag erhalten hat, eine Richtlinie für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Bedarf bis Ende 2020 zu definieren. Aber der nächste Schritt wäre auch – und da sind die motivierten Player in der Region

auch gefragt – zu sehen, welche Struktur regional geschaffen werden kann, um das zeitnah auf den Weg zu bringen.

Das Problem mit fehlenden Betten und Wartezeiten würde nicht so sein, wenn wir eine intensiv-ambulante Behandlung, Versorgung und Betreuung hätten. Wir alle haben hier in der Gesprächsrunde betont, wie wichtig es ist, ein intensives Netz aus Psychotherapie, Psychiatrie, Soziotherapie und Eingliederungshilfe zu stricken, was Klinikaufenthalte vermeiden kann. Das müssen wir aber erst einmal aufbauen. Ich spreche nun aus Leistungserbringersicht: Ich glaube auch nach den vielen Jahren, dass Leistungserbringer und Leistungsträger gezwungen werden müssen, sonst werden Partialinteressen nie überwunden. Es muss eine gesetzliche Rahmenbedingung geben.

Techniker Krankenkasse (TK) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Jürgen Medenbach

Die mir zur Vorbereitung gestellte Frage »Kann denn die GKV auch positiv zur Qualitätsentwicklung beitragen?« fand ich schon spannend überhaupt zu hören. Natürlich wird es immer so gesehen, dass wir Krankenkassen das verhindern und ich selbst erlebe das tatsächlich sehr oft, wenn ich mit den Kolleginnen und Kollegen der anderen Kassen an den Verhandlungstischen sitze. Da vereinbaren wir dann auf Krankenhausebene nicht immer das Personal, was vielleicht notwendig ist. Jetzt haben wir aber eine neue Richtlinie und auch wenn es nur ein kleiner Anfang ist, müssen wir nun diese Mindestausstattung vereinbaren. Ich bin gespannt wie das umgesetzt wird, ob es tatsächlich funktioniert. In Bezug auf die notwendige Personalausstattung erleben Sie uns als einzelne Kassen auch sehr inhomogen. Das möchte ich auch nicht wegdiskutieren. Was ich damit zum Ausdruck bringen wollte ist, dass wenn es zu Budgetverhandlungen kam – Sie saßen selbst mit am Verhandlungstisch -, wir Kassen nicht immer das Personal vereinbart haben, was ev. nötig gewesen wäre. Die 85 % kamen ins Spiel, weil einige Kliniken das nicht hätten erfüllen können, wenn die Forderung von Anfang an 140 % gewesen wäre. Deshalb ist es, glaube ich zumindest, ein erster kleiner Schritt, der über die G-BA Richtlinie etabliert wurde, sodass eine Mindestbesetzung verhandelt werden muss.

Vielleicht müssen wir aber auch noch einmal darüber nachdenken, wie wir das als GKV positiver begleiten können. Meine Bitte würde hier an die Politik gehen: Ich glaube, wir brauchen mehr gesetzliche Regelungen, die diese sektorenübergreifenden Behandlungen ermöglichen. Wir haben in den letzten Jahren viele Erfahrungen mit Modellvorhaben gemacht und auch mit der integrierten Versorgung, aber es gibt nun mal keine Verpflichtung für die einzelnen Kassen, daran teilzunehmen. Oftmals gab es daher Flickenteppiche. Es gab gute Ansätze, aber nach allem, was ich in den letzten Jahren miterlebt habe, brauchen wir mehr gesetzliche Regelungen.

Kurz noch etwas zu verbindlichen Strukturen und in Richtung Gesetzgebung: Ein Beispiel hierzu kommt aus den Modellvorhaben, speziell in NRW, wo ich herkomme, wo wir mit der gleichen Thematik beschäftigt sind. Da haben wir drei Modellvorhaben, es ist aber wirklich nicht gelungen, den ambulanten Bereich miteinzubinden. Es ist zum großen Teil auch nicht gelungen, alle Kostenträger mit an den Tisch zu holen und da wollte ich appellieren,

denn ich glaube, wir brauchen von der Gesetzgebung wirklich verbindliche Vorgaben, damit sich niemand wegducken kann. Es wäre also sehr hilfreich, wenn wir gesetzgeberische Verfahren mit etablieren könnten.

Arbeitsgruppen:

Personalbemessung und Qualitätsstandards

Dieter Grupp

Teilnehmende an der Arbeitsgruppe waren Vertretende der Krankenhausträger, anderer Leistungserbringer, der Selbsthilfe und aus der Politik. Im Fokus der AG stand der aktuelle Entwurf der Richtlinie des Gemeinsamen Bundessausschuss (G-BA) zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik. Nach Erläuterung der Richtlinie wurde diese aus den verschiedenen Perspektiven bewertet und prioritäre Aspekte und Konsequenzen erörtert.

G-BA Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Der Prozess zur Neuausrichtung startete 2016 mit dem im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) verankerten Auftrag an den G-BA, eine Richtlinie zur Ausstattung der stationären Einrichtungen zumindest mit dem erforderlichen Personal zu erstellen. Die Aktion Psychisch Kranke hat diesen Prozess drei Jahre lang begleitet, mit der Beteiligung an der Wittchen-Studie und vielen Begleitgremien und -diskussionen. Am 30.10.2020 wurde der Entwurf der Richtlinie der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Formal ist es eine Richtlinie und keine Verordnung wie die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Inhaltlich beschäftigt sich die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) nicht mit der Soll-Ausstattung stationärer Einrichtungen wie die PsychPV, sondern definiert Mindestvorgaben für qualitative Personaluntergrenzen, unterhalb derer eine Behandlung nicht mehr zulässig ist. Inhaltlich hat der G-BA drei Jahre lang intensiv die Personalbemessung analysiert und diskutiert (Literaturrecherche, Expertenanhörungen, Sachverständigen-Anhörungen) und kam zu dem Schluss, dass die bestehende PsychPV aus dem Jahre 1990 von ihrer Struktur her das derzeit am besten geeignete Instrument ist, um Personal in stationären Einrichtungen zu bemessen. Nicht in den Minutenwerten, aber von der Struktur her. Derzeit gibt es im europäischen Raum und vielleicht weltweit, keine vergleichbare geeignete Richtlinie, Verordnung oder ein vergleichbares System zur PsychPV. Deshalb hat der G-BA auf die PsychPV aufgesetzt. Er hat die Sollvorgaben der PsychPV aus dem Jahre

1990 30 Jahre später zum Mindeststandard gemacht, d. h. qualitativ müssen alle stationären Einrichtungen diese Mindestvorgabe im gestuften System erfüllen, sodass in vier Jahren etwa 100 % PsychPV nachgewiesen werden müssen und was darunter liegt, ist strafbewehrt.

Die alte PsychPV-Tabelle aus dem Jahr 1990 ist in Nuancen angepasst worden: Aufschläge in der Pflege in den Intensivpflegebereichen, in der Psychotherapie, bei den Psychologen und Psychologinnen und mehr Grundpersonal für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Damit ist die 1. Stufe eines Systems definiert, das sich die nächsten Jahre im Zweijahresrhythmus anpassen soll, d. h. ein Einstieg in ein System der Personalbemessung, dass in bestimmten Abständen an die Entwicklung des medizinischen Fortschritts und der Psychiatrie angepasst wird. Der zweite entscheidende Punkt ist, dass es eine Mindestpersonalverordnung ist und für eine leitliniengerechte Behandlung kann das Krankenhaus mehr Personal verhandeln.

Kritisiert wurde von Verbänden, dass Anhaltszahlen von 1990 zum Mindeststandard geworden sind. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Auflösung des sog. Stationssockels, d. h. je größer eine Station, desto mehr Geld kann damit erwirtschaftet werden. Es sind 278 Minuten pro Pflegekraft pro Woche dazugekommen, dadurch entfällt der Anreiz, Stationen kleiner zu machen als 18 Betten. Diese beiden zentralen Kritikpunkte haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) geltend gemacht und dass es keine grundsätzlich neue Versorgungsstruktur gibt. Die Idee, ein Krankenhaus bestehe aus Abteilungen und Stationen, wird fortgeführt, das Sektorübergreifende wird nicht gefördert. Ob es verhindert wird, darüber kann man sich streiten.

Perspektive Leistungserbringer – Krankenhaus

Überwiegend Konsens bestand bei den Teilnehmenden aus dem Krankenhausbereich in der Einschätzung, dass der Richtlinienentwurf kein großer Wurf ist, aber im Vergleich zu dem, was an Alternativen diskutiert wurde, war das letztlich das Optimum, was man unter den gegebenen Rahmenbedingungen erreichen konnte.

Als weitere kritische Punkte neben den Anhaltszahlen, dem Innovationsaspekt und dem Sockelbetrag wurden folgende Aspekte angeführt:

Die quartalsweisen und einrichtungsbezogenen Ist-Personalwerte müssen stationsbezogen gemeldet werden. Das, was man am Ende des Quartals

meldet, ist nur noch die Addition aus den drei Monaten und den Stationen, die man gemeldet hat. Das bedeutet für die Krankenhäuser, dass alles Personal den konkreten Stationen zugeordnet werden muss, weil es anders nicht nachgewiesen werden kann. Bei der Pflege ist das nicht kompliziert, aber es gibt Personal, das übergeordnet arbeitet. Nicht jede Ärztin und jeder Arzt ist einer Station zugeordnet. Das gleiche gilt für Kreativ- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Die interne Fokussierung auf die Station wächst dadurch, weil das Personal nur in den Nachweis einfließen kann, wenn es dienstplanbezogen einer konkreten Station zuzuordnen ist. Damit ist ein falsches Signal gesetzt, wenn gleichzeitig Ziel sein soll, eine sektorenübergreifende Behandlung zu fördern und möglichst eine von der Station unabhängige Behandlungskontinuität zu gewährleisten.

Als schwierig umsetzbar wird auch bewertet, dass der Nachweis nicht mehr über Vollkräfte passiert, sondern über geleistete Vollkraftstunden. Die EDV-Einrichtung vieler Klinken erfasst nur die Pflege. Um alle therapeutischen Berufsgruppen nachweissicher für die konkrete Anwesenheit und dann auch noch stationsbezogen zu erfassen, müssen die Kliniken »aufrüsten«. Diesen Dokumentationsaufwand darf man nicht unterschätzen.

Der Stationsbezug hat im Moment noch keine Sanktion zur Folge, aber es könnte drohen. Wenn ein Krankenhaus individuelle Leistungen anbieten will, dann wird das nur zu organisieren sein, wenn das auch stationsübergreifend geht. Das kann mal die eine oder die andere Gruppe sein, wenn es bestimmte Aktivitäten oder Spezialtherapien sind, das wird nur stationsübergreifend gehen. Auch eine Variationsmöglichkeit wie eingestreute tagesklinische Behandlung in der Station, ohne dass die Patientin oder der Patient wechseln muss, etc. Darauf ist zu achten, bevor bis 30.6. nächsten Jahres die Sanktionen festgelegt werden.

In Bezug auf die Weiterentwicklung der Personalbemessung sahen AG-Teilnehmende aus dem Krankenhausbereich die Schussenrieder Tabelle als eine gute Systematik, mit der man auch notwendigen Veränderungsprozesse (einzelne Berufsgruppen, die dazukamen oder komplexe Behandlungs- oder Therapieleistungen) gut abbilden kann. Man müsste auf dieser Grundlage möglicherweise in einer Expertengruppe analysieren, was neu hinzugekommen ist und was noch in der Zukunft addiert werden müsste. Bestimmte Minuten und Tätigkeiten werden mehr gebraucht und so kann schrittweise zu einer fachlichen Weiterentwicklung einer PsychPV-Systematik kommen. Dafür bräuchte man eine funktionierende Ist-Erhebung, und könnte auf dieser Grundlage die Weiterentwicklung leisten.

Positiv wird zudem gesehen, dass in der Richtlinie zum Beispiel Personalrats-freistellungen rausgerechnet werden, die bisher immer enthalten waren. Auf den Stationen fehlten die freigestellten Personalräte bzw. Betriebsräte, umgekehrt wurde diese in die Personalbemessung reingerechnet. Die Schwierigkeit wird hier eher in den Verhandlungen mit den Kassen verortet. Wenn man sich jetzt auf die Richtlinie verbindlich beziehen kann, ist dies ein Fortschritt.

Angeregt wurde auch der Blick über den Tellerrand bundesdeutscher Verhältnisse. Das Pflegemodell *Buurtzorg* aus den Niederlanden setzt auf agiles Management, kleine Teams, die völlig frei arbeiten können, wenig formal vorgegebene Ziele und Aushandlung mit den Patientinnen und Patienten, was notwendig ist. Hier wird auf Vertrauen gesetzt und nicht nur eine Misstrauenskultur. Die Folge ist bedeutend weniger Dokumentationsaufwand und mehr Patientenorientierung.

Perspektive Patientenvertretung / Selbsthilfe:

Expertengespräche haben gezeigt, dass man 15-20 % mehr Personal für eine leitliniengerechte Behandlung braucht, aber weil es eine gewisse Heterogenität gab und sich DKG und GKV nicht einigen konnten, hat Herr Hecken als Vorsitzender die entscheidenden Vorschläge gemacht. Die Patientenvertretung wollten z. B. auch die Genesungsbegleiterinnen und -begleiter implementieren. Das ist nur als Empfehlung in der Richtlinie enthalten, aber es hat keine rechtliche Verbindlichkeit. Das ist zumindest ein positives Signal, und positiv ist auch zu einem gewissen Grad ein Kontrollsystem. Insgesamt werden kleine Fortschritte gesehen, aber diese sind aus Sicht der einzelnen Patientenvertretenden nicht ausreichend.

Zu bemängeln ist, dass nicht sektorenübergreifend gedacht wurde. Die Frage wäre zudem, ob sich nicht grundsätzlich Versorgungsstrukturen ändern müssen. Patientinnen und Patienten sollten nicht mehr auf den Fluren liegen, weil kein Platz ist. Es sollte sich dahingehend verändern, dass viele Menschen gar nicht mehr untergebracht werden müssen, sondern auch zuhause oder in Krisenpensionen intensive ambulante Behandlung bekommen können. Für stationsäquivalente Behandlung gibt es auch noch keine Personalanhaltspunkte.

Auch Sanktionen sind aus Sicht der Selbsthilfe kontrovers zu sehen. Ein Vergütungsabschlag erreicht noch keine bessere Qualität, sondern möglicherweise versucht das Krankenhaus dann anders das Geld einzusparen. Ein

Aufnahmestopp ist dann notwendig, wenn die Sicherheit der Patientinnen und Patienten nicht mehr gewährleistet ist, wenn z. B. in einer Fixierung keine eins-zu-eins-Betreuung mehr möglich ist. Dann muss geschlossen werden, aber dann müssen die Menschen vielleicht 150 km weiter untergebracht werden, was zur Folge hat, dass Angehörige und Befreundete sie nicht mehr besuchen können etc.

Es sollte nicht nur auf formelle Qualifikation und Zahl des Personals geschaut werden, sondern auch auf Haltung und Einstellung zu Patientinnen und Patienten. Schulungen zur Deeskalation und Menschenrechten sollten verpflichtend eingeführt werden – auch dass mehr Patientenbefragungen gemacht werden.

Notwendig wäre die Stärkung der Besuchskommissionen und der Fachaufsicht sowie unabhängige Beschwerdestellen und schnellere Berichterstattung. Möglicherweise müsste ein Bundesgesetz kommen, weil diese Landespsychiatriegesetze sehr heterogen sind, damit die Mindestanforderungen in jedem Land geregelt wären.

Patienteninteresse wäre auch zufriedenere Mitarbeitende in den Kliniken. In den Kliniken, die eine bedarfsgerechte Personalausstattung durchgesetzt haben, ist eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit festzustellen. Es gibt jedoch Unterschiede in Bezug auf Personalgewinnung, wenn Kliniken im städtischen oder ländlichen Raum angesiedelt sind. Zudem ist der Umgang mit Patientinnen und Patienten, wie es sich die Selbsthilfe wünscht, möglichweise eher in den kleineren Kliniken gewährleistet.

Gesundheitspolitische Aspekte:

Eine gesundheitspolitische Fragestellung bleibt, ob mit den in dem Richtlinienentwurf enthaltenen geringen Aufschlägen tatsächlich eine individuell passgenaue Psychiatrie herauskommt. Hier fehlen noch geeignete Anhaltspunkte, um das beurteilen zu können.

Problematisch war in der Vergangenheit, dass eigentlich für Personal vorgesehene Mittel für Investitionsmittel benutzt worden sind. Hintergrund ist, dass die Investitionsmittel der Länder nicht ausreichen, und gerade in den alten Häusern der Renovierungsbedarf hoch war.

Durch die Nachweispflicht wird eine Transparenzstruktur geschaffen. Wenn diese dazu genutzt wird, sanktionsbewährte Abzüge machen zu können, verbessert das nicht automatisch die Versorgung und kann die Pflichtversorgung gefährden. In den Kliniken bestehen fast überall Wartelisten.

Dann ist auch die Frage, was die Folge wäre, wenn sanktionsbewährt ein Aufnahmestopp erzwungen wird. Dann sind die Menschen nicht versorgt und haben keine Anlaufstelle.

Auch gesundheitspolitisch stellt sich die Frage, wie eine andere Kultur in den Häusern sichergestellt werden kann, die partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht, Deeskalationsstrukturen stärkt und die auch mit Personal unterlegt sind. Dann muss es in den Krisensituationen unter anderem darum gehen, eins zu eins Betreuung und Ansprechpartner sicher zu stellen. Dieser qualitative Teil ist noch nicht ausreichend gelöst. Der Weiterentwicklungsprozess muss intensiv begleitet werden, damit die Weiterentwicklung qualitativ und nicht nur auf einer ökonomischen Basis entschieden wird.

Es bleibt wichtig, nachzuhalten, ob das Personal, das man verhandelt hat, auch tatsächlich eingestellt ist, oder für andere Dinge benutzt wird.

Andere gesundheitspolitische Aspekte liegen in den Schlüsselwörtern Patienten- und Angehörigenbeteiligung. Je mehr Öffentlichkeit in der Klinik, je mehr Patientenbeteiligung und je mehr Besuchskommission und ähnliches, desto weniger sind Misstrauens- und Messungsinstrumente notwendig.

Fazit und Ausblick

Auf der Grundlage des Richtlinienentwurf ist die Stufe 1 erreicht, und damit im Bereich der Personalbemessung das absolute Minimum. Das kann eine sehr gute Basis für weitere Stufen sein, aber ist noch nicht ausreichend. Notwendig ist ein Prozess hin zu einer erweiterten Soll-Regelung, in der die Patientenbedürfnisse und die Patientenvertreterinnen und -vertreter stärker mit einzubeziehen sind, als es im G-BA Prozess möglich war. Auf der Grundlage der Patientenorientierung muss ein Soll heraus entwickelt werden, dass man auch im Personal umsetzen kann. Die 100 % Untergrenze ist durchzusetzen und in angemessener Weise zu kontrollieren. Dieser Rechtsanspruch ist nach fast 30 Jahre langem Warten gesetzlich vorgesehen. Auch die wenn auch geringen Aufschläge sind eine Errungenschaft. Die positiven Seiten der G-BA Richtlinie gilt es zu nutzen.

Notwendig ist jetzt eine regelmäßige Überprüfung der Richtlinie und Adaption an moderne Verhältnisse. Diese sollte nicht allein dem G-BA auf der Grundlage der Formulierung, dass er überprüft und weitere Schritte einleitet, überlassen werden. Hilfreich wäre die Einrichtung einer Expertenkommission. Zu prüfen wäre auch, ob regionale Besonderheiten in der Versorgung stärker Berücksichtigung finden. Die Zentralisierung der Datenerhebung und

der Steuerung des Systems in Berliner Zentralstellen hemmt die Innovationsfreude und Pluralität, die gerade das psychiatrische Versorgungssystem die letzten Jahrzehnte entscheidend positiv geprägt hat. Die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ist ein erster Schritt. Wenn konsequent weitergegangen wird, kann daraus am Ende ein Erfolg werden. Die Vision einer besseren, patientenorientierten und patientengesteuerten Versorgung ist nicht alleine über die G-BA Richtlinie zu erreichen. Hier kann der BMG-Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen eine Plattform sein.

Psychiatrische Krisenhilfe und Notfallversorgung

Der Berliner Krisendienst

Jens Gräbener, Ilse Eichenbrenner

Der Berliner Krisendienst existiert seit dem 01. Oktober 1999, nunmehr also seit knapp 21 Jahren. Nach langjähriger Vorbereitung und unter Beteiligung von Fachleuten wie auch Betroffenen etablierte sich in Berlin damit erstmalig eine beispiellose städtische Krisenversorgung: flächendeckend und an 365 Tagen im Jahr rund-um-die Uhr telefonisch erreichbar; kostenlos, ohne Voranmeldung und auf Wunsch anonym. Der Gründung des Berliner Krisendienstes vorausgegangen waren unter anderem konzeptionelle Überlegungen im Rahmen des Psychiatrie-Entwicklungs-Plans (PEP). Seit den 1990er Jahren entwickelten die Fachgremien gemeinsam mit den Trägern des Berliner Krisendienstes das Konzept einer integrierten Krisenversorgung für Berlin. Ziel war es, die bestehenden Versorgungslücken Berlins insbesondere in den Abend- und Nachtstunden zu schließen, dabei schnell und unbürokratisch zu helfen und das fachliche Wissen verschiedenster Berufsgruppen zusammenfließen zu lassen. Die Konzeption des Berliner Krisendienstes wurde 1998 durch den Landespsychiatriebeirat verabschiedet.

Vor 1999 existierten in Berlin bereits einzelne Krisendienste, die regional und zeitlich eingeschränkter arbeiteten und über die nur ein Teil der Bevölkerung versorgt werden konnte.

Am Beispiel des Psychiatrischen Notdienstes in Charlottenburg lässt sich die Entwicklung von einem regionalen Krisendienst hin zum Berliner Krisendienst zeigen: Bereits 1983 wurden in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Charlottenburg erste Überlegungen für einen bezirklichen Notdienst für psychiatrische Krisen angestellt. 1988 wurde über die Bezirks-Verordneten-Versammlung Charlottenburg eine Finanzierung für die konzeptionelle Ausarbeitung und Umsetzung des geplanten Dienstes beschlossen. Dieser nahm 1990 unter der Koordination von Ilse Eichenbrenner seine Arbeit auf- zunächst an drei Tagen in der Woche, freitags bis sonntags. 1993 übernahm der Verein Platane 19 e.V. die Trägerschaft für den Psychiatrischen Notdienst, der nun an sieben Tagen in der Woche geöffnet war. Nachdem in Berlin die Pläne für die Etablierung eines einheitlichen Landeskrisendienstes immer mehr Gestalt annahmen, wurde ab 1998 der Psychiatrische Notdienst entsprechend verändert. Es hospitierten zukünftige Kollegen für

den geplanten Standort in Spandau, außerdem beteiligte sich der Psychiatrische Notdienst an einem überregionalen Nachtdienst. In den Räumen von KUB e. V. 1999 wurde dann der Beginn der Öffnungszeit auf 16 Uhr vorverlegt. Zum 01. Oktober 1999 wurde der Psychiatrische Notdienst ein Teil des neu gegründeten Berliner Krisendienstes.

Die sechs Träger des Berliner Krisendienstes betreiben als Trägergemeinschaft heute neun Standorte in sechs Versorgungsregionen in Berlin. Diese neuen Standorte sind täglich von 16.00 Uhr bis 24.00 Uhr geöffnet. Nach 24.00 Uhr bleibt der Zentralstandort im Bezirk Mitte für den überregionalen Nachtdienst geöffnet. Dieser endet um 8.00 Uhr morgens, es beginnt der überregionale Tagdienst- werktags mit einer reinen Screening- und Vermittlungsfunktion, sonn- und feiertags personell verstärkt als überregionaler Dienst für ganz Berlin.

Diese zeitliche Struktur folgt den konzeptionellen Anforderungen an den Berliner Krisendienst: ein einheitliches, flächendeckendes Angebot bei psychosozialen Krisen und Notfällen zu schaffen, das andererseits bestehende Versorgungsstrukturen zwar ergänzen, aber nicht doppeln soll. Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt der Arbeit des Berliner Krisendienstes in den Zeiten, in denen nur noch kleine Teile des Versorgungssystems zur Verfügung stehen.

Zu den Aufgaben des Berliner Krisendienstes gehört weiter die Unterstützung von Enthospitalisierung, die Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen, aber auch die fachgerechte Begleitung notwendiger stationärer Aufnahmen. Der Berliner Krisendienst kooperiert dabei eng mit dem bestehenden Hilfesystem, inklusive der Notalldienste.

Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören explizit zu den Zielgruppen des Berliner Krisendienstes – neben Menschen mit geistiger- und körperlicher Behinderung in Krisen, Menschen mit Suchterkrankungen, pflegebedürftige und demente Menschen und selbstverständlich alle Menschen in Krisen bzw. gravierenden Notlagen. Ebenso gehören deren Angehörige und andere professionelle Helfer zu den Zielgruppen. Dabei stellt Suizidprävention einen Schwerpunkt in der täglichen Arbeit dar. Nicht erst im Zuge der Einbindung des Berliner Krisendienstes in die Berliner Konzepte zur Psychosozialen Notfall-Versorgung (PSNV) im Großschadensfall richtet sich das Angebot explizit auch an akut traumatisierte Menschen.

Der Berliner Krisendienst bietet telefonische und persönliche Beratung in den Standorten an – im Sinne einer längerfristigen Krisenbegleitung sind Folgegespräche möglich. In sehr zugespitzten Situationen kommen die Mit-

arbeiterinnen und Mitarbeiter auch an den Ort der Krise – dabei steht ein fachärztlicher Hintergrunddienst zur Verfügung. Das Angebot ist anonym und kostenlos und damit niedrigschwellig. Der Berliner Krisendienst sieht sich als Teil des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems. Dazu gehört auch, bei Bedarf qualifiziert ins Hilfesystem zu vermitteln.

Der Berliner Krisendienst versorgt 3669491 Millionen Berlinerinnen und Berliner (Quelle: Statistik Berlin-Brandenburg, 31.12.2019). Hinzu kommt die große Zahl von Menschen, die sich kurzfristig in der Stadt aufhalten, sowie die Angehörigen von Berlinerinnen und Berlinern, die nicht in der Stadt wohnen und sich in Sorge um ihren Angehörigen an den Berliner Krisendienst wenden können. Im Jahr 2019 wurde der Berliner Krisendienst insgesamt knapp 70.000 Mal in Anspruch genommen.

Aktuell arbeiten in den sechs Regionen 40 Kolleginnen und Kollegen hauptberuflich für den Berliner Krisendienst. Entsprechend des von Ilse Eichenbrenner aufgebauten Konzeptes für den psychiatrischen Notdienst Charlottenburg kommen mehr als 200 freiberuflich tätige Kolleginnen und Kollegen, die hauptberuflich in anderen Einrichtungen der Versorgungslandschaft arbeiten – z. B. in Kliniken oder in der Eingliederungshilfe – hinzu. Dieses Konzept hat den großen Vorteil, dass der Respekt voreinander gewachsen ist und sich alle miteinander vernetzen.

Knapp 20 Hintergrundärztinnen und –ärzte komplettieren die multiprofessionellen Teams. Bezüglich der Finanzierung der ärztlichen Leistungen gab es ein Jahr nach Gründung des Krisendienstes Probleme mit den Krankenkassen. Die Ärzte mussten damals einen Notfallschein ausfüllen. Da es aber nur sehr wenige Arzteinsätze gab, haben die Krankenkassen die Finanzierung mit der Begründung beendet, dass dies nicht Teil ihres Aufgabenbereiches sei. Professor Ingmar Steinhart, von dem das Konzept des Berliner Krisendienstes stammt, hat es nach langen Verhandlungen mit den Krankenkassen geschafft, sie wieder ins Boot zu holen.

Aktuell wird der ärztliche Hintergrunddienst aus den Zuwendungen des Landes Berlin finanziert.

Zu den Besonderheiten des Berliner Krisendienstes gehört sicher, dass das Land Berlin einen einheitlichen, flächendeckend arbeitenden Krisendienst unterhält, der eine große Anzahl von Menschen versorgt. Dieser Krisendienst wird von sechs Trägern mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Geschichten getragen, die sich auf Einheitliches verständigen wollten und mussten, ohne dass ihre individuellen Stärken dabei verloren gehen sollten.

Wie jeder Krisendienst arbeitet auch der Berliner Krisendienst im Rahmen des Psychischkrankengesetzes (PsychKG) seines Bundeslandes - in Berlin bedeutet dies, dass der Berliner Krisendienst kein eigenes Hoheitsrecht hat, sondern dass das Hoheitsrecht zu den Zeiten, in denen die Hauptarbeit geleistet wird, bei der Berliner Polizei liegt. Dies ist ein Grund für die von Beginn an besonders enge Kooperation zwischen Krisendienst und Polizei in Berlin. Es gibt darüber hinaus viele Verflechtungen zwischen dem Krisendienst und der Polizei, z. B. macht der Krisendienst Fortbildungen bei der Polizei und es gibt gemeinsame Fortbildungen. Mit der Novellierung des PsychKG im Land Berlin 2016 wurde der Berliner Krisendienst in die bezirkliche Pflichtversorgung aufgenommen.

Auch die Stadt Berlin selbst als Arbeitsort bringt Besonderheiten mit sich. Die strukturell traditionell starken Bezirke haben jeweilige bezirkliche Versorgungsstrukturen. Zusätzlich existieren in Berlin aber auch überbezirkliche Versorgungsstrukturen. Für den Berliner Krisendienst bedeutet das eine Arbeit sowohl an den regionalen als auch an den überregionalen Schnittstellen. Daneben hat Berlin spezifische Probleme einer Großstadt, die sich von ländlichen Gebieten unterscheiden. Bereits erwähnt wurde die große Zahl von Besucherinnen und Besuchern aus aller Welt, die im Fall einer akuten Krise zu Klientinnen und Klienten des Berliner Krisendienstes werden können.

Der Berliner Krisendienst wendet sich explizit an Menschen mit psychischen Erkrankungen – er ist aber kein ausschließlich psychiatrischer Krisendienst. Tatsächlich ist die Breite der Problemlagen und Anliegen der Klientinnen und Klienten sehr groß – von reinen Beratungsanliegen über Krisen in Paarbeziehung und Familie, Trauer, erlebte Gewalt, Krisen am Arbeitsplatz bis hin zu akuter Eigen- und Fremdgefährdung und psychiatrischen Notfällen. Im Zuge des Anschlags am Breitscheidplatz war der Berliner Krisendienst zudem in hohem Maße in die Versorgung von Betroffenen, Angehörigen, Hinterbliebenen und professionell Tätigen eingebunden. Aktuell spielt die Krisenversorgung im Kontext von Corona eine herausragende Rolle.

Diese inhaltliche Breite erfordert oft auch ein breites Interventionsrepertoire und eine gute Kenntnis des sich verändernden Hilfesystems. Jährlich stattfindende regionale und überregionale Fortbildungen sind deshalb unumgänglich und haben einen großen Stellenwert.

Zuletzt besteht eine Besonderheit des Berliner Krisendienstes in der konzeptionell verankerten Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung in Krisen. In allen sechs Regionen arbeiten Kolleginnen und Kollegen, die

sich in diesem Bereich besonders qualifiziert haben und über langjährige Erfahrung verfügen. Zu Ihren Aufgaben gehören neben der Klientenarbeit die Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen und die Weitergabe ihrer Kenntnisse an ihre Kolleginnen und Kollegen.

Gemeindepsychiatrischer Krisendienst in Solingen

Nils Greve, Thomas Hummelsheim

Der Solinger Krisendienst hat seine Ursprünge in der Frühzeit der Psychiatriereform: Etwa ab 1980 begann der Psychosoziale Trägerverein Solingen (PTV) mit dem Aufbau eines aufsuchenden Dienstes, den er in seiner alleinigen Trägerschaft für das Gebiet der Stadt Solingen (160.000 Einwohner) betreibt. Seit mehr als 30 Jahren hat der Dienst seine heutige Form (Hoffmann-Badache u. a. 1997, Hummelsheim und Gasper 2012).

Der Krisendienst leistet rund um die Uhr eine Soforthilfe im Sinne einer pragmatischen, der jeweiligen Situation angepassten Krisenintervention: Klärung der Situation und des Hilfebedarfs, Gefahrenabwehr, Beratung, Entlastung und Vermittlung weiterführender Hilfen.

Als einziger Träger des Krisendienstes verfügt der PTV – bei aller Kreativität der Zusammenführung seiner Ressourcen – nur über begrenzte Möglichkeiten, psychische Krisen und Notfälle innerhalb der Stadt aufzufangen. Der Dienst firmiert darum als »psychiatrischer« Krisendienst und erklärt sich zuständig für Krisensituationen, die mit Erkrankungen aus dem Bereich der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie zusammenhängen (könnten). Damit ist eine Abgrenzung gegenüber nicht-psychiatrischen Konflikten sowie gegen Sucht und Kinder- und Jugendpsychiatrie verbunden, für die mehr oder weniger spezifische eigene Systeme zur Verfügung stehen.

Über die Patienten und Klienten des PTV hinaus, für die der Krisendienst regulärer Bestandteil der PTV-Angebote ist, wird die Hotline in etwa einem Drittel der Kontakte von Solinger Bürgern erreicht, die den PTV bislang noch nicht genutzt haben.

Drei Stufen der Krisenintervention: Hotline, Hausbesuch, Krisenwohngruppe

Der Solinger Verein ist rund um die Uhr mit einer psychosozialen Fachkraft *telefonisch erreichbar*. Wenn eine telefonische Beratung nicht ausreicht, kann innerhalb Solingens jederzeit ein *Hausbesuch* erfolgen, ebenfalls durch eine/n berufserfahrene/n Professionelle/n.

Als dritte Stufe des Krisendienstes existiert seit Mitte der 1980er Jahre eine *Krisenwohngruppe*, in der jederzeit ein »Notbett«-Platz zur Sofortaufnahme zur Verfügung steht. Die Krisenwohngruppe verfügt über sechs Betten in Zweibettzimmern. Sie hat den Charakter einer niederschwelligen Zufluchts-

stätte, ein gemeinsames Team organisiert das alltägliche Zusammenleben der Krisenwohngruppe und der Wohnheimgruppe im selben Gebäude und bietet so eine jederzeit erreichbare Unterstützung. Das Konzept orientiert sich an den Ideen der Soteria-Häuser, allerdings mit deutlich geringerem Personaleinsatz.

Die Krisenwohngruppe ist seit 1991 mit der Tagesklinik desselben Trägers verbunden: Ein Teil der Tagesklinikpatienten hat parallel einen Platz in der Krisenwohngruppe.

Der Verein erhält einen Betriebskostenzuschuss der Stadt Solingen und für die Krisenwohngruppe eine Teilfinanzierung durch die Krankenkassen. Letztlich kann der Dienst aber nur durch Synergien mit den übrigen, regelfinanzierten Angeboten des Vereins aufrechterhalten werden. Nahezu alle psychosozialen Fachkräfte – Sozialarbeiter und –pädagogen, Fach-/Pflegekräfte, Psychologen, Ärzte usw. – beteiligen sich entweder am Bereitschaftsdienst im Haus, der für die Krisenwohngruppe zuständig ist und gleichzeitig das »Krisentelefon« bedient, oder an der Rufbereitschaft des mobilen Krisendienstes.

Praktische Erfahrungen

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 1036 Krisenkontakte registriert, davon die Hälfte (N=513) außerhalb der »Bürozeiten« (Mo-Fr 8.00 – 17.00 Uhr). Im Einzelnen wurden 799 Telefonkontakte, 148 aufsuchende Einsätze, 113 Kriseninterventionen im Räumen des Vereins und 88 Aufnahmen ins »Notbett« der Krisenwohngruppe dokumentiert.

Der Krisendienst wird überwiegend durch Klienten des Trägervereins in Anspruch genommen, aber immerhin knapp ein Drittel der Kriseninterventionen gilt Personen, die bisher mit dem Solinger Hilfesystem noch nicht in Kontakt waren. Diese Zahlen sind in der Größenordnung seit vielen Jahren gleichgeblieben.

Eine ebenfalls seit Jahren konstante Erfahrung geht dahin, dass das Vorhandensein eines Krisendienstes ihn häufig schon überflüssig macht: Allein das Wissen, dass man jederzeit Hilfe erhalten kann, beruhigt viele Situationen schon so, dass es zu eskalierenden Krisen gar nicht erst kommt.

Insbesondere die Existenz von Krisenbetten mit dem jederzeit verfügbaren Notbett macht vielfach eine Aufnahme in die zuständige Fachklinik in der Nachbarstadt Langenfeld entbehrlich. Klienten können in akut zugespitzten Situationen diese betont informelle und institutionsferne Zufluchts-

möglichkeit als Alternative nutzen und dadurch einen selbstbestimmteren Umgang mit dem psychiatrischen Hilfesystem erwerben.

Bedeutung des Krisendienstes im Solinger Hilfesystem

Wenn über die Krisenintervention hinaus weiterführende Hilfen erforderlich werden, können sie häufig vom selben Träger angeboten werden, zum Beispiel durch die Tagesklinik oder ihre Institutsambulanz, den Integrationsfachdienst, die ambulante Ergotherapie oder die Eingliederungshilfen zum Wohnen und zur Tagesstrukturierung. Durch die laufende Zusammenarbeit der Teams sind die Wege innerhalb des Vereins kurz.

Mit allen anderen Einrichtungen arbeitet der PTV im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) Solingen gut zusammen. Eine enge Kooperation besteht insbesondere mit der zuständigen LVR-Klinik Langenfeld, die eine Dependance in Solingen betreibt. Seit Juni 2020 erproben die Klinik und der PTV im Rahmen eines Modellprojekts des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) eine gemeinsam betriebene Telefonberatung (»Kompass für die seelische Gesundheit«) mit dem Ziel, Solinger Bürger beim Finden möglichst passgenauer Hilfen zu unterstützen.

Auch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes arbeitet der PTV seit vielen Jahren eng zusammen (Vedder u. a. 2015). Hervorzuheben ist außerdem der gute Kontakt zur Solinger Polizei. Sie unterstützt den Krisendienst auf Anforderung bei Einsätzen mit möglicher Fremdgefährdung und bittet andererseits gelegentlich um »Hausbesuche« in ihrer Hauptwache, wenn ihre Einsätze Personen gelten, die mutmaßlich psychisch krank sind.

Allerdings läuft ein großer Teil der Zwangseinweisungen gemäß Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) und nach Betreuungsrecht weiterhin am Krisendienst des PTV vorbei. Im Rahmen eines durch den GPV angestoßenen und im Rahmen des BAG GPV Projekts »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem« dokumentierten Projekts (2017/2018) wurden Möglichkeiten einer intensiveren Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst einerseits und den Ordnungsbehörden andererseits ausgelotet und gemeinsam ein Konzept für die regelhafte Einbeziehung des Krisendienstes bei Unterbringungssituationen formuliert. Aufgrund von unterschiedlichen organisatorischen und personellen Schwierigkeiten in den beteiligten Diensten und Behörden konnte dieses bislang aber leider nicht umgesetzt werden.

Solingen hat darum trotz seines Krisendienstes unverändert eine im Landesvergleich überdurchschnittliche Rate an Zwangseinweisungen. Diese absurde Situation führt uns zu der Forderung, dass im PsychKG – in NRW wie in allen anderen Bundesländern – eine Einbeziehung vorhandener ambulanter Krisenhilfen *vor Einweisungsentscheidungen* zwingend vorgeschrieben werden sollte.

Literatur

Hoffmann-Badache M, Greve N, Schmitt B (1997): Krisenintervention. Das Solinger Modell. In: Stark F-M, Bremer F, Esterer I (Hg.): Ich bin doch nicht verrückt. Erste Konfrontationen mit psychischer Krise und Erkrankung. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Hummelsheim T, Gasper S (2012): Warum in die Ferne schweifen – Krisenbetten in Solingen. Kerbe 2012 (2), 21-23

Vedder M, Nettelbeck F, Greve N, Heidrich B (2015): Gemeinsame Versorgungsverantwortung von Kommune und Bürgerverein in Solingen. Sozialpsychiatrische Informationen 45 (4), 37 – 40

Krisendienste Bayern

Celia Wenk-Wolff

Mit dem Erlass des Psychisch Kranken Hilfe Gesetzes (PsychKHG) in Bayern sind die Bezirke seit dem 1. August 2018 verpflichtet, für die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen bis zum 1. Juli 2021 ein im Endausbau täglich und rund um die Uhr erreichbares psychosoziales Beratungs- und Hilfeangebot, den Krisendienst, für ganz Bayern auf- bzw. auszubauen und dann auch zu betreiben.

Grundkonzept

Das Krisenkonzept in Bayern besteht aus drei Elementen:

1. Das erste Kernelement des Krisendienstes ist in jedem der sieben Bezirke *eine Leitstelle*, die unter einer bayernweit einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr erreichbar sein werden. Über ein sogenanntes Georouting wird der Anrufer dann automatisch zu der für ihn regional zuständigen Leitstelle geleitet. Die Leitstelle muss mit erfahrenen Fachkräften besetzt und ärztlich geleitet oder begleitet sein. Im Unterschied zu den Integrierten Rettungs-Leitstellen (112) oder dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (116117), die nach einer Einschätzung durch medizinisch geschultes Personal schnelle Hilfe organisieren, ist es Aufgabe des Fachpersonals, am Telefon zu beraten und je nach Situation auch deeskalierend auf den Anrufer einzuwirken. Die Fachkräfte müssen weiter einschätzen, ob eine sofortige Intervention vor Ort mit dem Entsenden eines Krisenteams (siehe dazu 2.) erforderlich ist. Auf Wunsch des Betroffenen kann auch, falls das erforderlich sein sollte, ein Termin in die Regelversorgung (siehe dazu 3.) vermittelt werden. Anrufen kann jeder: die hilfesuchende Person selbst oder eine Person aus dem sozialen Umfeld, aber auch die Polizei, wenn sie zum Beispiel zu einem Einsatz gerufen wird. Voraussetzung ist die subjektive Wahrnehmung, dass eine psychische Krise vorliegt.
2. Die mobilen Krisenteams sind das zweite Kernelement des psychiatrischen Krisendienstes in Bayern. Diese Teams sind regional so verteilt, dass sie innerhalb einer Stunde vor Ort sein können. Sie sind ebenfalls mit Fachkräften besetzt und werden ausschließlich auf Anforderung der Leitstelle des regionalen Krisendienstes tätig. Nach den bisherigen

Erfahrungen ist eine Intervention vor Ort nur bei 20 % der Anrufe erforderlich.
Während der normalen Bürozeiten werden die meisten Teams durch Mitarbeiter an Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) gebildet. Diese wurden für die nun gesetzlich verbindlich geregelte Aufgabe der psychosozialen Krisenversorgung personell aufgestockt, während der Bereitschaft ohne Einsatz sollen diese Mitarbeiter den Regelbetrieb des SpDi unterstützen.
Die SpDi sind übrigens in Bayern wie auch in Baden-Württemberg nicht öffentlich-rechtlich verankert, sondern sie sind jeweils den Wohlfahrtsverbänden zugeordnet.

3. Das dritte Kernelement ist die Anbindung an die Regelversorgung durch die Möglichkeit der verbindlichen zeitnahen Vermittlung in medizinische oder sozialpsychiatrische Hilfesysteme, z. B. in eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), oder einen Sozialpsychiatrischen Dienst. Wünschenswert wären auch Termine beim niedergelassenen Facharzt, eine verbindliche Vermittlung zu bestimmten Niedergelassenen gibt es bisher noch nicht.

Bei allen Kernelementen des Krisendienstes können und werden auch regionale Besonderheiten berücksichtigt. Weiter verpflichtet das PsychKG die Polizei, vor einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung, den Krisendienst hinzu zu ziehen, um Unterbringungen möglichst zu vermeiden.

Finanzierung

Das Land und die Bezirke als dritte kommunale Ebene teilen sich die Kosten: Der Freistaat übernimmt die Kosten für die sieben Leitstellen in Bayern, die in der Endausbaustufe auf etwa 8 Millionen Euro pro Jahr veranschlagt sind. Die Bezirke tragen die Kosten für alle anderen Aufgaben, wie der Schaffung der verbindlichen Netzwerke – insbesondere aber die aufsuchende Krisenversorgung durch die mobilen Einsatzteams. Diese Kosten sind im Moment noch nicht genau zu beziffern, da sie maßgeblich davon abhängen, inwieweit es gelingt, die Regelversorgung dafür einzubinden, geschätzt wird etwa mindestens nochmal so viel, also insgesamt etwa 16 Millionen Euro im Jahr. Bayern hat etwa 13 Mio. Einwohner, das wäre je Einwohner weniger als 1,50 Euro pro Jahr.

Organisation

Die Bezirke sind als überörtlicher Sozialhilfeträger beauftragt, die Krisendienste flächendeckend zu errichten, somit ist der Krisendienst keine medizinische Leistung im engeren Sinne. Auf der Landesebene wäre es nicht möglich gewesen, das als (Teil)Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu normieren.

Die Organisationsform und Anbindung der Leitstellen sowie der mobilen Teams sind regional unterschiedlich in den Bezirken gestaltet. In drei Bezirken sind die Leitstellen an einem psychiatrischen Krankenhaus angebunden, in vier Bezirken wurden sozialpsychiatrische Organisationsformen gewählt. Angesichts unterschiedlicher Strukturen wie Bevölkerungsdichte, Verkehrsanbindung und Dichte des regionalen Versorgungsangebots werden die Bezirke auch bei der Organisation der sehr personalaufwändigen mobilen Hilfen unterschiedliche Wege gehen.

Es wurden jedoch gemeinsame Qualitätsstandards aller Krisendienste für verbindlich erklärt.

Zeitlicher Umsetzungsrahmen für ganz Bayern und praktische Erfahrungen

Die beiden bereits in der Fläche bestehenden Krisendienste in Bayern wurden Schritt für Schritt aufgebaut: 1998 wurde der Krisendienst Mittelfranken in Nürnberg gegründet und ist seit 2002 für alle Bürgerinnen und Bürger im gesamten Bezirk Mittelfranken zuständig. Der Krisendienst Psychiatrie Oberbayern wurde 2007 zunächst als Krisendienst München gegründet, mit Vorlauf von ca. fünf Jahren, dann erfolgte nach 2015 der schrittweise Ausbau zum Krisendienst Oberbayern. Heute ist er als einziger Dienst bereits rund um die Uhr erreichbar. Die fünf Bezirke, die den Krisendienst neu einrichten müssen, haben dafür kaum drei Jahre Zeit: zum 1. Juli 2021 muss das Angebot flächendeckend 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche bereitstehen.

Das ist durchaus sehr sportlich, weil noch eine Fülle von Fragen in organisatorischer, finanzieller, datenschutz- und arbeitsrechtlicher Art zu klären sind. Die größte Herausforderung wird die Gewinnung von geeigneten Fachkräften sein. Der Krisendienst Oberbayern beschäftigt für die mobilen Teams ca. 700 Köpfe (in Teilzeit), der Krisendienst Mittelfranken für eine Abdeckung von 9 bis 24 Uhr ca. 100 Köpfe (in Teilzeit).

Noch im Herbst sollen vier weitere Krisendienste an den Start gehen, ab Januar 2021 wird das Angebot in ganz Bayern verfügbar sein.

Seitdem die Polizei den Krisendienst hinzuziehen muss, um eine Unterbringung zu vermeiden, also seit dem 1. Januar 2019, kamen in Oberbayern von 20.000 Anrufen 350 von der Polizei. Die Polizei empfindet mittlerweile die Möglichkeit, den Krisendienst hinzu zu ziehen als große Entlastung. Über Kooperationsvereinbarungen wird der Ablauf genau geregelt, der Krisendienst selbst hat keine hoheitlichen Aufgaben.

Eine weitere Erfahrung ist, dass durch den Krisendienst die Berührungsängste zwischen den Berufsgruppen und den Leistungssektoren weniger werden und letztlich das ganz Hilfesystem profitiert. Der Zwang zur Zusammenarbeit hat dazu geführt, dass die Beteiligten mehr Respekt vor den jeweils anderen Leistungen haben und vor allem besser verstehen, was die anderen machen.

Anforderungen an die Notfallversorgung in psychischen Krisen und bei psychischer Erkrankung

Peter Brieger

Eine bedarfsgerechte Notfallversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. psychische Krisen, die die besonderen Belange dieser Menschen berücksichtigt, ist aktuell nicht ausreichend vorhanden. Sie ist nicht flächendeckend und zu jeder Tageszeit sichergestellt. Dies führt häufig zu Fehlsteuerung und vermeidbaren Folgeschäden bis hin zu Todesfällen (z. B. Suizide).

In den künftigen Notfallversorgungsstrukturen müssen Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. in psychischen Krisen und die für sie notwendigen, psychiatriespezifischen Krisenhilfen und Notfallbehandlungsangebote ausdrücklich mitgedacht werden.

Erforderlich ist sowohl die gesonderte Struktur einer psychiatrischen Krisenhilfe bzw. Notfallversorgung, die mit den anderen Zweigen der Notfallversorgung abgestimmt ist sowie die bessere Integration psychiatrischer Notfallversorgung in das bestehende Notfall- und Rettungssystem.

Psychiatrische Notfälle und psychische Krisen stellen bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Notdiensten, Rettungsdiensten und Notfallaufnahmen einen erheblichen Anteil dar. Hier besteht bei psychischen Erkrankungen oft die Gefahr der Fehlsteuerung:

- Die bzw. der Betroffene erkennt bzw. thematisiert die Notsituation selbst nicht oder nicht ausreichend, sodass der psychiatrische Notfall unerkannt bleibt.
- Es wird zu schnell in eine Klinik weitergeleitet mit dem erhöhten Risiko, dass es zu vermeidbaren stationären Behandlungen kommt. Es kommt dabei teilweise zu nicht einvernehmlichen Weiterleitungen an Kliniken. Dort ist nach vorherigem Zwang die Herstellung des Einvernehmens erschwert.

Empfehlenswert ist eine spezialisierte psychiatrische Krisenhilfe

- mit psychiatrischer/psychotherapeutischer /psychosomatischer Kompetenz,
- mit kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Kompetenz in Bezug auf Kinder- und Jugendliche in psychischen Krisen sowie spezifischer geronto- und suchtpsychiatrischer Kompetenz,
- mit Berücksichtigung von peer-gestützten Krisenangeboten,

die von einer Notfallleitstelle verbindlich einbezogen werden kann.

Es bedarf eines geeigneten Settings und eines ausreichenden Zeitkontingents für die Herstellung eines Einvernehmens in der Behandlungsplanung und des weiteren Vorgehens.

Für Menschen in psychischen Krisen ist es in vielen Fällen weder sinnvoll noch zumutbar, erst in einem allgemeinen Notfallzentrum und dann anschließend in einer psychiatrischen Klinik die Notlage darzustellen.

»Grundsätzlich muss die Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. psychischen Krisen folgende Anforderungen erfüllen:

- Ein Leistungsbereich ›psychiatrische Krisenhilfe‹ ist erforderlich, um Suizide, Gesundheitsschäden, Krankenhausbehandlungen, Zwangsmaßnahmen (Unterbringung und Zwangsbehandlung), minderbares subjektives Leid sowie Belastung, ggf. Überlastung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen zu vermeiden.
- Psychiatrische Krisenhilfe soll diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgenden, erforderlichen Hilfen leisten.
- Ambulante, niedrigschwellige Hilfen bei psychischen Krisen werden flächendeckend und zu jeder Zeit mit ausreichenden Zeitkontingenten durch eine fachkompetente psychiatrische Krisenhilfe sichergestellt.
- Ein schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen wird gewährleistet mit definierten Schnittstellen zu Teilhabe- und Pflegeleistungen unter Erhaltung der vorhandenen Netzwerkstrukturen.
- Bei der psychiatrischen Krisenhilfe handelt es sich um eine zusätzliche Leistung, die gesondert zu vergüten ist. Der Leistungsanteil, der der Krankenversicherung zuzuordnen ist, sollte in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen werden.
- Die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Jugendämter, der Krisendienste mit Landes- und kommunaler Finanzierung und anderer Krisenangebote im Rahmen der Eingliederungshilfe werden unvermindert fortgeführt. Die arbeitsteilige Zusammenarbeit wird geregelt.
- Für die psychiatrische Krisenhilfe sollen möglichst keine neuen Einrichtungen geschaffen werden. Die Funktion ›Krisenhilfe‹ soll im Wesentlichen kooperativ durch im Versorgungssystem tätige Fachkräfte geleistet werden.
- Die Zusammenarbeit mit der Leitstelle des Rettungsdienstes bzw. ggf. künftiger Integrierter Notfallzentren muss verbindlich geregelt werden:
  - Wenn der Leitstelle deutlich wird, dass es sich um eine psychische Krise handelt, dann schaltet sie die psychiatrische Krisenhilfe ein.

- Wenn beim Rettungseinsatz Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Krise bestehen, klärt der Rettungsdienst mit der Leitstelle das weitere Vorgehen.
- Wenn neben einer psychischen Krise Hinweise auf einen somatischen Notfall bestehen, sollte ein barrierefreier Zugang zu den Integrierten Notfallzentren und den somatischen Notfallangeboten sichergestellt sein. Menschen mit somatischen Notfällen und psychischen Auffälligkeiten/Symptomäußerungen (z. B. delirante Syndrome bei internistischen Notfällen; Alkoholisierung bei traumatischen Notfällen) erfahren ausschließlich eine Zuordnung zur Psychiatrie bei Vorenthaltung der nicht selten lebensbedrohlichen somatischen Versorgungsnotwendigkeit. Folgen sind somatische Unterversorgung bzw. somatisch lebensbedrohliche Situationen.

Hier könnte zusätzlich die psychiatrische Krisenhilfe eingeschaltet werden.«*

* s. auch: Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zum Referentenentwurf »Gesetz zur Reform der Notfallversorgung« vom 08. Januar 2020 (07.02.2020)

Symposium 2: Qualität als Maßstab – Herausforderungen in der Eingliederungshilfe

Gesprächsrunde:

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz

Joachim Speicher

Seit fast 30 Jahren beschäftige ich mich mit der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes und konnte die Themen Personenzentrierung und Bedarfsermittlung von verschiedenen fachlichen Seiten betrachten. Seit zwei Jahren bin ich Abteilungsleiter für Gesundheit, Soziales, Arbeit und Demografie im Sozialministerium Rheinland-Pfalz.

Betrachtet man die Entwicklung der personenzentrierten Psychiatrie, so hat die Aktion Psychisch Kranke schon in den 90er Jahren in Folge der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) in der damaligen Expertenkommission die Personalbemessung im außerklinischen Bereich hin zu einer individuellen Bedarfsorientierung vorangetrieben.

Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung

Die Herausforderung einer Bedarfsermittlung ist in dem Zusammenhang relevant, dies möchte ich gerne an einem Beispiel deutlich machen. Wenn Sie zu einer Tagung fahren, dann haben Sie vermutlich nicht gesagt »Ich brauche heute ein Tagungszentrum«. Sowas braucht man nicht als Unterstützungsbedarf. Ihr Bedarf ist möglichweise Informationen zu bekommen, zwischenmenschliche Beziehungen zu aktivieren oder eine gute Tagesstruktur zu gestalten und das nach Ihren individuellen Bedürfnissen. Wir haben damals intensiv gearbeitet, um den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) umzusetzen und bei korrekter Anwendung des Erhebungsinstruments endet ein Behandlungsziel nicht in der Aussage »Herr Müller braucht ein Wohnheim«, so wie Sie auch kein Tagungszentrum brauchen. Was ich mit diesem Beispiel sagen möchte ist, man braucht Hilfen zu etwas, also muss man die sinnvollen Ziele kennen und die Angebote müssen sich an den Bedarf anpassen.

Bisher wurde das Erhebungsverfahren der Bedarfsbeschreibung zwar personenzentriert gestaltet. Wenn jedoch die Angebotssituation begrenzt

ist, könnte am fiktiven Beispiel von Herrn Müller herauskommen, dass in der Region des Betroffenen nur ein Wohnheim zur Verfügung stehen wird. Das heißt, es war in der Vergangenheit und ist auch in der Gegenwart so, dass die Einrichtungs- bzw. Angebotslandschaft nicht passgenau zu der Bedarfsbeschreibung ist und deswegen die Bedarfsbeschreibung in der Realität für Herrn Müller nicht unbedingt nach dessen Wunschvorstellung umgesetzt werden kann.

In der Psychiatrie hatte das Verfahren des IBRP funktioniert und wir haben in Rheinland-Pfalz schon Mitte der 90er Jahre Leistungsentgelte und Prüfvereinbarungen nach altem Recht durchsetzen können. Wir waren in der Folge der Auffassung, das Verfahren könne man auf andere Behinderungsbereiche übertragen, zum Beispiel auf Menschen mit Lernschwierigkeiten. Es zeigte sich, dass die Idee war sehr naiv gedacht war. Alle, die im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung ein Wohnheim betreiben, wissen, wie ein klassisches Werkstatt-Wohnheim betrieben wird. Nämlich mit zwei Mitarbeitenden, die morgens um 7 Uhr gehen und um 16 Uhr wiederkommen und nicht auf Themen wie Case-Management oder fallorientiertes Arbeiten eingestellt sind. Hier richtet sich pragmatisch der Fokus eher auf das Thema »Wie bekomme ich diese Gruppe von Menschen über den Nachmittag betreut?«. Bei diesen Themen geht es nicht um Individualität, wohl eher um Mitarbeiterressourcen. Es gab seit der Einführung des IBRP bei allen großen Verbänden auch Widerstände gegen die personenzentriete Bedarfsplanung. Möglicherweise ist das heute vereinzelt immer noch so. Die Leistungsträger und Leistungserbringer müssen sich aktiv in den Gesamtprozess einbringen. Das ist gerade bei der Frage der Gesamtplanung und Hilfeplanung entscheidend. Es ist außerordentlich wichtig, sich mit der Gesetzesbegründung zu befassen, um zu verstehen, dass § 117 und § 118 SGB IX die Gesamtplanung erstmals seit 20 Jahren dem Leistungsträger auferlegt. Man kann diskutieren, ob nicht auch Leistungserbringer beteiligt werden sollten, weil diese bei der Teilhabeplanung einbezogen sind, aber nicht bei der Gesamtplanung der Eingliederungshilfe.

Es bleibt zu hoffen, dass die Forderung der Trennung von Wohnen und Betreuung zukünftig gelingt und zielführend wirkt. Ab 2020 wird Wohnen sehr konsequent und radikal von der Fachleistung getrennt. Es wird sich zeigen, ob das neue Chancen bringt. Allerdings muss auch berücksichtigt werden, ob und wie die Gesamtplanung in den Ländern und Kommunen umgesetzt wird, in der Hoffnung diese Umsetzung bleibt leistungskompatibel. Wenn sie das nicht ist, drohen massive Widerstände und ich bin mir

nicht sicher, ob sich das System trotz veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen auf diese neue Situation einstellen wird.

Selbstbestimmung und Partizipation

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) birgt die Chance der Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation und es stärkt die Eingliederungshilfe, die Teilhabeleistungen in Verbindung mit dem SGB IX ermöglichen soll. Der Träger der Eingliederungshilfe wird aufgewertet oder zumindest den Trägern zur Rehabilitation gleichgestellt. Dieses Szenario macht deutlich, dass eine individuelle Selbstbestimmung bei der Personengruppe von Menschen mit Behinderungen kein Selbstläufer ist. Einige können ihre Rechte geltend machen, zum Beispiel der Stereotyp einer Akademikerin bzw. eines Akademikers, die/der auf einen Rollstuhl angewiesen ist. Wenn wir aber für Menschen mit Behinderung Empowerment fördern wollen und recovery-orientiert arbeiten wollen, ist der Aspekt Peer-Beratung und Genesungsbegleitung ausschlaggebend. Eine Empfehlung des Einsatzes von Peer-Beratung steht in Landesverordnungen, aber es geht nicht über eine Empfehlung hinaus. Ich würde mir wünschen, dass z. B. mit dem Landschaftsverband Rheinland eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen wird, in der EX-IN Genesungsbegleiter bzw. -innen oder andere qualifizierte Peer-Berater und -innen als Fachkräfte klar definiert sind.

Ich halte es für den Prozess der Selbstbestimmung und der Förderung von Genesungsbegleiter und -innen für ein wichtiges qualitatives Merkmal, dass es eine Besoldungsregelung für diese Personengruppe gibt. Seit dem Vormarsch der Recovery-Bewegung in Deutschland, haben wir eine andere Wahrnehmung von betroffenen Menschen, die sich stärker in die Prozesse miteinbringen. Das hat jahrzehntelang in der Psychiatrie gefehlt, daher muss die Förderung von Peerberatung ein wesentlicher Indikator sein.

Durch die Reformen im SGB IX haben sich auch für den Akteur »Rehabilitationsträger« die Abläufe verändert, zum Beispiel in Bezug auf Bewilligungen. Die Fristen zur Bewilligung von Leistungen sind enger getaktet mit Rechtsanspruch auf eine Selbstbeschaffung von Leistungen. Das bedeutet, wenn innerhalb der Fristen seitens der Reha-Träger nicht entschieden wird, welche Leistungen dem Betroffenen bewilligt werden, kann sich der Leistungsempfänger die Leistung selbst beschaffen, während er früher dafür kämpfen musste. Heute gilt eine Selbstbeschaffung der Leistung wie ein Bescheid. Diese Regelungen sind zum Vorteil der Menschen mit Behinderung weiterentwickelt.

In der Praxis zeigt sich tragischerweise, dass kaum ein Leistungsberechtigter über seine Rechte und den Anspruch auf Selbstbeschaffung der Leistung informiert ist oder die Fachkräfte diese Möglichkeit vermehrt ignorieren. Deshalb braucht es Unterstützende, um die Selbstbeschaffung von Leistungen einzufordern und die dafür sorgen, dass relevante Informationen weitergetragen werden.

Für die Leistungsempfangenden ist ein Passus im Gesetz zur Unterstützung bei der Gesamtplanung verankert. Es heißt, der oder die Leistungsberechtigte kann in die Gesamtplanung, wenn sie oder er zum Amt geht und dort auf einen Gesamt- und Hilfeplanenden trifft, eine Person ihres oder seines Vertrauens mitnehmen. Dann ist der Leistungserbringer automatisch in der Diskussion, aber die Frage »Wer bezahlt dem Leistungserbringer die Arbeitszeit zur Unterstützung des Betroffenen?« bleibt offen. Es kann nicht die erste Priorität die Klärung der Bezahlung der Leistungserbringer sein, wir müssten den Grundsatz definieren.

Eine Person des Vertrauens ist für jeden Leistungsempfänger ein Rechtsanspruch. Betroffene, die sich aufgrund von diversen Barrieren nicht artikulieren können, brauchen Unterstützung. Wer weist denn in einer Gesprächssituation darauf hin, dass z. B. leichte Sprache verwendet werden soll, wenn nicht die Person des Vertrauens?

Im § 117 SGB IX steht, dass die Gesamtplanung individuell stattzufinden hat und sozialräumliche Bezüge herzustellen sind. Dies bringt stationäre Einrichtungen an ihre Grenzen. Stellen Sie sich vor, Sie betreiben ein kleines Heim mit 24 Plätzen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Alle 24 Patientinnen und Patienten laufen durch die Gesamtplanung und dort kommt jedes Mal heraus, dass sie nicht mehr als zwei Stunden Betreuung brauchen. Die Menschen wollen aber selbstbestimmt in einer besonderen Wohnform weiter wohnen bleiben. Ich kenne wenige Einrichtungen, die sich genau über diese Situation Gedanken gemacht haben, wie sie dann ihr Personal weiterbeschäftigen können. Wenn das Personal durchschnittlich 100 Stunden netto in der Woche für die Betreuung zur Verfügung hat, aber die Selbstbestimmung ihrer Klientinnen und Klienten vielleicht dazu führt, dass sie nur noch 20 oder 30 Stunden wollen und man sich als Träger dann keine Gedanken gemacht hat, wie man seinen Einrichtungsbegriff auflöst, oder wie neue Strukturen und Angebote geschaffen werden können, dann wird es sehr schwierig.

Weil das so schwierig ist und kluge Köpfe auf der Einrichtungsseite das jetzt schon wissen, drehen wir uns seit 20 Jahren im Kreis. Keine in der Geschäftsführung Tätigen in einer Einrichtung können unter dem Ge-

sichtspunkt von moderner Gesamtplanung einen Rahmenvertrag mitunterzeichnen, von dem sie oder er weiß, dass das die eigene Einrichtung radikal verändert. Selbstbestimmung ist eine Herausforderung und keiner würde sagen, »Ich bin gegen Selbstbestimmung«. Aber wenn wir sie umsetzen sollen, dann gibt es bedauerlicherweise Grenzen. Das entscheidende Thema wird die Unterstützung hin zur Selbstbestimmung sein und gleichzeitig müssen sich dazu die Leistungserbringer konzeptionelle Gedanken über eine realistische Umsetzung machen.

Integrierte und sektorübergreifende Leistungserbringung

Es ist seitens der APK seit 25 Jahren ein zentrales Anliegen, die vorrangigen Leistungsträger miteinzubeziehen und alle Akteure an einen Tisch zu bekommen. Es ist völlig klar, dass gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen gleichzeitig ein Anspruch auf medizinische und therapeutische Versorgung nach SGB V besteht. Es gibt eigentlich niemanden seitens der Leistungsempfangenden, der nicht gleichzeitig in mehreren Rechtskreisen Ansprüche hat.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass das, was durch die PsychPV im stationären Bereich multiprofessionell in der Krankenbehandlung möglich ist, wieder aufgesplittet wird, sobald der Mensch das Krankenhaus verlässt. Die Zusammenarbeit gelingt demnach nur, wenn sich alle Player in den Prozess miteinbringen.

An diesen beschriebenen Nachjustierungen sehen wir, dass wir ganz am Anfang stehen und von welch unschätzbarem Wert das SGB IX für die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist, wenn es funktioniert. Dafür braucht es unabdingbar eine Leistungserbringerstruktur, die in der Lage ist, vernetzt und kooperativ zusammenzuarbeiten. Dieses Team hat dann im Bestfall, bei den verschiedenen Leistungserbringern seine Anstellungsverträge. Sie brauchen Reha-Träger, die bereit sind, die Teilhabeplanung aufeinander abzustimmen, bis hin zur Bereitschaft einer gemeinsamen Vergütung. Dieses Zusammenspiel Hand in Hand ist eine hohe Kunst.

Schon vor 25 Jahren wurde dieser Versuch seitens der RPK-Einrichtungen unternommen. Die Forderung der aktiven Zusammenarbeit bekommt jetzt eine Renaissance, aber wenn zu wenig Player wissen, welche Möglichkeiten das SGB IX bietet und wenn es nicht von allen Seiten ernst genommen wird, wird es auch zukünftig schwierig werden, zum Wohl der Leistungsempfangenden zu agieren.

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Dieter Schartmann

Der Landschaftsverband Rheinland hat bereits vielfältige Erfahrungen im Bereich der Personenzentrierung, der Sozialraumorientierung und auch im Bereich der Partizipation gesammelt. Ich bin sehr froh, dass wir vor der Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) diese Vorarbeiten schon gemacht hatten, dann ist der Sprung nicht ganz so groß, wie er ansonsten möglicherweise gewesen wäre.

Zur Personenzentrierung: Wir arbeiten im Rheinland seit Jahren (seit 2003) mit einem individuellen Hilfeplan, dem IHP, der vom Ansatz und vom Grundgedanken her schon sehr viel davon mitbringt, was das BTHG im Rahmen der Bedarfsermittlung nun vorschreibt. Der IHP bietet eine ICF-Orientierung und eine Ziel- und Maßnahmeplanung, die sich aus der individuellen Lebenslage des Menschen mit Behinderungen ableitet und die sich nicht an vorhandenen Angeboten, sondern am individuellen Bedarf orientiert. Mit dem BTHG haben sich der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), der zweite überörtliche Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfeträger) in NRW, und der LVR auf ein einheitliches Bedarfsermittlungsinstrument in NRW verständigt und ihre bisherigen Instrumente und Verfahren weiterentwickelt. Insbesondere ist die Bedarfsermittlung im Sinne einer Gesamtbetrachtung des Bedarfs auf die weiteren Leistungen zur Teilhabe, insbesondere die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ausgeweitet worden.

Zum Thema Bedarfsermittlung: Es ist glasklar, dass die Bedarfsermittlung ein prozessualer Vorgang ist, bei dem man nicht einfach »einmal so« eine fremde Person nach ihren Bedarfen, Teilhabebarrieren und Zielen fragen kann. Das ist aus meiner Sicht eher weltfremd. Im Rheinland werden wir es so machen, dass wir zunächst nicht mit eigenen Hilfeplanern und Hilfeplanerinnen in die Bedarfsermittlung einsteigen, sondern wir halten zunächst an dem kooperativen Verfahren fest, welches wir mit den Leistungserbringen haben. Kooperatives Verfahren bedeutet, dass der Leistungserbringer die Beschreibung des Bedarfes mit Hilfe des neuen Bedarfsermittlungsinstrument von LWL und LVR (BEI_NRW) vornimmt und an den LVR als Leistungsträger schickt und wir dann die eigentliche Ermittlung des Bedarfes durchführen, in dem die Bedarfsbeschreibung geprüft wird, ggfs. weitere Unterlagen herangezogen werden und der Bedarf dann festgestellt wird. Ich

weiß, dass es sehr unterschiedliche Meinungen dazu gibt, wer die Bedarfsermittlungsespräche mit den Menschen mit Behinderungen führen sollte.

Für mich ist das Forschungsprojekt ganz entscheidend, das wir vor drei/vier Jahren durchgeführt haben. In diesem Projekt sind die Folgehilfepläne von Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe leben, untersucht worden. Wir haben dazu unterschiedliche Zugänge gewählt: zum einen durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Wohneinrichtung, zum zweiten durch eine Fallmanagerin aus unseren Haus und zum dritten durch ein unabhängiges Fachinstitut. Je »Erstellergruppe« sind rund 100 Folgehilfepläne erstellt worden.

Die Folgehilfepläne wurde einer Universität vorgelegt und auf die Kriterien von Selbstbestimmung, Partizipation, Lern-/Wissensanwendung, Sozialraumorientierung usw. überprüfen lassen. Interessanterweise kam dabei heraus, dass egal welchen Zugang man wählt, egal wer die Bedarfsbeschreibung und Leistungsplanung macht, nicht alle Kriterien in der erwünschten Qualität ausformuliert wurden. Bei der Mitarbeiterin des Leistungsträgers merkte man, dass nicht immer eine Vertrauensbasis zum Menschen mit Behinderung herzustellen war und die differenzierte Kenntnis des »Gegenübers« fehlte, bei der Erstellergruppe »Mitarbeiter und Mitarbeiterin der Einrichtung« dagegen konnte man erkennen, dass zumindest das Thema Lern- und Wissensanwendung (d. h. wie sich ein Mensch weiterentwickeln kann, welche Potenziale vorhanden sind) nicht immer richtig dargestellt war. Auch bei der dritten Erstellergruppe, dem unabhängigen Institut, wurden Defizite deutlich. Insofern war die Schlussfolgerung, dass es gar nicht so sehr darum geht, wer die Leistungsplanung und Bedarfsermittlung macht, sondern es geht um die Haltung, die dahintersteckt. Daran wollen wir gerne arbeiten

Zur Sozialraumorientierung: auch bislang schon sind im Rahmen der Bedarfsermittlung die sozialräumlichen Ressourcen berücksichtigt worden, die von Menschen mit und ohne Behinderungen genutzt werden können. Insofern kann der LVR auch schon hier auf seine Vorerfahrungen zurückblicken.

Zum Thema Partizipation: die Partizipation ist für mich untrennbar mit den vorherigen Themen verbunden. Künftig ist der Leistungsberechtigte in alle Verfahrensschritte einzubeziehen. Dies ist aus Sicht des LVR deutlich zu begrüßen. Im Zusammenhang mit dem Thema Partizipation steht auch das Thema »Peer Counseling«, also die Beratung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen.

Auch da bin ich froh, dass wir schon verschiedene Vorerfahrungen gemacht haben. Wir haben von 2012-2016 ein relativ großes Projekt zum Peer-

Counseling an zehn Modellstandorten im Rheinland durchgeführt, wo wir ausprobiert haben, was es bedeutet, wenn Menschen mit Behinderung andere Menschen mit Behinderung beraten. Wir hatten dazu eine sehr interessante wissenschaftliche Begleitforschung, die mehrere Effekte herausgearbeitet hat. Zum einen wurde von den Beratungssuchenden die Peer-Beratung als eine Beratung wahrgenommen, die »auf Augenhöhe« durchgeführt wurde und die als wertvolle Ergänzung zur Beratung der sog. Profis bezeichnet werden konnte. Die Beratungssuchenden äußerten eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung durch Betroffene, die aber neben der Peer-Beratung auch weiterhin die Beratung durch die bereits vorhandenen Beratungsstellen nutzen möchten. Zum anderen war der Effekt zu beobachten, dass diejenigen, die die Beratung durchführten, für sich selbst einen Entwicklungsprozess beobachten: sie waren in ihrer Beratungsrolle gefragt, nicht trotz (wie leider immer noch zu oft in unserer Gesellschaft), sondern wegen ihrer Behinderung. Diese Behinderung wurde somit dann als Stärke, nicht als Einschränkung erlebt. Es lohnt sich, den Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung einmal zu lesen. An der Forschung selber hatten wir damals keine Menschen mit Behinderungen beteiligt – das würde ich heute anders machen.

Insgesamt müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass wir mit dem Bundesteilhabegesetz vor einem deutlichen Paradigmenwechsel bei den Leistungen für Menschen mit Behinderungen stehen. Man benutzt dieses Wort sehr häufig, aber ich glaube hier in diesem Zusammenhang ist es wirklich angebracht. Ich glaube, dass wir uns alle gemeinsam in einem Weiterentwicklungsprozess befinden, den wir nicht mit dem Stichtag 1.1.2020 hinbekommen werden. Das ist wohl nicht zu schaffen, weil ich auch glaube, dass wir mit dem Bundesteilhabegesetz eine ganz andere Haltung transportieren müssen.

Selbstbestimmung, Personenzentrierung, Sozialraumorientierung, Partizipation sind Schlagworte, die im BTHG / SGB IX stehen und die nun umgesetzt werden müssen. Dazu brauchen wir aber einfach Zeit, weil es auch eine Haltungsfrage ist. Die veränderte Haltung muss man sich erarbeiten, die ist nicht einfach da. Das soll nicht heißen, dass in den Einrichtungen, bei den Leistungserbringern und -trägern nicht jetzt schon personenzentriert gearbeitet wird und die Selbstbestimmung gefördert wird, das meine ich gar nicht. Mit dem BTHG haben wir aber ganz neue Instrumente an der Hand und die müssen wir auch nutzen und den Umgang damit lernen. Dazu braucht man Zeit, das schafft man nicht schnell. Wir sind im Moment derzeit sehr damit beschäftigt, diese technischen oder vielleicht sogar technokratischen

Voraussetzungen für die Personenzentrierung umzusetzen, Stichwort Trennung der Leistungen, bspw. die Flächenberechnung in den Wohnheimen. Das ist ein enormer Aufwand, der dahintersteckt und ich bedauere es sehr, dass wir im Moment gar nicht so sehr dazu kommen, die wesentlichen Inhalte des BTHG aufzunehmen und weiterzuentwickeln, sondern dass wir im Moment mit solchen Verfahren beschäftigt sind.

Für mich ist der Landesrahmenvertrag der wesentliche Schlüssel zur Umsetzung der Personenzentrierung und der Selbstbestimmung und da kann ich aus NRW berichten, dass wir mit unserem Landesrahmenvertrag aus meiner Sicht gute Voraussetzungen dafür geschaffen haben, dass Leistungen künftig personenzentrierter finanziert und erbracht werden können. Ich kann das an zwei Beispielen deutlich machen. Das eine Beispiel sind die Leistungen zur sozialen Teilhabe: Wir haben ein Finanzierungsstrukturmodell mit den Leistungserbringern vereinbart, nach dem die Leistungen künftig unabhängig von der Wohnform finanziert werden, d. h. im sogenannten ambulanten Bereich gilt die selbe Finanzierungsstruktur wie im sog. stationären Bereich. Das ist für uns ein riesen Fortschritt im Sinne der personenzentrierten Ausgestaltung von Leistungen, weil wir so wesentlich individueller auf die Bedarfe der Menschen mit Behinderung schauen können und nicht in Abhängigkeit von den vorhandenen Angeboten.

Das zweite Beispiel: Für die Teilhabe am Arbeitsleben haben wir mit der Leistungserbringerseite vereinbart, wie ein Weg aussehen kann, dass auch in Werkstätten wesentlich personenzentrierter gearbeitet werden kann. Natürlich wird auch jetzt schon in den Werkstätten auf die individuellen Bedarfe des Menschen mit Behinderungen eingegangen.Im Moment ist es leider so, dass eine Person, die in der Werkstatt arbeitet, aus meiner Sicht noch keine richtige individuelle Leistungsplanung im Sinne des SGB IX erhält. Deshalb ist eine Vereinbarung mit der freien Wohlfahrtspflege gut, in deren Rahmen wir in einem Modell zwei Jahre lang ausprobieren können, wie eine personenzentrierte Leistungsfinanzierung in der Werkstatt aussehen kann. Das wären für mich zwei konkrete Beispiele, wo wir schon weiter sind mit der Selbstbestimmung und der Personenzentrierung. Diese Schritte sind wir jetzt schon gegangen.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV)

Dieter Schax

Ich leite in Mönchengladbach den Verein für Rehabilitation psychisch Kranker, der im Rahmen von komplementären Leistungen für Menschen mit psychischen Behinderungen und Erkrankungen sowie Suchtkranke sehr breit aufgestellt ist. Die Eingliederungshilfe ist der Schwerpunkt unseres Leistungsspektrums, dazu kommen Leistungen aus den Gesetzbüchern SGB V, SGB IX, SGB II und SGB XII. Ich bin zugleich im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde hier und werde den Aspekt Qualität in der Eingliederungshilfe aus dieser Perspektive beleuchten.

Es ist aktuell eine schwierige Verflechtung verschiedener Aspekte. Seit Beginn des Jahres ist es zumindest bei uns in der Region so, dass die Versorgungslandschaft versucht, das, was sie im Moment in Wohnheimen praktiziert, dann ab 01.01.2020 in besonderen Wohnformen zu machen. Ich habe das Gefühl, dass 90 % der Energie in die Richtung »Wie kriegen wir das dann bezahlt?« fließt. Bezahlt wird es nach den künftigen gesetzlichen Vorschriften, die die Trennung von Existenzsicherung und Fachleistung vorsehen. Ich glaube, dass da viele Faktoren zusammenkommen. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist nicht vom Himmel gefallen, das hat sich mit einigen Jahren Vorlauf angedeutet. Die Frage, die ich mir manchmal stelle, ist: Warum wurde auf Anbieterseite nicht schon vorher darüber nachgedacht, welche alternativen Strukturen und Angebote für intensive ambulante Betreuung erarbeitet werden können? Warum wird nun so viel Energie in die Aufrechterhaltung der Wohnheime bzw. in deren »Umetikettierung« gesteckt? Ich würde mir wünschen, dass sich da eine andere Dynamik entwickelt.

Die damit einhergehende Verunsicherung ist ein weiterer Aspekt. Sie kommt auch dadurch, dass man sich berechtigte Sorgen macht, a) ob die Bewohnerinnen und Bewohner ab dem 01.01.2020 in ihren Wohneinrichtungen verbleiben können und b) ob die Finanzierung auch weiterhin gesichert ist. Die Aufteilung in Fachleistung und Existenzsicherung führt dazu, dass ein Teil des Geldes von der Eingliederungshilfe kommt und der Rest vom kommunalen Sozialhilfeträger. Das führt zu Verunsicherungen, denn diese geteilten Zuständigkeiten müssen nun auch behördlicherseits operationalisiert werden, was sich auf die Verfahren in den verschiedenen Verwaltungen bezieht. Themen wie Datenaustauch, Datenschutz usw. müssen

mitbedacht und Regelungen müssen gefunden werden. Dies braucht seine Zeit, und so kommt es häufig vor, dass Dinge nicht zeitnah zu regeln sind. Die Verunsicherung wird dadurch nicht kleiner.

Die Förderung von Selbstbestimmung, Empowerment, Teilhabe etc. sind ein wesentliches Ziel des BTHG. Im Vergleich zu anderen Sozialgesetzen wird diese Zielsetzung z. B. im neuen SGB IX deutlich. So ist der Träger der Eingliederungshilfe künftig auch Reha-Träger, seine Position im sozialrechtlichen Dreieck ist gegenüber den Anbietern bezüglich Steuerung, Prüfung etc. gestärkt worden. Gleichzeitig wird die Position der Menschen mit Behinderung durch diverse sozialrechtliche Regelungen verbessert: Trennung von Fachleistung und Existenzsicherung, Regelung zur Gesamt- und Teilhabeplanung, Wunsch und Wahlrecht etc.

Selbstbestimmung ist aber kein Selbstläufer, der allein durch gesetzliche und andere Rahmenbedingungen steuerbar ist. Gerade Menschen mit psychischen Behinderungen können i. d. R. im Vergleich zu Menschen mit körperlicher Behinderung mit akademischen Abschluss ihre Interessen nicht entsprechend artikulieren oder gar durchsetzen. Deshalb sind Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und Peer-Beraterinnen bzw. -Berater an dieser Stelle enorm wichtig. Einerseits helfen und unterstützen sie im Rahmen von Einzelbetreuung und in individuellen Betreuungssettings bei der Förderung von Selbstbestimmung bei der sozialen Teilhabe, andererseits fördern sie eine öffenlichkeitswirksame Wahrnehmung der Interessen von Menschen mit psychischen Behinderungen. Daher sollte künftig in Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien das Element der Peer-Beratung bzw. Genesungsbegleitung über den Status von Empfehlungen hinaus gesetzesverbindlich weiterentwickelt werden. Ein erster Schritt dazu könnte sein, Genesungsbegleiterinnen und -begleiter mit dem Abschluss eines EX-IN-Curriculums als Fachkräfte in den künftigen Leistungsvereinbarungen anzuerkennen.

Ein weiterer Aspekt ist mir aus Sicht der gemeindepsychiatrischen Verbünde wichtig. Bedarfsermittlung und Hilfeplanung müssen im Grunde als kooperative und partizipative Prozesse verstanden werden. Es gibt aber auch Strukturen, wo die Betroffenen in dieses Verfahren gar nicht einbezogen werden. Es bedarf aber immer der verschiedenen Sichtweisen, sowohl die der Betroffenen als auch die der Leistungsanbieter und des Leistungsträgers. Je formeller und administrativer ein Verfahren zur Bedarfsermittlung ist, desto größer ist natürlich die Gefahr, dass entscheidende Aspekte unberücksichtigt bleiben. Es ist daher sehr begrüßenswert, dass Herr Dr. Schartmann erwähnte, dass das kooperative Modell aus dem Rheinland nicht in Frage

gestellt wird, denn neben der Ermittlung der Bedarfe muss gleichzeitig auch die Frage beantwortet werden, wie diese Bedarfe gedeckt werden können. Wenn ich also personenzentrierte Bedarfe ermitteln möchte und dafür keine Infrastruktur habe, läuft die ganze Bedarfsermittlung ins Leere. Wenn wir von der angebotsorientierten Platzvergabe wegwollen (und das ist ja ein vorrangiges Ziel des BTHG), müssen wir auch die entsprechenden Strukturen aufbauen und das geht nur in einem kooperativen Geschehen, mit verbindlichen Anknüpfungspunkten von Bedarfsermittlung und Hilfeeleistung.

Aus Sicht der gemeindepsychiatrischen Verbünde fehlt dazu noch ein entscheidendes Kriterium. Was Sie alle aus den Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken kennen, ist der Pflichtversorgungsauftrag. Das kennt die Eingliederungshilfe nicht. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der gemeindepsychiatrischen Verbünde hat den Auftrag zur regionalen Versorgungsverpflichtung als ein entscheidendes Qualitätskriterium definiert. Dieses Kriterium findet sich auch bei jedem dieser Verbünde in der jeweiligen Kooperationsvereinbarung. Aber es ist eben nur eine Vereinbarung, was unter den derzeitgen Gegebenheiten schon recht viel ist. Um diese Qualität der regionalen Versorgung verbindlich auszugestalten, müssten derartige Verbundstrukturen mit der Verpflichtung zur regionalen Versorgungsverpflichtung künftig auch in Gesetzgebung und der Erstellung von Richtlinien etc. Berücksichtigung finden. Kooperative Verbundstrukturen sind ein wesentliches Qualitätsmerkmal, um personenzentrierte Bedarfsermittlung und Leistungserbringung vor Ort sicherzustellen. Dazu müssen sie allerdings von einem »Zufallsprojekt«, welches aufgrund von guten persönlichen Beziehungen und Freiwilligkeit zustande kommt, in einen rechtsverbindlichen Rahmen überführt werden.

Das Stichwort »Sozialraumorientierung« soll der letzte Aspekt sein, auf den ich hier noch gern eingehen möchte, da er meiner Meinung nach unerlässlich ist, wenn Strukturen und Unterstützungsleistungen wirklich personenzentriert aufgestellt sein sollen. Sozialraumorientierung wird mittlerweile in vielen Vorträgen, Besprechungen, Konzepten und Fachartikeln gebetsmühlenartig angesprochen. Ich bin mir aber nicht immer darüber im Klaren, ob diejenigen, die über Sozialraumorientierung reden oder schreiben, eigentlich wissen, worum es dabei eigentlich geht.

Stellen Sie sich die Situation vor, in der ein Mensch, der in einem Wohnheim mit einer 24h-rundum-Betreuung inkl. Nachtwache lebt, den Wunsch hegt, aus diesem Wohnheim auszuziehen und in einer eigenen Wohnung zu leben. Wie muss dann der Sozialraum dieses Menschen aussehen? Es

ist doch nicht damit getan, ein Wohnviertel zu finden, in dem es eine Altentagesstätte, einen Sportverein und einen Kiosk an der Ecke gibt! Ich denke, der Sozialraum dieses Menschen muss eine 24/7 Krisenbetreuung, Hintergrunddienste, engmaschige Versorgung, ggf. Versorgung mit Essen etc. bieten, mit allen Dingen, die Sicherheit und Möglichkeiten zur Teilhabe bieten. Wir müssen uns im Klaren darüber sein, was ein Sozialraum für den einzelnen Menschen darstellt, und den finden wir nicht nebenbei irgendwo, sondern den müssen wir schaffen. Und dieser Sozialraum muss im Einzelfall die gleichen Ressourcen zur Verfügung stellen können wie z. B. eine stationäre Versorgung. Das muss im Sinne des BTHG unser inhaltlicher und qualitativer Anspruch sein.

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)

Ingmar Steinhart

Bundesteilhabegesetz (BTHG): Neuer Verwaltungsapparat versus mehr Teilhabe und Selbstbestimmung

Ich beschäftige mich seit vielen Jahren mit der Eingliederungshilfe aus wissenschaftlicher Perspektive und aus der Trägerperspektive als Vorstandsmitglied in den von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Hier stehen wir vor der Herausforderung, die Umsetzung des BTHG´s gleich in fünf Bundesländern umzusetzen.

Auffällig ist, dass bei den Diskussionen über das Bundesteilhabegesetz überwiegend die Abkürzung BTHG genutzt wird. Emotional betrachtet bringt der ständige Gebrauch von Abkürzungen das stereotypische Bild von Verwaltungen mit sich. Zynische Stimmen sprechen in Bezug auf die Übergangsregelungen der Landesrahmenverträge zum BTHG auch von einer »Vollstreckungsfunktion«, diese Bezeichnung impliziert ebenfalls den Akt des »Verwaltungsapparates«. Mein momentaner Eindruck ist, dass alle Anbieter und Leistungsträger gerade mit Verwaltungshandlungen beschäftigt sind anstatt mit einer Stärkung der Leistungsberechtigten oder gar einer Verbesserung der Selbstbestimmung. Im Grundsatz solle das BTHG nicht abgekürzt werden, weil es ein sogenanntes Stärkungsgesetz ist und es geht im Sinne der UN- Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nicht um die Stärkung der Verwaltung oder der Grundsicherungsämter, Landschaftsverbände etc., sondern das Gesetz heißt »Gesetz zur Stärkung der Teilhabe« und diese Stärkung sollte die vordergründige Leitlinie bei allen Diskussionen sein. Kurz gesagt geht es darum, wie Menschen mit Beeinträchtigungen genau zu den Hilfen kommen, die sie brauchen.

Im § 1 des Gesetzes steht die Selbstbestimmung vor der Teilhabe. In der aktuellen Situation im Jahr 2019 beschäftigen sich die Bundesländer anstatt mit der Stärkung der Selbstbestimmung primär mit Verwaltungsakten. Es geht u. a. um die Umstellung von Verträgen, um Regelungen, die der Bund zu steuerlichen oder anderen Fragen noch nicht oder nicht ausreichend präzise geschaffen hat. Verhandelt werden die Aufteilungen der Hilfen, die Einführung gesetzlicher Betreuung für Menschen, die vorher keine hatten. Angehörige geben die gesetzliche Betreuung ihrer Familienmitglieder ab, da

sie die neuen, umfänglichen Verträge überfordern … und alles das hat mit Teilhabe und Selbstbestimmung strenggenommen nichts zu tun.

Meine große Hoffnung ist, dass der »Verwaltungs-Sturm« ab 2020 an uns vorbei gegangen ist und wir dann dazu kommen, zu überlegen, ob die neuen Landesrahmenverträge wirklich zu Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen führen. An der Stelle bin ich noch skeptisch. Es gerät auch schnell in Vergessenheit, dass es gerade in der Historie der Psychiatrie viele Modelle ohne Heime und Werkstätten gab wie z. B. die Familienpflege. All das, was die Verwaltung jetzt ändern möchte, haben wir früher nicht gebraucht. Meine große Sorge ist, dass wir uns weiterhin mit der Umetikettierung beschäftigen und nicht mit der Stärkung der Rechte für Betroffene nach UN-BRK. Die Psychiatrie muss den Anspruch haben, bei der Umsetzung voranzugehen, weil wir diejenigen sind, die die Werkzeuge dafür bereits in den Händen halten. Als Positivbeispiel ist Berlin zu nennen dort gibt es seit vielen Jahren relativ wenige Heimstrukturen. Teilhabe und Selbstbestimmung zu fördern fängt schon damit an, Menschen Wahlmöglichkeiten bezüglich ihrer zukünftigen Wohnformen zu geben. Solange ich keine alternative Wohnform habe, kann diese Form der Selbstbestimmung nicht funktionieren. Meine große Sorge ist, dass der kräftezehrende Marathon der anstehenden Umstellung, also der sogenannten »Trennung der Leistungen« die Psychiatrielandschaft erschöpft. Es darf dann keine Zeit des Ausruhens nach dem Sturm geben, sondern es muss kontinuierlich nach bedarfsgerechten und passgenauen Hilfen verbunden mit ggf. neuen Formen der Leistungsangebote im Sinne der Betroffenen gesucht werden.

Die Herausforderung der Teilhabeplanung ist mehr als die Erstellung eines Bescheides

Es wäre vermessen anzunehmen, dass ein Dokument (bzw. ein Bescheid) die Hilfe- oder Teilhabeplanung »vollstrecken« und regeln kann. An der Stelle ist der Denkfehler im System. Es ist ein interaktiver und dialogischer Prozess, der möglicherweise über Jahre dauert. Es braucht neben den Dokumenten ein methodisches Knowhow und Fachexpertise. Herrn Professor Dr. Hinte macht in seinen Publikationen deutlich, dass man den Willen des Betroffenen »erkunden« muss und das bedeutet gleichzeitig, dass es mit einer halben Stunde Gespräch und in bestem Falle mit einem ergänzenden Hausbesuch nicht getan sein kann. Wenn man sich in die »Erkundung« begibt, dann ist das ein Prozess. Dafür gibt es wissenschaftliche Methoden,

die alle eingesetzten Teilhabeplaner bzw. -innen beherrschen müssten und der Prozess muss gemeinsam begangen werden. Hier sehe ich nach wie vor noch keine gute Lösung verbunden mit der Forderung aus dem Gesetz, dass zukünftig der Mensch mit einer Beeinträchtigung im wesentlichen Bedarf und Angebot steuert. Nicht die betroffene Person wird »zentriert«, sondern die Person »zentriert« Leistungsträger und –anbieter! Allein in Westfalen sind über 60 neue Teilhabeplaner bzw -innen seitens des Leistungsträgers eingestellt worden. Das löst das Problem an sich nicht, kostet aber viel Geld. Darüber redet aber niemand und das ist in anderen Bundesländern ein ähnliches Problem. Ich bin fest davon überzeugt, dass dieser Vorgang ein Irrweg ist und dass man gemeinsam auch mit den Leistungsanbietern nach neuen Lösungswegen suchen muss wie es z. B. der Landschaftsverband Rheinland vorbildlich anstrebt.

Wenn man über die Entstehung und Wirkung eines Teilhabeplans redet, gibt es keine konkreten Haltepunkte. Es gibt keine Evidenz, was wirkt und es beschäftigt sich fast niemand mit der Auswertung auf regionaler Ebene, was denn nun »hilft«. Im Einzelfall wird der Teilhabeplan nochmal angeschaut, aber ich kenne in keiner Region eine ausführliche Auswertung und Zusammenführung der Einzelergebnisse bzw. der Wünsche und Bedarfe, die ermittelt wurden, z. B. in Form einer regionalen Psychiatrie- bzw. Gesundheits- oder Sozialberichterstattung. Die Frage ist für den Einzelfall dann auch, wie komme ich zu einem guten, begleiteten Weg für eine Person. Ein bewährter Lösungsweg in der Vergangenheit war, einen gemeinsamen Startschuss zu geben für Leistungsträger, Leistungsanbieter und Betroffene und dann auf dem Weg interdisziplinär und transparent zu schauen, wo die Leistungserbringung justiert werden muss. Wenn wir nicht zu diesem gemeinsamen Weg der Akteure zurückkommen, wird das ganze System am Ende scheitern. Der Leistungsträger allein wird das Thema nicht schultern können.

Eine weitere Herausforderung ist die Förderung der Praxis zur Umsetzung der festgelegten Bedingungen des SGB IX. Dieser Herausforderung sollten sich vorwiegend die Leistungsträger widmen, sie müssen dafür förderliche Rahmenbedingungen – fachlich wie finanzielle – schaffen. Gleichzeitig müssen sich die Leistungsanbieter so aufstellen, dass diese förderlichen Bedingungen auch umgesetzt werden und kein alter Wein in neuen Schläuchen angeboten wird. Da müssen sich alle Seiten verändern und gemeinsam in den Prozess einwirken. Hier könnte auch ein Blick zur Wissenschaft helfen: Ich sehe nach wie vor, dass die aktuellen evidenzbasierten Konzepte, weder

bei den Leistungsträgern noch bei den Anbietern ankommen. Das Thema »First place, then train«, gibt es seit Jahren, die Evidenz in der Wissenschaft ist überwältigend und niemand kümmert sich darum. Gleiches gilt für die Übertragung der sogenannten »Housing First«-Konzepte in die Eingliederungshilfe. Es gibt viele Schwerpunkte, die z. B. auch in den neuen S3-Leitlinien beschrieben werden, insbesondere über die psychosoziale Versorgung. Wir treiben z. B. in NRW gemeinsam mit der Stiftung Wohlfahrtspflege praxisorientierte Konzepte an. Auf dieser Basis könnte man sich auf erste evidenzbasierte und gleichzeitig pragmatische Schritte in der Gestaltung der Angebotslandschaft einigen. Mir erschließt sich bis heute nicht, warum alle Akteure gemeinsam in der Umsetzung nicht einmal durch solche gemeinsamen Schritte nach vorne weiterkommen können bzw. wollen. Warum wir nicht in der Praxis das anwenden, was wir schon (von der Wissenschaft oder der praktischen Evidenz) wissen, das ist ein Rätsel, welches bis heute fortbesteht und ich hoffe es kann zukünftig gemeinsam gelöst werden. Es bleibt jedoch spannend, wie die Prozessbildung und Angebotsentwicklung ab 2020 weitergeht.

Büro des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

André Necke

Ich leite den Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung. Ich bin heute in Vertretung von Jürgen Dusel da, er hat leider andere terminliche Verpflichtungen und lässt Sie herzlich grüßen. Ich habe die Aufgabe gerne übernommen und möchte in diese Runde gerne die Perspektive der Partizipation / Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen einbringen.

Die Frage, ob es es wirklich nur oder zu viel ums Geld in der Diskussion oder es wirklich auch um die Qualität geht, ist ein gutes Stichwort. Wir nehmen es auch so wahr, dass im Moment gerade viel über das Thema Geld gesprochen wird und das Thema Umetikettierung steht zu sehr im Vordergrund der Umsetzung, auch auf Bundesebene. Wir versuchen eher die Perspektive der Menschen mit Behinderungen und der psychisch beeinträchtigten Menschen in den Vordergrund zu stellen und herauszufinden, wo die Probleme für die Menschen liegen. Wir bekommen viele Zuschriften von Menschen, die Angst haben vor dieser Umstellung. Wir nehmen auch viel Unsicherheiten wahr, z. B. in Bezug auf die Vertragsgestaltungen. Da gibt es beispielsweise auch Vorbehalte von Eltern, die nicht wissen, wie künftig die Versorgung der Kinder sichergestellt wird. Wir stellen fest, dass hier das Thema Empowerment stärker berücksichtigt werden sollte. Wie schaffen wir es, die Menschen zu befähigen und zu stärken, damit sie diesen ganzen Prozess auch bewältigen können? Es fängt schon bei sehr simplen Dingen an, wie beispielsweise der Eröffnung eines Kontos, das funktioniert zum Teil gar nicht. Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer geben uns Hinweise, dass sie die Vertragsgestaltung nicht bewältigen können und die Betreuung abgeben wollen. Was passiert dann mit den Menschen, die keine Bezugsperson mehr haben, um das alles managen zu können? Ich glaube nicht, dass die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) in allen Fällen schon so weit ist, diese aufwendige Beratung auch tatsächlich zu übernehmen. Die Strukturen werden gerade erst aufgebaut und wir nehmen zum Teil wahr, dass dort die Beratungskompetenz, um Selbstbestimmung und Teilhabe nach vorne zu bringen, gar nicht da ist.

In Bezug auf die Entwicklung von Verfahren zur Bedarfsermittlung geht es nicht nur darum, nachzuhalten und zu schauen was wirkt, sondern sich im Vorfeld Gedanken zu machen, was die Mitarbeiterinnen, die Mitarbeiter und

die betroffenen Menschen tatsächlich bei der Bedarfsfeststellung benötigen. Da geht es zum Einen um Schulungen, um die betroffenen Menschen zu empowern, aber auch um die Fachkräfte, sich auf diese Situation einzulassen. Das kann unter Umständen sehr schwierig sein. So bedarf es beispielsweise bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen der leichten Sprache. Welche Behördenmitarbeiterinnen und Büromitarbeiter beherrschen denn diese Leichte Sprache und kann so mit den Menschen kommunizieren, dass sie es auch verstehen? Auch dort muss man die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schulen, sodass auf Augenhöhe geholfen werden kann. Darin sehe ich eine große Herausforderung.

Ich war damals bei der Entstehung des SGB IX live dabei und weiß, welch große Erwartungen damals 2001 an das SGB IX gestellt wurden. Genau die bereits angesprochenen Punkte, dass die Leistungserbringung vernetzt und sektorübergreifend stattfindet und dass das die Rehaträger machen. Aber Papier ist geduldig und man hat ja gesehen, wie es umgesetzt wurde. Gerade die Kooperation der Träger und die Leistungserbringung aus einer Hand, das waren genau die Punkte, die nicht geklappt haben, wenn man ehrlich ist. Jetzt gibt es zwar mit dem BTHG ein paar Stellschrauben, womit an einigen Stellen versucht wird, etwas zu schärfen. Wir werden sehen wie das funktioniert.

Ich finde aber, ein wichtiger Punkt aus dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist die Stärkung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), weil da auch der Austausch stattfindet und ich finde es wichtig, dass alle Reha-Träger zusammenkommen. Wenn ich mir die Diskussion bei der BAR anschaue, dann merke ich auch, dass es immer noch einige Reha-Träger gibt, die nicht über den Tellerrand schauen wollen. Deshalb finde ich es gut, dass es auch bei der BAR die Selbsthilfe gibt und die Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, diesen Prozess zu begleiten. Sie sollen sich dort auch intensiv einbringen, um ihre Rechte und Forderungen vorzutragen, sodass dort hoffentlich auch eine Akzeptanz dafür wachsen kann, gemeinsame Vereinbarungen zu treffen und gemeinsam zu handeln. Hier auch nochmals der Wunsch in die Runde, sich dort auch aktiv zu beteiligen.

Arbeitsgruppen:

Hilfeplankonferenzen – Chancen und Risiken durch das BTHG

Matthias Rosemann

Hilfeplankonferenzen haben sich in vielen Teilen Deutschlands als Orte der Zusammenführung von fachlicher Hilfeplanung mit dem Zugang zu tatsächlichen Leistungsangebote bewährt. Sie dienen der Sicherstellung, dass kein Mensch wegen Art oder Schwere der Erkrankung von Hilfen ausgeschlossen wird. Sie konzentrieren sich meist auf psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Vielfach wurden sie auch von den Trägern der Eingliederungshilfe genutzt, um den Zugang zu Leistungen zu steuern.

Seit Beginn der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes wird nun auf der Seite der Kostenträger darüber diskutiert, ob Hilfeplankonferenzen auch in Zukunft noch durchgeführt werden könnten.

Diese Diskussion wird in vielen Verbänden sehr breit geführt, auch innerhalb der Aktion Psychisch Kranke e. V.

In der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV) hat dieser Diskurs die Frage aufgeworfen, welchen Zielen die Hilfeplankonferenzen dienen und wie ihre Aufgabe auch unter neuen rechtlichen Bedingungen zu verstehen ist.

Das Land Berlin hat diese Frage inzwischen entschieden und in den neuen Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe die Hilfeplankonferenzen, die in Berlin »Steuerungsgremien« genannt werden, erneut vorgesehen. In anderen Bundesländern dauert die Diskussion dazu an.

Kurz vor dem Lockdown der Corona-Pandemie trafen sich im Rahmen eines Fachtags der BAG GPV zur Hilfeplankonferenz auch Vertreter und Vertreterinnen von Landesregierungen und Kostenträgern, um eine Positionsbestimmung der Hilfeplankonferenzen vorzunehmen.

Der Vorstand der BAG GPV hat im Nachgang der Tagung seine Erkenntnisse in einem Empfehlungspapier zusammengefasst, das zunächst dem internen Diskurs dienen sollte, nun aber auch einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt wird:

Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. zur Durchführung und Weiterentwicklung von sog. Hilfeplankonferenzen

Erarbeitet im Rahmen einer Fachtagung am 02. und 03. März 2020 in Gelnhausen.
Bearbeitungsstand: 12.03.2020

Hilfeplankonferenzen haben sich seit vielen Jahren in nahezu allen Gemeindepsychiatrischen Verbünden bewährt. Sie dienen der Verknüpfung von individuellen Hilfeplanungen für einzelne Menschen mit der Steuerung der Angebote in einer Region. Ursprünglich sind die Vorläufer der Hilfeplankonferenz in den 1990 Jahren aus fachlichen Anliegen von Leistungserbringern entstanden, die sich eine freiwillige Selbstverpflichtung »auf die Fahne geschrieben hatten«. Die Hilfeplankonferenzen sollten der Qualifizierung von individueller Hilfeplanung durch Beratung sowie der Zusammenführung der individuellen Hilfeplanung mit der Belegungssteuerung von Einrichtungen im Sinne der Wahrnehmung von Versorgungsverpflichtung dienen. Auf Grund der guten Resultate haben sich in der Folge einige Träger der Eingliederungshilfe dieses Instrument zu Eigen gemacht und zu Konferenzen der Leistungsträger erklärt.

Nun wird seitens verschiedener Träger der Eingliederungshilfe die Neuregelung des SGB IX zum Anlass genommen, die Hilfeplankonferenzen, die sie durchgeführt haben, wieder abzuschaffen. Seither und in Zukunft werden an einigen Orten Hilfeplankonferenzen nicht mehr durchgeführt.

Der Kern der Begründungen zielt häufig darauf ab, dass der Gesetzgeber die Verantwortung der Teilhabe- und Gesamtplanung in die Hände der Leistungsträger gegeben und als Instrument ausschließlich die Teilhabeplankonferenz bzw. die Gesamtplankonferenz vorgesehen habe, die stets nur als Personenkonferenzen zu verstehen seien.

Das Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe sieht vor, dass jeder anspruchsberechtigte Mensch nach erfolgter Teilhabe- oder Gesamtplanung sich selbst den passenden Leistungserbringer suchen muss, ggf. auch mit Unterstützung durch den Träger der Eingliederungshilfe. Aus Sicht der BAG GPV besteht jedoch das Risiko, dass bei einem derartigen Verfahren besonders Menschen mit eingeschränktem Hilfesuchverhalten ohne Leistung bleiben, bzw. nur mit hohem Aufwand und Unterstützung ein geeignetes Angebot finden werden.

Wenn fachliche Ressourcen (vorrangig sind das Mitarbeiterkapazitäten und Wohnräume, manchmal auch sog. »Plätze«) nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen, oder wenn es sich um psychisch erkrankte Menschen mit einem das Hilfesystem herausfordernden Verhalten und / oder besonders komplexen Hilfebedarf handelt, wird immer die Frage im Raum stehen, welcher Mensch kommt zu einer Leistung und welcher nicht?

Hilfeplankonferenzen waren geschaffen worden, um genau diesem Prozess entgegen zu wirken, und sie haben sich meist auch in diesem Sinne bewährt. Sie sind – gut durchgeführt – Garanten für Transparenz im Leistungsgeschehen und der Ort der Sicherstellung, dass kein anspruchsberechtigter Mensch ohne Hilfe bleibt.

Aber: Einiges ist in den bisherigen Hilfeplankonferenzen oft nicht oder nicht gut genug gelungen: Die Einbeziehung anderer Kostenträger über die Eingliederungshilfe hinaus gelang nur punktuell; statt einer qualifizierenden Beratung im Einzelfall wurden vorgestellte Hilfepläne auch nur »durchgewunken«; mancherorts wurde bei Kapazitätsengpässen nur Wartelisten angelegt, statt für alternative Hilfen zu sorgen. Konferenzen, die keinen wirklichen Beratungsgegenstand mehr haben, scheinen tatsächlich entbehrlich zu sein.

Wir schlagen daher eine Neubestimmung und -ausrichtung der Hilfeplankonferenzen vor, ggf. auch mit einer neuen Bezeichnung, um Missverständnissen vorzubeugen. Neue Bezeichnungen könnten z. B. sein: »Leistungskonferenz«, »Zugangskonferenz«, »Regionale Steuerungs- und Vermittlungskonferenz«. In Berlin sind diese Gremien im PsychKG verankert und werden dort als »Steuerungsgremien« bezeichnet (§ 10 Abs. 4 PsychKG Berlin). Eine Rahmengeschäftsordnung, die federführend von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung erlassen wird, regelt das Nähere zu diesen »Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht«.

1. Individuelle Hilfeplanung

Ausgangspunkt für personenzentrierte Arbeit in der Psychiatrie ist stets eine individuelle Hilfeplanung, die als Basis das Vertrauen des betroffenen Menschen benötigt und manchmal in einem herausfordernden Prozess zu erarbeiten ist. Psychische Erkrankungen gehen oft mit Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen einher und spiegeln sich dann in verschiedenen Leistungen wieder, die auch unterschiedlichen Rechtskreisen zuzuordnen sind. Eine Hilfeplanung muss daher von einer Person vorgenommen werden, die

den Menschen und dessen Lebensumfeld kennt und über die dafür erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügt. Die Hilfeplanung muss grundsätzlich zunächst offen und unabhängig von der Zuordnung zu einem Leistungsträger stattfinden. Sie sollte alle Aspekte möglicher Leistungen in Betracht ziehen: Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe, Zuverdienst, Pflege und Hilfen anderer Kostenträger wie die der JobCenter, der Schuldnerberatung, der Wohnungslosenhilfe etc. Erst nach einer umfassenden Hilfeplanung kann sich herauskristallisieren, ob eine Behandlungsplanung (z. B. ein soziotherapeutischer Betreuungsplan), eine Teilhabeplanung, eine Gesamtplanung, ein Versorgungsplan nach § 7a SGB XI oder eine andere Leistungsplanung erforderlich werden.

Die Unübersichtlichkeit von Leistungsansprüchen und vorhandenen Leistungen aus verschiedenen Rechtskreisen zieht oft nach sich, dass keine Einzelperson mehr in der Lage ist, bei komplexen Bedarfen alle Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Hilfeplanung ist für diesen Personenkreis deshalb immer ein kooperatives Geschehen aus verschiedenen fachlichen Expertisen. Allerdings haben wir in der Vergangenheit allzu oft das hauptsächliche Augenmerk auf Leistungen zur Sozialen Teilhabe gerichtet und zu wenig die Leistungsverpflichtungen anderer Rehabilitationsträger angesprochen.

Nun tritt durch das neue SGB IX das Element der Bedarfsermittlung durch den leistenden Rehabilitationsträger hinzu. Dieser Prozess ist grundsätzlich zu begrüßen, da nun damit geklärt ist, dass Menschen mit Behinderung einen Rechtanspruch auf eine leistungsträgerübergreifende Teilhabeplanung haben.

Die Ermittlung des individuellen Bedarfs eines Menschen mit Behinderung ist eine Aufgabe in der Verantwortung des Leistungsträgers. Die Erfahrungen mit Menschen, die komplexe Beeinträchtigungen aufweisen, zeigen eindeutig, dass es sich bewährt hat, Hilfe- und Leistungsplanung kooperativ zu gestalten und dabei die Erfahrungen all der Personen und Institutionen einzubeziehen, welche die Person mit dem Hilfebedarf gut kennen und zur Beratung hilfreiche Aspekte beitragen können.

Wir empfehlen daher den verantwortlichen Leistungsträgern, die Kompetenz und den Kenntnisstand der Leistungserbringer im weiteren Sinne, also möglicher beteiligter Einrichtungen und Dienste, frühzeitig mit einzubeziehen. Der Begriff »Leistungserbringer« darf nicht so verstanden werden, dass damit nur die Einrichtungen und Dienste gemeint sind, die Leistungen für den planenden Rehabilitationsträger erbringen. Der Leistungserbringer-Begriff, den das SGB IX im § 20 verwendet, ist bewusst weiter gefasst und

meint auch andere Einrichtungen, die mit der Person befasst sind oder waren und aus dieser Perspektive auf Wunsch oder mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person Erkenntnisse beisteuern können. Beispielhaft seien hier nur Krankenhäuser, Soziotherapeuten oder Sozialpsychiatrische Dienste genannt.

2. Von der Bedarfsermittlung zur Leistung

Um von der Bedarfsermittlung zur eigentlichen Leistung zu kommen, bedürfen viele Menschen der Unterstützung. Manche psychisch erkrankte Menschen finden den Zugang zu geeigneten Hilfen auch selbständig und bedürfen dabei keiner wesentlichen Unterstützung. Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen sollten grundsätzlich Wahlmöglichkeiten haben. Sie dürfen aber nicht gezwungen werden, sich bei Anbietern bewerben zu müssen, um in ein »Auswahlverfahren« zu gelangen. Es muss vermieden werden, dass diejenigen Menschen bevorzugt die Hilfen bekommen, die sich am besten ausdrücken können, dafür aber die Menschen ohne Hilfe bleiben, die der Hilfe eher ablehnend und skeptisch gegenüberstehen, nicht ganz selten auch vor dem Hintergrund erlebter traumatisierender Situation in und mit dem psychiatrischen Hilfesystem.

Deshalb ist eine Zusammenführung von individueller fachlicher Bedarfsermittlung und Leistungsplanung mit der Steuerung der regionalen Ressourcen erforderlich, da andernfalls Menschen mit besonderen Bedarfen Gefahr laufen, gar keine, keine ausreichende oder keine passende Hilfe zu erhalten. Gerade dieser Umstand wird aktuell immer häufiger von Leitern bzw. Leiterinnen psychiatrischer Kliniken beschrieben.

Wie der Weg von einer Hilfeplanung zu einer Hilfeleistung konkret vonstattengeht, ist von Bundesland zu Bundesland und oft auch innerhalb von Bundesländern sehr verschieden. An welcher Stelle im Teilhabe- oder Gesamtplanprozess daher eine entsprechende Konferenz erforderlich oder sinnvoll ist, muss einer regionalen Betrachtung und Bewertung überlassen bleiben. Essentiell ist aber, dass durch eine geeignete Struktur sichergestellt werden muss, dass die vorhandenen Ressourcen oder Kapazitäten von Leistungserbringern auch den Menschen zugutekommen, deren Fähigkeit zur Hilfesuche eingeschränkt ist.

Ein Prozess von Hilfeplanung, Bedarfsermittlung sowie Ziel- und Leistungsplanung bedarf der Zeit und benötigt Vertrauen und ist daher sehr oft als Verfahren in mehreren Schritten zu verstehen.

Für die Zukunft ist aus Sicht der BAG GPV eine gemeinsame Verantwortungsgemeinschaft für alle wesentlichen Leistungsanbieter des psychiatrischen Hilfesystems erforderlich, die möglichst auch rechtlich zu normieren und vertraglich zu vereinbaren sind. Versorgungsverpflichtung darf nicht auf psychiatrische Kliniken und Klinikabteilungen beschränkt bleiben. Die BAG GPV wird sich mit dieser Frage in Zukunft intensiver beschäftigen.

3. Zusammenführung individueller Planung mit Steuerung der regionalen Ressourcen

Um allen Menschen den Zugang zu den für sie passenden Leistungen zu ermöglichen, müssen Konferenzstrukturen etabliert werden, die folgende Aspekte berücksichtigen:

- Versorgungssicherheit herstellen: kein Mensch bleibt ohne ein konkretes Hilfeangebot (gemeinsame Versorgungsverpflichtung gewährleisten),
- vorgestellte Bedarfe beraten, um ergänzende Aspekte aus Sicht von Experten bzw. Expertinnen beizutragen,
- Passgenauigkeit der Hilfeleistung ermöglichen,
- Transparenz über das Leistungsgeschehen herstellen, um den Überblick über die verfügbaren Ressourcen (Angebote und Leistungen) erhalten,
- damit auch einen Überblick für die Leistungsberechtigten ermöglichen,
- Lücken im Leistungsangebot identifizieren und Lösungsaufträge formulieren,
- die Anwendung von Zwangsmitteln, wie z. B. freiheitsentziehende Unterbringungen, vermeiden.

Ebenso muss sichergestellt sein, dass alle wesentlichen Leistungsbereiche und Leistungsträger angesprochen werden. Eine solche Konferenz geht damit ggf. über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hinaus und bezieht u. a. auch Leistungen der Behandlung (insbesondere rehabilitativ orientierte Behandlungsleistungen sowie z. B. Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege), der Pflegeversicherung und der JobCenter beratend mit ein.

Es muss gewährleistet sein, dass Beratungen und Vermittlungen von Hilfen in diesem Sinne auf Wunsch oder mit Zustimmung der leistungsberechtigten Menschen stattfinden. Die Vorgaben von Datenschutz und Schweigepflicht müssen sorgfältig beachtet werden. Dafür gibt es schon vielfältige gelungene Beispiele.

4. Praktische Durchführung

Wir stellen uns unter einer solchen Konferenz ein kooperatives, auf vertrauensvolle Beratung angelegtes und zur Entscheidung fähiges gemeinsames Geschehen vor. Entscheidungen von Leistungsträgern können hier vorbereitet werden, und die Leistungserbringer sollten Entscheidungen hinsichtlich einer Leistungszusage treffen können.

Die Konferenz darf nicht zu groß werden und sie muss den Bedürfnissen von beteiligten Menschen mit Behinderung gerecht werden. Zugleich muss sie aber alle Leistungsbereiche abdecken. Für diese schwierige Frage des Ausgleichs verschiedener Ansprüche müssen lokale Lösungen gefunden werden. Bewährt haben sich in Regionen der BAG GPV verschiedene Modelle. Es gibt in Regionen mit großer Zahl von Leistungserbringern Erfahrungen mit beauftragen Delegierten, die über spezifische Expertise verfügen, aber auch mit verabredeter abwechselnder Teilnahme. Auch die Verkleinerung der Konferenz durch lokale Bezüge (»Sektorkonferenzen« in größeren Landkreisen oder Städten) haben sich bewährt; andere Varianten sind vorstellbar.

Die Konferenz sollte zur Beratung vorbereiteter Hilfeplanungen bzw. Bedarfsermittlungen in der Lage sein. Sie sollte aber auch Raum dafür bieten, Personen mit besonderen Bedarfen, bei denen ein gewisses Maß an Ratlosigkeit hinsichtlich des möglichen Ziels der Leistungen oder des geeigneten Vorgehens besteht, beraten zu können. Ggf. müssen von der Konferenz ausgehend weitere intensivere Personenkonferenzen in die Wege geleitet werden.

Die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen ist zu ermöglichen, die Betroffenen und ihre Vertrauensperson müssen grundsätzlich teilnahmeberechtigt sein. Ihre Teilnahme ist durch die Gestaltung der Konferenz zu fördern.

Die Erfahrungen aus den Verbünden der BAG GPV, gerade auch aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem« zeigen deutlich, dass eine koordinierte Hilfeplanung und Leistungserbringung ein Vertrauen forderndes zugleich aber auch ein Vertrauen bildendes Verfahren ist. Auf dieser Basis lassen sich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderen Krisensituationen ungewöhnliche Lösungen finden. Die Bereitschaft, sich auf eine Erörterung mit offenem Ausgang einzulassen, ist für ein psychiatrisches Hilfesystem, das keinen Menschen wegen Art oder Schwere der Erkrankung unversorgt lässt, unabdingbar. Wo dies keine Beachtung

findet, sind Verdrängungen in die Wohnungslosigkeit, in wohnortferne Angebote oder in freiheitsentziehende Maßnahmen zu beobachten.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir als BAG GPV, die Konferenz als Gremium des GPV zu verstehen und die Mitglieder des GPV aufzufordern oder sogar zu verpflichten, ihre Angebote nur über die Konferenz zu »belegen«. Die Vorbereitung, Koordination und Durchführung der Konferenz gehört dann in die Hände des GPV. Die Konferenz ist für jeden offen, der den Zugang zu einer Leistung sucht. Damit erspart eine solche Konferenz sowohl den Leistungsträgern als auch den Leistungserbringern aufwändige Einzelverfahren von Vorstellungen, Bewerbungen, Aufnahmemanagement oder Akquiseaktionen.

Es sind aber auch abweichende Konferenzmodelle und Durchführungsverantwortungen aus Städten, Gemeinden oder Bundesländern (z. B. Berlin) bekannt und vorstellbar, die dem Gesamtauftrag in vergleichbarer Weise gerecht werden können und müssen.

5. Gesetzliche Grundlagen

Bisher gab es im Leistungsrecht kaum rechtliche Anknüpfungspunkte ür die Durchführung von Hilfeplankonferenzen. Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber im SGB IX nun einige Anknüpfungspunkte geschaffen:

§ 1 **SGB IX:** Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen. Diese Bestimmung macht deutlich, dass gerade der Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Verfahren und Leistungen einer spezifischen Betrachtung bedarf.

§ 19 **SGB IX:** Dort ist unter anderem auch ein Rechtsanspruch auf einen Teilhabeplan verankert, wenn die leistungsberechtigte Person dies wünscht. Für den Teilhabeplan ist ausdrücklich die Beteiligung von Leistungserbringern (§ 19 Abs. 2 Nr. 5) genannt. Dies gilt im Übrigen auch für den Gesamtplan, der der Träger der Eingliederungshilfe aufzustellen hat, da nach § 121, **Abs. 4 SGB IX** der Gesamtplan alles enthält, was der Teilhabeplan enthält, sowie weitere zusätzliche Aspekte. Der Teilhabeplan nach § 19 **SGB IX** dokumentiert auch die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach § 20 **SGB IX**. An dieser nehmen ausdrücklich auch beteiligte Leistungserbringer teil. Nach § 119 **Abs. 3 SGB IX** ist die Gesamtplankonferenz mit der Teilhabeplankonferenz zu verbinden. § 21 **SGB IX** gibt vor, dass die Träger der Eingliederungshilfe die Vorschriften des Gesamtplanverfahrens zu beachten haben, wenn sie der im Einzelfall verantwortliche Rehabilitationsträger sind.

§ 94 Abs. 3 SGB IX: Die Länder haben auf eine »flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken« und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrags.

§ 95 SGB IX: Die Träger der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen dazu Vereinbarungen mit Leistungserbringern. Im Rahmen der Strukturplanung sind die Erkenntnisse aus der Gesamtplanung zu berücksichtigen.

§ 96 SGB IX: Die Träger der Eingliederungshilfe arbeiten mit den Leistungsanbietern zusammen. Ist die Beratung und Sicherung der gleichmäßigen, gemeinsamen oder ergänzenden Erbringung von Leistungen geboten, sollen zu diesem Zweck Arbeitsgemeinschaften gebildet werden.

Besonders wesentlich ist der **§ 106 SGB IX**: Die Träger der Eingliederungshilfe sind zur Beratung und Unterstützung verpflichtet. Die Unterstützung bezieht sich auch auf das Finden eines geeigneten Leistungserbringers und das Aushandeln eines Vertrages mit dem Leistungserbringer (**§ 106 Abs. 3 Nr. 7 und Nr. 8**). Konferenzstrukturen im vorgenannten Sinn geben hier eine wesentliche Hilfestellung, insbesondere in Regionen mit einer größeren Zahl von Leistungsanbietern.

Stärkung Teilhabe und Partizipation – Qualität als Maßstab

Ingmar Steinhart

Die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe waren Betroffene und Angehörige, die darüber hinaus z. T. in Interessenvertretungen organisiert sind (Kellerkinder, EX-IN, ISL, Angehörigenselbsthilfe) oder beruflich in diesem Feld engagiert sind sowie Personen aus Berufsfeldern der Sozialpsychiatrie.

Es kam zu einer engagierten und bunten Diskussion, in der eine große Vielfalt an Themenbereichen angesprochen wurden: die Bedeutung der Selbstbestimmung im Bundesteilhabegesetz (BTHG), Schwierigkeiten bei Berücksichtigung der Selbstbestimmung in der Umsetzung des BTHG, der Begriff der Partizipation und die Einbeziehung von Betroffenen, Selbsthilfestrukturen und Angehörigen sowie notwendige Veränderungen der Versorgungsstruktur und finanzielle Aspekte.

Der folgende Text versucht, ausgehend von einem Tonbandprotokoll, die unterschiedlichen Meinungen und Strömungen der Diskussion unter den genannten Überschriften zusammenzufassen und das bunte Bild des Nachmittages und die vielfältigen Anregungen zur Weiterentwicklung des Eingliederungshilfesystems unter dem Aspekt von Teilhabe und Partizipation möglichst zu erhalten.

Bedeutung der Selbstbestimmung im BTHG

In der Diskussion um das BTHG bzw. de facto des »Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung« geht es derzeit vor allem um eine verwaltungstechnische Neuordnung bzw. die Trennung von Leistungen und damit verbunden um die finanziellen Auswirkungen für Leistungsanbieter und Kostenträger. Vernachlässigt wird der Aspekt der Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung für Menschen mit Beeinträchtigungen. Bei einer Recherche zur Nennung des Wortes »Selbstbestimmung« im Gesetz war bemerkenswert, dass die Selbstbestimmung der Teilhabe in der Überschrift des ersten Paragrafen vorangestellt ist. Eine zweite Erwähnung findet sich im achten Paragrafen, in dem es um das Wunsch- und Wahlrecht geht: »Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.« Hier werden v.a. die Leistungsanbieter in die Pflicht genommen und in der Folge ebenso der Leistungsträger, denn

die »Leistungen zur Teilhabe bedürfen der Zustimmung der Leistungsberechtigten«. Drittens wird die Selbstbestimmung bezüglich der unabhängigen Teilhabeberatung aufgegriffen.

Das Wort »Selbstbestimmung« kommt somit insgesamt vier Mal vor (Überschrift und drei Paragrafen), in der aktuellen Diskussion jedoch so gut wie gar nicht. Es ist daher wichtig, darüber ins Gespräch zu kommen und Ideen und Lösungen zu entwickeln, wie man diesen Aspekt im nächsten Umsetzungsschritt, also im Anschluss an die Klärung der finanziellen Aspekte, wieder deutlicher in den Fokus bringen kann. In den meisten Bundesländern wird es erst einmal Übergangsregelungen, voraussichtlich für einen zeitlichen Rahmen von zwei bis drei Jahren, geben und in dieser Zeit muss das Thema vorangebracht werden. Es darf nicht nur ein Austausch der Terminologie wie den Begriff »besondere Wohnform« statt »Heim« stattfinden, sondern es sollte tatsächliche Neuerungen insbesondere in der Haltung geben, auch wenn die Landschaft mit Innovation generell »fremdelt«. Das konnte bei der Einführung des Budgets für Arbeit bereits beobachtet werden, bei dem es nur sehr wenige Empfänger gibt, oder aber auch bei der Möglichkeit, Alternativen zur Werkstatt zu schaffen, wobei diese Innovationsträgheit Leistungsträger und –anbieter gleichermaßen betrifft. Die Selbstbestimmung stellt eine gute Messlatte dar, um Entwicklungen zu bewerten.

Wie sich in der Diskussion herausstellte, wird die Selbstbestimmung auch im § 78 des Gesetzes erwähnt, in dem Assistenzleistungen definiert werden, die »zur Unterstützung bei der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung« dienen sollen. Auch hier soll die Zielrichtung sein, zu beachten, wie stark Assistenzleistungen darauf ausgerichtet sind, Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit zu fördern. Möglicherweise hat das SGB IX hier bei der Umsetzung zwischen existenzsichernden Leistungen und Fachleistungen paradoxe Effekte contra die Selbstbestimmung. Hier wird von den Diskussionsteilnehmenden die Gefahr gesehen, dass zur Vereinfachung von Verwaltungsabläufen rechtliche Betreuungen eingerichtet werden, was so auch schon passiert.

Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung der Selbstbestimmung in der Umsetzung des BTHG

Bisher war eine selbstbestimmte Lebensführung bei der Bedarfsermittlung und Leistungsplanung nicht das Hauptziel, weshalb bei vielen Leuten aufgrund der Komplexität ihrer Problemlagen hier Schwierigkeiten zu erwarten

sind, zumal Fachkräfte bisher gar nicht in der Form dafür geschult sind, Selbstbestimmung oder Lebensplanung zu unterstützen. Deshalb ist zu befürchten, dass Leute, die ihre Teilhabemöglichkeiten selbst gar nicht genau definieren können, von Leistungen ausgeschlossen werden.

Es gilt, veränderungsbereite Leistungserbringer und veränderungsbereite Leistungsträger zu identifizieren und zusammen zu bringen. Insbesondere Fachkräfte im Bereich der Koordination und Planung stehen hier vor einem großen Transformationsprozess, da es deren Aufgabe ist, Veränderungsprozesse anzuregen und zu koordinieren. Sie müssen vor Ort Planungs- und Ermutigungsprozesse erstellen, um Leistungsträger und Leistungserbringer immer wieder an einen Tisch zu bringen und deren Aktivitäten auf die Bedürfnisse der Menschen in den einzelnen Kreisen und Städten zuzuschneiden. Früher war »ambulant vor stationär« handlungsleitend, jetzt muss es »individuell vor institutionell« heißen. Letztlich heißt das, dass durch die Leistungsanbieter eine Angebotslandschaft so kreiert werden muss, dass sie individuell reaktionsfähig ist und dabei dennoch eine Absicherung der Projekte durch die Leistungsträger erfährt. Gleichzeitig müssen Koordinatoren ggf. zwischen beiden Parteien vermitteln. Insgesamt handelt es sich somit um eine große gemeinsame Planungsaufgabe.

Partizipation Betroffener

Mit dem Begriff der Partizipation ist eigentlich mehr als Teilhabe gemeint, andererseits wird versucht, Partizipation mit den zwei Wörtern Selbstbestimmung und Teilhabe abzudecken. Es besteht der Wunsch nach einer Einbeziehung Betroffener bereits in Planungs- und Forschungsprozesse. Eigentlich müsste die Erweiterung von Projektteams, etwa bei großen Forschungsprojekten, um Beteiligte mit Psychiatrie-Erfahrung als Standard umgesetzt werden. Eine Beteiligung von Leistungserbringern an der Bedarfsermittlung hingegen soll aus Sicht eines Betroffenen nur auf Wunsch der Betroffenen stattfinden.

Inwiefern eine »wirksame« Mitwirkung von Betroffenenverbänden umgesetzt wurde oder bisher lediglich eine »Alibifunktion« einnimmt, wird diskutiert. Zum einen wird genannt, dass eine Partizipation der Menschen mit Beeinträchtigungen bisher im Gesetzgebungsprozess noch nicht ausreichend sichergestellt ist. Durch einen Mitarbeiter einer Psychiatrie wird angebracht, das Gesetz berge das Risiko, dass »geschummelt« wird, z. B. durch eine Einflussnahme der Privatanbieter auf die Patienten. Die Umsetzung des

BTHG müsse misslingen, da schon die Begrifflichkeit »Teilhabe« von vielen nicht verstanden werde, da sie nicht als Alltagswirklichkeit besteht, sondern vielmehr an »Teilhaber« einer Firma gedacht wird. Schließlich bestehe die Gefahr, dass von Seiten der Leistungserbringer Strukturen wegbrechen, die dringend benötigt werden.

Notwendige Änderungen in der Versorgungsstruktur

Es wird deutlich, dass eine Bewusstseinsbildung, wie im Artikel 8 der UN-BRK gefordert, bisher nicht stattgefunden hat und auf Ebene der Leistungsträger, -erbringer und -empfänger vollzogen werden muss. Entscheidend ist hier letztlich das SGB IX, da damit die gesundheitlichen Leistungen mit den sozialen Leistungen verbunden wurden. Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Aufgabe, für die Leistungen der Eingliederungshilfe die Teilhabeplanung zu machen. Hier sind die Betroffenen gefragt, die aber auch Unterstützung bzw. unterstützte Entscheidungen benötigen. Die Betroffenen sind oftmals nicht in der Lage, ihren Bedarf klar zu benennen bzw. zu sagen, welche Leistungen sie benötigen oder welche Ziele sie haben. Das ist dann die Pflicht des Trägers der Eingliederungshilfe. Hier gibt es jetzt das Recht auf Teilhabeplanung und Betroffene können eine Person ihres Vertrauens dorthin mitnehmen.

Mit dem BTHG gibt es nun ein gutes neues Instrument, jedoch bleibt es bei den gleichen Institutionen mit demselben Personal. Änderungen hier brauchen Zeit. Durch den Einsatz von Experten wie EX-INlern bzw. -innen hat sich bereits einiges im Bereich der Versorgungsstruktur geändert. Ein Umdenken und eine Haltungsänderung und vor allem ein Einbezug der Betroffenen bezüglich der Planungsfragen sind vonnöten, etwa mit Hilfe von Recovery Instrumenten. Diese sind auch auf die regionale Planung übertragbar.

Es wird betont, dass Psychiatrieerfahrung nicht mit geistiger Behinderung gleichgesetzt werden darf. Bei Betroffenen mit größeren Schwierigkeiten, die Selbstbestimmung wahrzunehmen, ist das Recht auf Teilhabeplanung sinnvoll anzuwenden. Dabei sollten als Person des Vertrauens nicht unbedingt Leistungserbringer gelten, sondern auf die Eigeninitiative der Betroffenen und ihre Autonomie gesetzt werden. Hier bestehen bei den Leistungserbringern mitunter Sorgen dahingehend, dass ihre Unterstützung nicht mehr gebraucht werden könnte. Bezüglich der Förderung von Selbstbestimmung durch das BTHG bestehen noch einige Barrieren und Schwierigkeiten, was

beinhaltet, dass die Leistungsträger und -anbieter diese neue Grundhaltung erst noch in die tatsächliche Arbeitshaltung und -weise einfließen lassen müssen.

Profis in dem Bereich haben bei den Fragestellungen häufig die problematischsten Konstruktionen vor Augen, weshalb sie Schwierigkeiten sehen, zu viel Selbstbestimmung zuzulassen. Hier zeigen sich bei Profis auch große Widerstände, Verantwortung aus der Hand zu geben. Deshalb müssen Haltungen verändert werden, was dauern wird. In den vergangenen Jahren hat sich im Bereich der Genesungsbegleitung/Peer-Beratung viel entwickelt und Betroffene machen ihrem Ärger darüber, wenn kein Vertreter für sie an Diskussionen beteiligt wird, mittlerweile direkt Luft. Bei diesem konstruktiven Prozess, der jetzt notwendig ist, muss man viel miteinander lernen.

Unterstützung durch Selbsthilfe und Selbstvertretung

Kurse wie die von EX-IN werden inzwischen selbstbestimmt eingefordert und können Betroffene unterstützen, wieder Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein aufzubauen und der Isolation zu entkommen. Aber auch vor EX-IN gab es Initiativen und Unterstützung durch die Selbsthilfe und Selbstvertretung. Es ist wichtig, für Betroffene Wahlmöglichkeiten zu schaffen und ihnen zu ermöglichen, differenziert zu entscheiden, was sie benötigen. Bisher gibt es in Deutschland keine partizipative Forschung und keine Betroffenenforschung, dennoch gibt es auch gute Forschung in dem Bereich. Es stellt sich die Frage, wie man gut zusammenarbeiten kann, um den Leuten ihren tatsächlichen Bedarf zu erfüllen. In Deutschland hat es viele verschiedene Modelle gegeben. Im Gesetzgebungsprozess werden Dinge angeboten, deren Umsetzung dann jedoch schwierig ist. Zur gemeinsamen Entwicklung und Stärkung der bereits dokumentierten Wünsche ist eine Nutzung und Zusammenführung des Wissens aus Selbsthilfe, Selbstvertretung und Empowerment mit dem der Profis notwendig. Das ist bisher, außer in der Ergänzende unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), nicht geschehen. Dieses Zusammenführen von Wissen fehlte auch auf dem Podium der Tagung am Morgen. Bisher gibt es für die Partizipation keine Strukturen, es braucht jedoch Ressourcen, Struktur und Personal. Partizipation ist zwar möglich, es gibt jedoch kein Veto- und kein Stimmrecht. Gerne wollen Betroffene die Profis in ihrem Tun mit der vorhandenen Expertise unterstützen, das geht jedoch ohne Ressourcen nicht. Betroffene arbeiten z. T. ehrenamtlich, wobei sie selbst mitunter trotz akademischer Ausbildung von Grundsicherung

leben, mit wiederum ggf. negativen Auswirkungen auf die eigene psychische Gesundheit.

Es wurde ein »Blick von oben philosophischer Art« diskutiert, der die Ökonomisierung des Sozialen kritisierte, die allem vorangestellt ist. Die erstellten Module versuchten zu sehr, die Menschen in einzelne Funktionen aufzuteilen. Es fehle neben der Personenzentrierung das Gemeinschaftsgefühl und die Beziehungsarbeit, die immer weiter eingeschränkt wird. Hier ist Präsenz wichtig, die Menschen gut tut.

Einbezug der Angehörigen

Zur Selbstbestimmung gehören auch die Angehörigen, welche jedoch wenig einbezogen werden. Wichtig ist auch die Entstigmatisierung der Erkrankungen. Die Mitgestaltung von Barrierefreiheit durch Einbezug Betroffener ist bei körperlichen Behinderungen viel selbstverständlicher. Psychisch Erkrankte werden bisher kaum nach ihren Bedürfnissen gefragt, oder aus der Politik kommt die Rückmeldung, dass man die Barrieren nicht definieren kann und so keine Angebote gemacht werden könnten. Das neue Gesetz ist für Angehörige oder Betroffene schwierig zu verstehen und es wird nicht klar, welche Rechte bestehen. Dadurch wird es Vertrauten erschwert, bei dem Teilhabegesamtplanverfahren beratend zur Seite zu stehen. Das Einbringen bei einer EUTB durch Angehörige wäre zwar wünschenswert, jedoch ehrenamtlich nicht zu leisten, wenn man noch einen Beruf hat, was die Frage nach der Entlohnung von Erfahrungswissen aufwirft.

Integration der Betroffenenperspektive und deren Finanzierung

Eine Integration der Betroffenenperspektive im System ist wichtig, um eine Weiterentwicklung zu gewährleisten. Diesbezüglich wurden zwei wesentliche Punkte aufgezeigt: die Finanzierung der entsprechenden Ausbildungen und anschließend die Finanzierung der Leistung, die in das System eingebracht wird.

Für einen Einsatz von Genesungsbegleitenden etwa ist die Finanzierung einer Ausbildung notwendig, die sich diese erst einmal leisten können müssen. Hier gibt es in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedliche Vorgehensweisen, die von Ort zu Ort und von Sachbearbeitenden zu Sachbearbeitenden divergieren. In NRW wurden immer einige Teilnehmende an EX-IN Kursen mit Spendenmitteln unterstützt, da diese keine Refinan-

zierung finden konnten. Es gibt unterschiedliche Mittel der Finanzierung, wie Förderungen über das Teilhabegesetz, die Eingliederungshilfe, das persönliche Budget, Spenden, Arbeitgebende, Stiftungen, das Jobcenter oder die Arbeitsämter (bei Zertifizierung). Was fehlt ist eine gesetzliche Grundlage. Solange sich bezüglich der Kostenübernahme die Haltung der Behörden/Finanziers nicht ändert, kommt man an vielen anderen Punkten nicht weiter.

Es entstand eine Diskussion um eine angemessene Entlohnungshöhe, insbesondere in Gegenüberstellung zu professionellen Mitwirkenden mit akademischer Ausbildung. Eine Entlohnung muss ausreichen, dass sich das berufliche Engagement auch für Betroffene, die nicht Vollzeit arbeiten können, gegenüber der Inanspruchnahme von staatlichen Leistungen lohnt. Bezüglich der beruflichen Eingruppierung bei EX-IN-Genesungsbegleitenden gibt es bei den Ausgebildeten ganz unterschiedliche Bedarfe, wie gearbeitet werden soll. Manche wollen davon leben, andere die Tätigkeit auf 450 Euro-Basis ausführen, weshalb es als positiv angesehen wird, dass im Gesetz keine Stellenplanbesetzung vorgesehen ist. Die Bezahlung erfolgt ebenfalls auf sehr unterschiedlicher Grundlage und in Abhängigkeit von den Personen. In Friesland gibt es drei Genesungsbegleitende in der ambulanten Betreuung, die voll bezahlt werden und gut davon leben können. Die Diskussion sollte sich darauf konzentrieren, welche Schritte es braucht, um das im System unterzubringen. Dabei sollte sie im Bereich der Umsetzung des SGB IX geführt werden. EX-IN-Begleitende wurden auch schon vor dem BTHG bei ihrer Ausbildung unterstützt. Bei der Frage von Stellenplänen gibt es berufsrechtliche Probleme, die beachtet werden müssen.

Kritisch wird angemerkt, dass eine Fokussierung auf Selbstbestimmung oder EX-IN bei der Rehabilitation und Teilhabeplanung und der Wunsch, dies allein mit Verwaltungsbeamten und ohne professionelle Begleitende umzusetzen, dazu führen könnte, dass es zu einer Spaltung bezüglich Betroffener in die Gruppe leicht bis mittelschwer und zeitlich befristeten Betroffenen, denen eine eigenständige Teilhabe und Partizipation gelingt und die Gruppe der schwer und langfristig oder mehrfach Betroffenen (als Beispiel wurde Chorea-Huntington genannt), die unbedingt auf professionelle Hilfe angewiesen sind, kommt. Hier sei zu überlegen, wie sich die »Szene« entwickeln soll, etwa in ein minimal finanziell unterstütztes Selbsthilfemilieu oder ein gutes kooperatives professionelles mit EX-IN unterstütztes Hilfesystem.

Paradigmenwechsel in den Verwaltungen

Nach der Diskussion um die finanzielle Ebene wird die Notwendigkeit einer Diskussion auf inhaltlicher Ebene betont. Die Leistungsträger und Leistungserbringer müssen sich inhaltlich stärker mit der UN-BRK auseinandersetzen, insbesondere mit dem Artikel 14 zur unterstützten Entscheidungsfindung. Das BTHG wird voraussichtlich zu einem Paradigmenwechsel in der Verwaltung, bei den Trägern und den Leistungsanbietern führen, der vor allem eine Schulung der Mitarbeitenden in den Verwaltungen notwendig macht, damit Betroffene die Leistungen bekommen, die sie benötigen. Dafür braucht es so etwas wie eine »Gebrauchsanweisung« für das BTHG für Angehörige und die Förderung von EX-IN. In Karlsruhe wurden z. B. fünf Qualifizierungsmaßnahmen von der Stadt bewilligt, mit denen die Ausbildung finanziell unterstützt werden kann.

Problematisch wird gesehen, dass durch die zunehmenden Anforderungen an die Verwaltung eher Beharrungskräfte statt Innovationskräfte gestärkt werden. Viele Mitarbeitende der Verwaltung fühlen sich von den Anforderungen und den zahlreichen Informationen für die Angehörigen überfordert. Dies blockiert Ressourcen. Bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), welche im Prinzip schon die wesentlichen Themenbereiche beinhaltet, wurde der Fehler gemacht, dass man sich zu sehr auf das Thema Zwang fokussierte. Dem fielen weitere Themengebiete wie Wahlmöglichkeiten, gemeindenahe Dienste oder Zugang zu Arbeit zum Opfer. Ähnliches geschieht nun beim BTHG, da die Verwaltungsumstellung für die Heime weitere Prozesse behindert. Die Angehörigen spielen im Umsetzungsprozess eine große Rolle und über einen Trialog erreicht man hier eine Weiterentwicklung und kann Vorausurteile überwinden. Eine Lösung, wie man das System hier schneller voranbringen kann, gibt es bisher nicht.

In Baden-Württemberg besteht bereits eine Arbeitsgruppe Partizipation, die vom Angehörigenverband und Betroffenenverband gegründet wurde und in welche auch Profis einbezogen sind. Hier bestand die Überlegung, Angehörige und Psychiatrieerfahrene nicht nur auf der individuellen Ebene der EX-INler bzw. -innen zu stärken, sondern auf der Ebene der Gruppen in Landkreisen und Städten. Hierfür sollen Fortbildungen finanziert und Selbsthilfegruppen gestärkt werden. Dafür soll ein Projekt beantragt werden im Sinne eines Empowerment-Projekts für Selbsthilfe und Angehörige, um diese als dritte Kraft im Umwälzungsprozess zu stärken und ihren Einfluss auf der Ebene des Steuerungsgremiums des GPVs zu erhöhen.

Weitere Ansätze sind: Unterstützungsangebote der Selbsthilfe im SGB V, die sich bisher in der Praxis nicht durchgesetzt haben. Diese mögliche Förderung für Selbsthilfe und Engagement muss verstärkt abgerufen werden. Hierfür ist nicht nur eine Finanzierung von Projekten, sondern eine Grundsicherung, etwa von Geschäftsstellen, Sekretariat und Miete (zumindest als Anfangsförderung) notwendig, welche bisher meist ausgeschlossen wird. Die schwierige Situation zeigt sich auch daran, dass Selbsthilfegruppen z. T. besser gefördert werden als Landes- oder Bundesverbände. Hier wäre die Schaffung sicherer Strukturen auf Bundes-, Landes- und Kreisebene wünschenswert.

Symposium 3: Qualität als Maßstab – Pflegereform und Demenzversorgung

Arbeitsgruppe:

Demenzversorgung und Pflegereformbedarf

Regina Schmidt-Zadel, Jörg Holke

In der Arbeitsgruppe waren Vertretende der Alzheimergesellschaft auf Bundesebene und aus NRW, der deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, der Aktion Psychisch Kranke, aus einer Kommune und eines Pflegeanbieters an der Diskussion beteiligt.

Als thematische Schwerpunkte wurden die Themenfelder, »Rehabilitation vor Pflege«, »Prävention und Früherkennung« »einzelfallbezogene Koordination und regionale Steuerung«, »Stärkung der Angehörigen« und der »Pflegenotstand« bearbeitet.

Zunächst wurde jeweils die Problemlagen in den Feldern beschrieben, um daraus im zweiten Schritt Handlungsbedarfe und lösungsorientierte Handlungsansätze zu diskutieren.

Prävention, Früherkennung und früher Zugang zu Hilfen

Die Prävention bei Demenzerkrankungen beschränkt sich bisher auf Kampagnen zur Entstigmatisierung der Erkrankung in einzelnen Bundesländern und Verweise auf die Wirkung von Ernährung, Bewegung und kognitiven Training. Präventionsleistungen nach § 20 ff SGB V sind bisher nicht auf Alzheimererkrankungen ausgerichtet, auch für Angehörige werden kaum Angebote vorgehalten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat die Thematik parallel zu der Initiative der Demenz-Allianz in zwei Workshops aufgegriffen, eine kontinuierliche Fortführung konnte jedoch nicht erreicht werden.

In Bezug auf die Früherkennung muss konstatiert werden, dass die Betroffenen mit Informationen zur Erkrankung und möglichen Hilfen erst spät erreicht werden.

Die Information »Demenz ist behandelbar« fehlt vielen Betroffenen. Mehr Information fördert die frühere Inanspruchnahme der Hilfen.

Die Hausärzteschaft ist als erste Anlaufstelle und Vermittlungsinstanz noch zu wenig mit den anderen Versorgungsangeboten vernetzt.

Handlungsbedarfe und -ansätze

Im Bereich der primären Prävention sollten die bisherigen Präventionsansätze im Bereich Bewegung, Ernährung und kognitives Training auf der Grundlage der Finger-Studie ausgebaut werden.

Denkbar wären hier Informationsoffensiven mit dem Motto »Was gut ist fürs Herz, ist auch gut für Demenz!

Verknüpft werden sollte dieser Präventionsansatz mit einer Informationsstrategie zur Demenzerkrankung mit der Ausrichtung »Demenz ist behandelbar« und Informationen zur Inanspruchnahme von Hilfen.

Für die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zur Demenzerkrankung sollten verstärkt regionale und überregionale Medien genutzt werden (Apothekenumschau, etc.).

Zu prüfen wären zudem Chancen und Wirkung einer bundesweiten Kampagne und Informationsoffensive unter Federführung der BZGA.

Einbezogen werden sollten die Ergebnisse der Arbeitsgruppe der Gestaltungspartner der Demenzallianz. Diese hatte den Auftrag, die vorhandenen Informationsangebote zu sichten und den weiteren Informationsbedarf mit dem Ziel einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit zu definieren.

Gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsanknüpfungspunkte bestehen über den § 20 ff SGB V und den § 5 SGB XI.

In Bezug auf Früherkennung und frühen Zugang zur Hilfe kommt der ***Hausärzteschaft*** als eine zentrale Anlaufstelle eine wichtige Funktion zu. Geschätzt sind jedoch nur 50% der Hausärzteschaft ausreichend über Demenz und Hilfesystem informiert.

In Krefeld konnte diese Funktion wesentlich gestärkt werden, indem Sozialarbeiter bzw. -innen und Hausärzte gemeinsam in einem »medico-sozialen Team« den Zugang zu Hilfen ermöglichen. Vertragliche Voraussetzungen wurden über das Netzwerk Demenz geschaffen. 60 % der Hausärzte in Krefeld sind hier bereits vertraglich beigetreten.

Solche Netzwerke schaffen Voraussetzungen für den niedrigschwelligen Zugang und je früher diese den Zugang ermöglichen umso besser. Eine Weiterentwicklung der Kooperation mit anderen Versorgungsangeboten ist flächendeckend anzustreben.

Rehabilitation vor Pflege

Ziel einer Rehabilitations-Maßnahme ist es, die Folgen einer Erkrankung zu heilen oder zu vermindern. Auch wenn die meisten Demenzerkrankungen nicht heilbar sind, können Menschen mit Demenz, insbesondere im frühen und mittleren Stadium der Erkrankung, von einem Reha-Angebot profitieren, das gezielt auf ihre Symptome eingeht. Dies gilt auch für Reha-Maßnahmen, die aufgrund einer anderen Erkrankung oder beispielsweise nach einer Hüftoperation erforderlich werden. Voraussetzung ist, dass das jeweilige Angebot auf den besonderen Unterstützungsbedarf von Demenzkranken eingerichtet ist. Nach § 40 SGB V besteht ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation unter Berücksichtigung besonderer Bedarfe psychisch Kranker.

Die Rehabilitationsangebote im Zusammenhang mit einer Demenerkrankung sind überwiegend stationär und in der Regel auf Demenz als Nebendiagnose ausgerichtet. In Bad Aibling wird ein Rehabilitationsangebot für demenzerkrankte Menschen gemeinsam mit der Bezugsperson vorgehalten.

Mobile Rehabilitationsangebote bestehen nur als Angebote einer geriatrischen Rehabilitation und werden nur in wenigen Regionen vorgehalten.

Die Deutsche Alzheimergesellschaft hat ein Informationsblatt erstellt. Das neue Informationsblatt »Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz« informiert über die verschiedenen Formen von Reha- und Vorsorgeangeboten und klärt darüber auf, unter welchen Voraussetzungen sie in Anspruch genommen werden können. Zu wenig genutzt, aber möglich sind Angebote des Rehabilitationssportes.

Die frühzeitige Bedarfsermittlung auf der Grundlage der ICF-Konzeption ist eine entscheidende Weichenstellung für die Einleitung einer Rehabilitation. Die Prüfpflicht und eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ist bereits gesetzlich verankert. Aus Sicht der AG-Teilnehmenden wäre es hilfreich, das Berichtswesen MDK diesbezüglich auszuwerten. Zukünftig sollte auch der Fokus darauf gerichtet werden, dass die Sicherstellung der Angebote durch die Leistungsträger nach § 17 SGB I gewährleistet wird. Hier ist auch die Aufsicht der Landes- und Bundesministerien gefordert.

In dem BMG-Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wird aktuell eine Ermächtigung von Kliniken und Schwerpunktpraxen zur Vorhaltung von medizinischen Rehabilitations-

angeboten nach § 40 SGB V diskutiert. Dies würde auch die medizinische Rehabilitation im Bereich der Gerontopsychiatrie betreffen.

Einzelfallbezogene Koordination und regionale Steuerung

In der einzelfallbezogenen Steuerung sektorintern und -übergreifend bestehen nach wie vor Defizite. An der Schnittstelle zwischen Behandlungsleistungen und der Überleitung in Pflegeleistungen wird häufig das Pflegeheim als Anschlussversorgung gewählt bzw. vermittelt.

Der Grundsatz des Vorranges der ambulanten Versorgung im eigenen Zuhause bzw. Lebensfeld wird zwar vermehrt als Anspruch formuliert, aber der Trend zu mehr stationär ist bestehen geblieben. Im Verhältnis erfolgt nach wie vor ein stärkerer Ausbau der Heimplätze als der ambulanten Pflegeangebote.

Innerhalb der ambulanten Versorgung mit Behandlung und Pflege fehlt es überwiegend an Koordination trotz Pflegeberatung. Die kommunale Zuzahlung «Hilfe zur Pflege« liegt stationär höher als ambulant. Zudem erstattet zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern das Land den Kommunen stationäre Zuzahlung. So bestehen dort für die Kommunen keine Anreize, ambulante Strukturen zu fördern. Grundsätzlich bestehen für die Länder keine Durchgriffsrechte in die Kommune.

Die Umsetzung der Pflegestützpunkte hängt von der Bereitschaft der Kommunen und Länder ab. In den Kommunen steht die Pflege im Wettstreit mit anderen sozial- und kommunalpolitischen Herausforderungen.

Handlungsbedarf und -ansätze

In der Erarbeitung der Demenzstrategie wird die Einführung eines Care Management für Diagnostik und Begleitung durch Zusammenwirken von Pflegeberatung § 7 a und der Soziotherapie nach § 37 a SGB diskutiert. Zielsetzung ist, die kontinuierliche Begleitung und eine koordinierende Bezugsperson sicherzustellen. Der Grundsatz soll lauten: Es muss immer jemand an der Seite stehen. Der Care Manager bzw. die Care Managerin soll die Bedarfsfeststellung begleiten und koordinieren.

Im Saarland wird aktuell das Modell des Case Management erprobt, in dem die einzelfallbezogen Begleitung im Lebensfeld im Fokus steht.

In Krefeld werden durch eine gut organisierte Regelversorgung (Behandlung und Pflege) Koordinatoren und koordinierende Bezugspersonen

ermöglicht. Dabei ist der Rückgriff auf unterschiedliche leistungsrechtliche Regelungen in den Sozialgesetzbücher flexibel notwendig, da die Leistungsbereiche unterschiedliche verankert und organisiert sind. Dadurch entsteht eine Mischfinanzierung der Koordination. Die dahinterliegende Organisationsstruktur in NRW könnte eine Blaupause für andere Regionen sein: Es besteht ein Netzwerk über Gerontopsychiatrische Zentren (GPZ) auf der Einzelfallebene. Regionalbüros »Pflege und Alter« übernehmen Information, Beratung, Begleitung, Qualifikation und Vernetzung von haupt- und ehrenamtlich engagierten Menschen und Organisationen (ca. 4 Fachkräfte für Region von 1 Millionen). Die Demenzberatung wird als regionale Aufgabe definiert.

Darüber werden Verbundstrukturen gefördert und eine integrierte Behandlungs- Rehabilitations- und Pflegeplanung über Gerontopsychiatrische Zentren möglich.

Bisher konnte vor Ort die Zusammenführung der beteiligten Ärzteschaft und der weiteren Anbietenden von Behandlungsleistungen noch nicht ausreichend realisiert werden. Ein Modell der KV Nordrhein bietet hier möglicherweise Ansatzpunkte. Auch der vom BMG initiierte Dialog zu Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wird hier Lösungswege für koordinierte ambulante Komplexleistungen erarbeiten.

In Bezug auf Gerontopsychiatrische Zentren und Vorhaltung von regionalen Servicezentren bestehen große Unterschiede zwischen den Ländern.

Bei der Finanzierung der Steuerungsstrukturen sind die Länder in Verantwortung; es fehlt jedoch überwiegend an der politischen Umsetzung.

Die Strategie der Bundesregierung ist aktuell stärker darauf fixiert, dass in den Ländern Probleme in der Umsetzung der Pflegereform vorliegen. Zunächst sollten Ressourcen hier besser genutzt und Umsetzungsprobleme gelöst werde, erst dann wird über weitere Gesetzesveränderungen nachgedacht. Die Einrichtung einer Bund-Länderarbeitsgruppe könnte hier ein Zwischenschritt sein.

In Bezug auf die einzelfallbezogene Koordination und Planung ist die nationale Versorgungleitlinie Demenz hilfreich. Notwendig sind in der Region und in den gerontopsychiatrischen Verbünden verbindliche Vereinbarungen zur Planung und Umsetzung von Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeleistungen. Bewährte Instrumente mit Ablaufroutinen an den Schnittstellen sollten mit dem Grundsatz »*Was gut sein soll, muss beschrieben sein*« gemeinsam festgelegt werden. Organisations- und Prozessstrukturen eines Versorgungsnetzwerks sollte beschrieben werden. Die Einbindung in

die überregionale Steuerung muss zudem geregelt werden. Sofern über die Länder Koordinationsstrukturen vorgehalten oder gefördert werden, sind diese mit einzubeziehen.

Auf Bundes- und Landesebene ist parallel zu diskutieren, wie eine Versorgungsverpflichtung im SGB XI und den Länderausführungsgesetzen vergleichbar mit dem Sicherstellungsauftrag im SGB V gesetzlich verankert werden kann.

Allerdings ist es bei einer Teilkaskoversicherung wie der Pflegeversicherung komplizierter als im SGB V eine Sicherstellung verpflichtend, da die Eigenbeteiligung in der Finanzierung mitzudenken ist.

Das Versorgungsmanagement und die Koordinationsleistungen sollten aber auch durch Einbezug der Leistungen nach dem SGB V gestärkt werden, d. h.

- das Entlassmanagement nach § 39 SGB V und das Versorgungsmanagement in § 11 SGB V stärken und effektiv nutzen,
- die Kooperation von SGB V Koordinationsleistungen mit den Leistungen nach § 7a SGB XI Pflegeberatung enger zu verzahnen.

Personalentwicklung und Pflegenotstand

Im Pflegesektor herrscht ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften. Je nach Schätzung fehlen bis zu 100.000 Pflegekräfte. Die aktuell forcierte Gewinnung von ausländischen Fachkräften kann nur eine Teillösung sein. Das niedrigere Gehalt in der Pflege nach SGB XI führt zu einem Sog zur Pflege in der Behandlung nach SGB V. Für die ambulante Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist nicht ausreichend Personal vorhanden oder die Finanzierung überschreitet die finanziellen Ressourcen der Betroffenen und deren Angehörigen, dies führt zu Heimeinweisungen. Die grundsätzlich zu unterstützende Fachkraftquote verhindert Einsatz von Pflegehelfenden in der ambulanten Pflege nach SGB XI.

In Bezug auf diesen Pflegenotstand hat sich bisher kein gesellschaftlicher Protest »auf der Straße« gezeigt.

Handlungsbedarf- und -ansätze

In der Demenzallianz wurde auf die *Konzertierte Aktion Pflege* in Bezug auf den Pflegenotstand gesetzt, ähnliches ist in der Demenzstrategie zu erwarten. Zielsetzung der *Konzertierten Aktion* sind die Steigerung der Ausbildungszahlen, höhere Löhne für beruflich Pflegende, eine verbesserte und

am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, mehr qualifizierte Pflegekräfte aus dem Ausland, mehr Gesundheitsförderung, mehr Entlastung durch Digitalisierung und mehr Verantwortung für Pflegefachpersonen.

Eine bessere Bezahlung und attraktivere Rahmenbedingungen hängen sehr eng mit den ökonomischen Ressourcen in der Pflege bzw. in der Pflegeversicherung zusammen.

Inwieweit mehr Geld ins System durch Bürgerversicherung hier eine Lösung bietet, wurde in der Arbeitsgruppe unterschiedlich bewertet. Die bisher privat Versicherten müssten dann mitversorgt werden.

Mehr Steuergelder in den Pflegesektor zu transferieren, würde Entlastung bringen. Hier gibt es auch zustimmende Signale aus dem politischen Raum, wird aber auch von den ökonomischen Rahmenbedingen abhängen.

Im DAK Pflegereport sind mögliche Zuschüsse durch Steuergelder mit Zahlen hinterlegt worden. Dort sind mit einer schrittweisen Erhöhung auf bis 18 Milliarden jährlich bis 2040 Steuerzuschüsse kalkuliert, um eine Deckelung der Eigenanteile zu erreichen. Sozialpolitisch bleibt die offene Frage, inwieweit die Pflegeversicherung perspektivisch zu einer Vollkaskoversicherung werden soll. Dies würde noch weitere Steuergelder erforderlich machen. Wird die Pflege durch Steuergelder komplett finanziert, entfallen die Versicherungsbeiträge.

Neben der Stärkung der Finanzmittel werden die Stärkung des Einsatzes anderer Berufsgruppen und von Pflegehilfskräften sowie der Ausbau der Betreuungsleistungen zur Entlastung der Pflege als weitere Beiträge zur Minderung des Pflegenotstandes diskutiert. Angesichts der Tatsache, dass die geburtenstarken Jahrgänge die Zahl der Pflegbedürftigen vermutlich noch erhöhen wird, werden nur eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen und eine drastische Erhöhung der Finanzmittel eine spürbare Entlastung bringen können.

Grundsätzlich nachzudenken ist auch über einen gesetzlich verankerten Sicherstellungauftrag für pflegerische Dienstleistungen.

Pflegeexperten prophezeien in zwei Jahren für ganz Deutschland eklatante Versorgungsmängel im ambulanten Bereich.

Angehörige stärken

Die Bedeutung der Angehörigen ist gar nicht hoch genug einzuschätzen. 75 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, davon 50 % allein von den Angehörigen zu Hause versorgt. Angehörige finden keine ambulanten Pflegedienste mehr, trotz 20 % mehr Pflegedienst in den letzten 10 Jahren. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass pflegende Angehörige sich oft zu spät Unterstützung einholen. Durch die Überforderung der Angehörigen nehmen Klinikeinweisungen zu. Zudem müssen Angehörige bei einem hohen ambulanter Pflegeaufwand einen hohen Eigenanteil aufbringen. Nicht wenige Angehörige erkranken selbst, nicht selten wirkt sich die Belastungssituation krankheitsfördernd aus – somatisch und psychisch. Für zu Pflegende mit schweren Verhaltensauffälligkeiten bzw. fremdaggressivem Verhalten reicht teilweise eine Pflegekraft allein nicht aus.

Viele Angehörige haben nicht gelernt, sich helfen zu lassen, müssen dies erst lernen. Hilfe zu verordnen, hilft oft nicht. Mit Hilfe annehmen ist nicht selten ein Gefühl der Herabwürdigung verbunden.

Handlungsbedarf und -ansätze

Hilfreich wäre eine weitere Stärkung der Angehörigenschulung. Gefragt sind kreative Ideen und innovative Ansätze, um Angehörige auch zur Schulung zu motivieren. Das Projekt »Gelassen, nicht allein gelassen« der Alzheimergesellschaft NRW hat hier positive Ergebnisse in Bezug auf Angehörigenstärkung erreichen können.

Ein Lösungsansatz wäre auch der Ausbau der gemeinsamen medizinischen Rehabilitationsmöglichkeiten für die Demenerkrankten selbst und die Hauptpflegeperson, wie es zurzeit nur in Bad Aibling möglich ist.

Zu überlegen wäre auch eine Festschreibung, dass mit jedem Pflegegeldantrag eine Pflichtschulung, nicht nur eine Beratung, verbunden ist. Auch im Betreuungsbereich muss in der Schulung die Angehörigenstärkung aufgenommen werden.

Für Pflegezeiten sollten zudem staatlich finanzierte Lohnersatzleistung wie Elternzeit möglich sein.

Auch die bereits angeführten Präventionsleistungen nach § 20 ff SGB V sollten Angehörigen regelhaft zur Verfügung stehen bzw. angeboten werden.

Symposium 4: Qualität als Maßstab – Qualitätssicherung in der Forensik

Einleitung

Dyrk Zedlick

Die APK beschäftigt sich schon seit mehreren Jahren immer wieder auch mit den Problemlagen in der Forensik und hat nicht zuletzt aktiv die Treffen der Verbände im Kontaktgespräch Psychiatrie von 2015 bis 2017 über den Zustand und die Entwicklungsbedarfe des psychiatrischen Maßregelvollzuges unterstützt. Als Ergebnis dieses Diskussionsprozesses entstand 2018 das Positionspapier der beteiligten Psychiatrieverbände »Forderungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs und des Maßregelrechts«.

Um den aktuellem Diskussionsprozess weiter zu unterstützen, hat sich die APK auf ihrer Jahrestagung 2019 dem Thema mit einem Symposium und zwei anschließenden Arbeitsgruppen zum einen zur Reform im Maßregelvollzugsrecht mit Schwerpunkt auf den Bereich des Paragraphen 63 und zum anderen zu den Reformentwicklungen zur Maßregel nach Paragraph 64 Strafgesetzbuch (StGB) gewidmet. Einzelne Beiträge des Symposiums sind nachfolgend wiedergegeben wie auch die Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitsgruppe zum Reformbedarf des Paragrafen 64 und der Arbeitsgruppe mit dem Schwerunkt der Qualitätssicherung der Maßregel nach Paragraph 63. Die lebhaften Diskussionen auf dem Tagungssymposium und in den beiden Arbeitsgruppen haben gezeigt, dass das Thema Forensik weiterhin ein Schwerpunktthema der APK bleiben sollte und dazu ermutigt, den Diskussionsprozess über die Forderungen der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie mit den verschiedenen zuständigen Ministerien fortzuführen.

Gesprächsrunde:

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Michael Konrad

Ich bin jetzt seit zwei Jahren im Ministerium und ansonsten mein halbes Leben in der psychiatrischen Versorgung gewesen. Ich war lange Jahre Leiter des Bereichs Wohnen im ZfP Südwürttemberg und in den letzten 15 Jahren Sprecher des gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Ich bin sehr frühzeitig und das war damals noch ungewöhnlich mit der Forensik in Verbindung gekommen. Der Vorgänger von Herrn Frank hatte mich damals angesprochen, ob der Heimbereich nicht auch einen forensischen Patienten aufnehmen könnte. Zunächst habe ich gestutzt und dann war es für mich fachlich klar und daraus wurde ein Erfolgsmodell. Es ist gelungen, ca. 100 ehemalige forensische Patienten in der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu integrieren und dort nicht etwa in geschlossenen Heimen, sondern im Laufe der Zeit sogar vorrangig im ambulant betreuten Wohnen. Wir haben Ergebnisse einer Studie in der Psychiatrischen Praxis 2011 veröffentlicht aus der hervorging, dass die langfristige Integration insbesondere schizophrener forensischer Patienten erfolgreich praktiziert werden konnte. Das war eine ausgesprochen wichtige Bestätigung wie auch die Erfahrung meiner vorwiegend weiblichen Mitarbeitenden, die irgendwann mal gesagt haben, wir nehmen eigentlich am liebsten die forensischen Patienten, weil die so gut vorbereitet sind.

Und das scheint mir ausgesprochen wichtig, wenn ich jetzt zu dem komme, was das Ministerium im Moment beschäftigt. Da ist zunächst einmal die Tatsache, dass die Zahlen auch in Baden-Württemberg ansteigen. Grundsätzlich ist Baden-Württemberg auf einem niedrigen Niveau und konnte das auch lange halten. Aktuell ist dem nicht mehr so, nicht mal mehr in der Weissenau. Dies betrifft insbesondere den Bereich des § 64 StGB.

Ich kann da sehr gut andocken, dass wie von Norbert Konrad formuliert, die Menschen im Gefängnis, also im Strafvollzug, auch behandelt werden müssen. Nach der UN-Behindertenrechtskonvention haben sie ein Recht auf Behandlung. Im Vordergrund muss stehen, wie verbessern wir die Behandlung auf den unterschiedlichen Ebenen. Ich halte nach wie vor den Maßregelvollzug für erforderlich, auch im Bereich des § 64, aber es muss eine entsprechende Qualität haben. Es hat mich sehr berührt, als vor einem halben Jahr eine

Petition von 64er Patienten aus Weinsberg kam. Darin wurde dieses Milieu beschrieben, das entstanden ist, durch das Hochschaukeln von Entweichungen und darauffolgenden Sicherungsmaßnahmen. Das sei nicht das Milieu, in dem entsprechend behandelt werden könnte, so die Petition.

Es ist eine spannende Frage nach dem notwendigen Personal. Das Ministerium hat auch im neuen Finanzhaushalt eingebracht, dass hier nachgebessert wird. Aber da kommt man an Grenzen – auch in einem grünen Ministerium. Auch die grüne Finanzministerin sieht das Geld. Aber das hauptsächlich zu Erreichende ist, dass es weniger Patienten werden oder dass diese nicht mehr eingewiesen werden. Deswegen ist auch die Arbeit am § 64 StGB so wichtig. Die antiquierte Bezeichnung, die Terminologie, dass man noch von »Entziehungsanstalten« spricht, ist für mich nicht nachvollziehbar. Das hat nichts mit moderner Behandlung zu tun. Wir müssen die Behandlung verbessern und deswegen ist auch der Begriff des »Hangs« abzuschaffen. Es muss eine psychiatrische Diagnose sein.

Aber es geht im Grundsatz vorrangig um die Gefährlichkeit. Das finde ich eine ausgesprochen wichtige Frage. Und da haben wir durchaus Ergebnisse aus unserer damaligen Studie. Diese zeigt, dass leidglich 30 % der ehemals forensisch untergebrachten im Vergleich zu 10 % der niemals forensisch untergebrachten Klienten und Klientinnen aggressive Handlungen hervorbrachten. Noch praxisrelevanter war jedoch das Ergebnis, dass fünf Jahre nach der Entlassung aus der Forensik in die gemeindepsychiatrische Versorgung vor allem verbalaggressive Handlungen gezeigt wurden, während (geringfügige) Tätlichkeiten nur einen sehr kleinen Anteil ausmachte. Das Entscheidende war, dass die Mitarbeitenden in der Phase nach der Entlassung auch mit geringfügigen Tätlichkeiten in fachlich gebotener Weise umgehen konnten, so dass kein ehemaliger forensischer Patient in die Forensik zurückkehren musste. Dieser Befund spricht aus meiner Sicht sehr für die integrative Wohnbetreuung ehemaliger forensischer Patienten anstatt der Schaffung von Sonderformen für diese Klientel.

Letztendlich ist für mich das Entscheidende, der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) oder die Gemeindepsychiatrie ist in der Pflicht. Da haben wir eine rechtliche Bruch- oder Schnittstelle. Wir kommen vom Strafrecht zum Sozialrecht. Und im Sozialrecht geht es bei diesem Personenkreis nicht mehr in erster Linie um Behandlung, sondern um Rehabilitation. Und damit befinden wir uns in der zentralen Thematik des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und der Erneuerung des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Zumindest bei den forensischen Pati-

entinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen kann von einer wesentlichen Behinderung und damit von dem Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe ausgegangen werden. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden seit 01.01.2020 personenzentriert, d. h. nach individuellem Hilfebedarf erbracht.

Das ist aus meiner Sicht insbesondere für ehemalige forensische Patienten und Patientinnen das entscheidend Wichtige. Ich kenne viele Beispiele, bei denen es ausreicht, sich regelmäßig zu sehen und die weitere Alltagsgestaltung neu zu navigieren, aber es geht auch immer wieder darum, klare Grenzen zu setzen. Auch wenn die Betroffenen bei der Gestaltung der Leistung einbezogen werden, bedeutet das nicht, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe ein Wunschkonzert darzustellen. In dieser Hinsicht ist die Gemeindepsychiatrie in Bezug auf forensische Patienten noch nicht gut vorbereitet. Ich kann mich an einen Klienten erinnern, der hatte die Chance, einen Arbeitsplatz zu bekommen, für den er jedoch hätte wegziehen müssen. Die zuständige Sozialarbeiterin sah darin einen großen Erfolg der Wohngruppe, aber die Geschäftsbereichsleitungen Wohnen mussten nach Absprache mit dem forensischen Chefarzt intervenieren. Die fachliche Einschätzung der Forensik ging eindeutig dahin, dass der Klient noch nicht so weit war, was sich kurze Zeit später auch bestätigt hat. Diese Grenzsetzungen fallen der Gemeindepsychiatrie relativ schwer und insofern wirkt sich momentan das Bundesteilhabegesetz kontraproduktiv aus. Da steht, den Wünschen der leistungsberechtigten Person ist zu entsprechen und niemand liest dann den Passus »wenn sie angemessen sind«. Ganz entscheidend ist daher, dass die fachliche Kooperation zwischen Justiz, Sozial- und Gesundheitsbereich bei den Entscheidungen im Rehabilitationsprozess verstärkt werden muss.

Literatur:

Konrad, M., Flammer, E. Frank, U.G. (2011): Die Versorgung ehemaliger forensischer Patienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Auswertung einer Basisdokumentation aus zwei Landkreisen. Psychiat.Prax, 38, 376-381

Arbeitskreis Forensik der Bundesdirektorenkonferenz (BDK)

Jutta Muysers

Ich bin Ärztliche Direktorin der LVL-Klinik Langenfeld, dort nicht nur für den Maßregelvollzug zuständig, sondern als Ärztliche Direktorin auch für die Allgemeinpsychiatrie. Insofern bin ich in beiden Feldern tätig – allerdings chefärztlich verantwortlich für den Bereich Forensik. Aktuell bin auch Sprecherin des AK Forensik in der Bundesdirekorenkonferenz. Ich beschränke mich in Bezug auf die Tagungsthematik auf die Unterbringung gemäß § 63 Strafgesetzbuch (StGB).

Was sind aktuelle Themen in der Unterbringung nach § 63 StGB?

Es fängt mit den Zuweisungen an. Wir haben bundesweit einen massiven Anstieg von § 126 a-Unterbringungen zu verzeichnen. Das sind die Unterbringungen adäquat Untersuchungshaft noch vor Verurteilung und vor Unterbringung und alles Patienten, die Kontakt zum psychiatrischen System, teilweise auch schon zum juristischen System gehabt haben. Hintergrund ist oft eine Vorverurteilung, zur Bewährung entlassen, Medikamente nicht genommen, Drogen konsumiert, ein Delikt begangen, Sitzen im Maßregelvollzug. Das ist hier der klassische Patient. Bei der hier zu verzeichnenden immensen Zunahme wäre eine wichtige Frage, wo haben da eigentlich auch andere Dinge vorab versagt? Diese Zunahme führt dazu, dass bundesweit im Moment wieder die psychiatrischen Maßregelvollzugskliniken überwiegend überfüllt sind. Wir werden in naher Zukunft im Rahmen des Arbeitskreis Forensik der Bundesdirektorenkonferezen auch noch mal die aktuelle Datenlage zusammentragen.

Was gilt, wenn man Patient im Maßregelvollzug ist, wenn man verurteilt ist und einen Unterbringungsbeschluss nach § 63 StGB hat? Die Behandlungsstandards, die Herr Konrad in seinem Beitrag ausgeführt hat, sind vor der Novellierung des § 63 StGB entstanden. Durch die Gesetzesnovellierung ist vorgeschrieben worden, dass man sich sehr viel mehr darauf konzentrieren muss, was wir tun und in welcher Frequenz wir etwas tun. Und was tun wir vor allen Dingen dafür, dass ein Patient auch entlassen werden kann oder sich zumindest so bessert, dass er auf den Weg der Entlassung gebracht werden kann?

Ein massives Problem bei der Gesetzesänderung ist aber, dass die Gutachtenfrequenz dermaßen erhöht wurde, dass man Gefahr läuft, dass ab sechs Jahre Unterbringung alle zwei Jahre ein Gutachten erforderlich ist.

Das Gutachen muss rechtzeitig in Auftrag gegeben werden, und es besteht die Gefahr, dass alle nur noch auf den Eingang des nächsten Gutachtens warten. Problematisch ist zudem, dass es überhaupt nicht so viele Gutachter gibt. Jeder, der damit befasst ist, steht nicht selten vor der Situation, dass es ist überhaupt nicht mehr zu schaffen ist. Und der Fokus ist wieder verlagert worden auf ein Gutachten und nicht auf Fragen der Qualität.

In der Gesetzesänderung sind kaum Aussagen zur Behandlung zu finden und insbesondere ist auch nichts zu Personalstandards enthalten. Das ist ein großes Manko. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Forensik gibt es zwar, aber die Budgetsteuerung konterkariert teilweise Berechnungen. Und wenn sich jetzt die Personalbemessungsgrundlage für die Allgemeinpsychiatrie verändern wird, gibt es keinerlei Grundlage mehr für die Forensik. Das wird eine der zukünftige Herausforderungen sein.

Ein drittes Problem im Maßregelvollzug ist, dass im Zuge von spektakulären Ereignissen überall umfangreiche Sicherungsmaßnahmen entstanden sind, die nur bedingt notwendig sind. Auf den ganzen Klinikgeländen gibt es mittlerweile hochgesicherte Trakte. Und wenn man sich anschaut, wie viele Patienten wirklich so gefährlich bzw. als ausbruchsgefährdet einzuschätzen sind, dann ist das eine ganz ganz geringe Anzahl. Alles andere sind Patienten und zunehmend schizophrene Patienten, die man letztlich gut behandeln kann, wenn sie sich denn dazu bereit erklären.

Letztes Problem ist dann: Wie gestaltet sich die Entlassung? Im Rahmen der Gesetzesnovellierung ist die Entlassung nach Verhältnismäßigkeit geregelt worden. Letztendlich ist mit solch einer Entlassung, die nicht mehr auf einer positiven Prognose beruht, die Aussage getroffen: jetzt ist hier genug abgesessen worden. Dann geht der oder diejenige raus und dies erfolgt dann ohne Bewährungsauflagen. Diese Patienten erhalten aber dennoch eine Weisung, sich in der forensischen Ambulanz vorzustellen. Und niemand hat darüber nachgedacht, dass jetzt in der Folge kurzfristig sehr viele Patienten entlassen werden, aber es gibt überhaupt keine Standards bzw. Kapazitäten für die forensischen Nachsorge-Ambulanzen, die eigentlich sehr viel Erfahrung in der Begleitung vom Patienten nach draußen haben. So haben wir stationsäquivalente Behandlung oder HomeTreatment eigentlich in den forensischen Nachsorge-Ambulanzen schon immer gemacht, und dafür gibt es aber viel zu wenig Kapazitäten.

Die Frage in Bezug auf die Reduzierung der Gefährlichkeit auf ein sozial verträgliches Maß und wer dieses Maß bestimmt kann ich einfach beantworten. Erstens muss die Schwere ein Jurist einschätzen. Das ist die

Strafvollstreckungskammer oder der Unterbringungsrichter. Letzerer muss eine Aussage zu Schwere treffen. Wenn die weitere Unterbringung ab einer gewissen Anzahl von Jahren quasi vorgeschlagen werden soll, ist die prognostische Sicht des Gutachters, der Gutachterin und die psychiatrische Sicht der behandelnden Klinik ausschlaggebend. Da muss die Klinik detailiert sagen: Was ist zu erwarten? Was wird er tun? Und es wird auch erwartet, dass wir das sehr sehr genau beschreiben: z. B. wird er eine Flasche in die Hand nehmen und jemandem auf den Kopf hauen oder wird er nur jemanden stoßen oder klaut er ein Paar Socken oder eine CD. Dann ist sehr schnell erkennbar, das mit der Flasche wäre schon sehr gefährlich, alles andere ist vielleicht nicht so gefährlich. Die sich daran anschließende Frage – so schwierig das ist – müssen wir dann auch noch beantworten: Unter welchen Umständen tut er das? Wie schnell tut er das im Falle einer Entlassung? Und was kann man in der Unterbringung oder auch außerhalb einer Unterbringung dagegen unternehmen? Die Beantwortung dieser Fragen wird gefordert. Und wenn Sie das nicht leisten, dann werden etwa Zusatzfragen gestellt oder ein weiterer Gutachter bestellt.

In Bezug auf die Frage, was wir in der Klinik tun können zur Reduzierung der Gefährlichkeit, sind die Personalstandards ganz entscheidend. Die Personalstandards sind in den Ländern unterschiedlich deklariert, z. B PsychPV Forensik , PsychPV Baden-Württemberg, oder PsychPV Ernst & Young, eine uralte Untersuchung, die Ernst & Young mal gemacht hat. Diese kommen aber alle ungefähr auf die gleichen Zahlen. Wenn diese Standards erfüllt wären und das Personal regelmäßig fortgebildet werden kann, Supervision und Personalentwicklung gewährleistet ist, dann wären wir sehr wohl auch in der Lage, individuell zugeschnittene Behandlungsmaßnahmen oder auch gruppentherapeutische Maßnahmen für jede Patientin und jeden Patienten durchzuführen. Das ist jedoch flächendeckend nicht mehr gegeben.

Mit den angesprochenen Problembereichen der Isolierung und Zwangsbehandlung von Patientinnen und Patienten sind für uns tagtägliche Herausforderungen verbunden. Das sind zum Teil Patientinnen und Patienten, bei denen ganz ganz schwer festzustellen ist, wie ist das mit dem freien Willen, der Selbstbestimmungsfähigkeit? Und dann kommt die deutliche Botschaft: »Ich will nicht behandelt werden«. Und ich kann aktuell von einem persönlichkeitsgestörten Patienten – wenn ich diese Diagnose sagen darf – in der Isolierung berichten. Der ist zu uns gekommen, hat drei Mitarbeiter zusammengeschlagen und hat aus der erfolgten Isolierung heraus gesagt: Wenn Ihr mich hier rausholt, schlage ich wieder zu. Ich nehme jeden Tipp gerne

entgegen, was ich da tun soll. Das ist ein dauerisolierter Patient. Der quält meine Mitarbeiter jeden Tag. Die sagen: »Das geht doch nicht. Wir haben dem Angebote gemacht, welcher Art auch immer. Er nimmt sie nicht an; Er sagt: ›Ich will das nicht. Entweder bringe ich mich um oder ich schlage Euch alle zusammen‹«. Wenn Sie mir irgendeinen Tipp geben, wie anders damit umzugehen wäre, nehme ich den gerne mit.

Abschließend kann ich unabhängig von den rechtlichen Rahmenbedingungen sagen, dass wir die Patientinnen und Patienten bekommen sollten, die wir auch behandeln können. Und dann können wir erfolgreich sein in der Behandlung, das haben wir gezeigt.

Fachausschuss Forensik der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP)

Heinz Kammeier

Es ist jetzt nicht einfach, nach diesen vielen Praxisberichten, die aber auch auf die fachliche Entwicklung der letzten Jahre hingewiesen haben, auf die abstrakte Ebene des juristischen Blickwinkels überzugehen. Ich werde zunächst einige markante Punkte der Rechtsentwicklung, Rechtsprechung aber auch der Gesetzgebungsentwicklung der letzten Jahre in Erinnerung bringen.

Nehmen wir das Stichwort »2006 Föderalismusreform I«. Im Jahr 2006 ging die Zuständigkeit für die Regelung des Strafvollzugs, des Sicherungsverwahrungsvollzugs wie aller anderen Vollzüge, insbesondere aber auch des Maßregelvollzugs in die Zuständigkeit der Länder über. Etwas später hatte sich im Zusammenhang mit der Geschichte um Gustl Mollath, also etwa um 2010 – 2013, das Bundesverfassungsgericht mehrfach mit der Frage der Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug zu befassen und dazu Entscheidungen zu treffen. Ich bringe diese beiden Aspekte zusammen, weil seitdem klarer geworden ist, dass zwei Rechtssysteme miteinander konkurrieren, die zumindest auf der Landesebene harmonisiert werden müssen, da das Vollstreckungsrecht Bundesrecht ist.

Die Vollstreckung ist eine Sache, die der Bund geregelt hat, und zwar nur in Bezug auf die Dauer der Unterbringung, also auf die Dauer der staatlichen Freiheitseingrenzung. Die Sache des Vollzugs war bis 2006 Bundesangelegenheit. Der Bund hat es aber nach seinem Strafvollzugsgesetz von 1977 nicht geschafft, auch den Maßregelvollzug zu normieren. Deshalb sind ab den 1980er Jahren die Länder eingesprungen, haben eigene Maßregelvollzugsgesetze erlassen bzw. in ihren Psychisch-Kranken-Gesetzen entsprechende Regelungen getroffen. Seit 2006 ist also klar, dass alles, was nach der Rechtskraft einer Unterbringungsanordnung erfolgt, Sache der Länder ist. Und dabei geht es jetzt weniger um die Dauer des Vollzugs, sondern um die Frage des Freiheitseingriffs, der Intensität des Freiheitseingriffs und was in diesem Zusammenhang geschehen soll, geschehen darf oder auch nicht geschehen soll oder aus welchen Gründen auch immer faktisch nicht geschieht – wegen fehlender personeller oder finanzieller Ressourcen. Das heißt also, die Länder stehen jetzt mit den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Unverhältnismäßigkeit und mit der Änderung im Jahr 2016 im Vollstreckungsrecht vor der Situation, dass nach sechs Jahren Dauer

der Unterbringung die erste große Schwelle kommt und die Notwendigkeit der Fortdauer der Unterbringung noch deutlicher begründet werden muss als vorher.

Klar ist aber auch, dass der Freiheitseingriff in der psychiatrischen Maßregel von Anfang an im Hinblick auf seine Intensität begründungspflichtig ist.

Jetzt muss ich noch mal auf das Bundesverfassungsgericht und dessen Rechtsprechung im Bereich der Sicherungsverwahrung zurückgreifen. In den Jahren 2006 – 2011 gab es Konflikte zwischen der Bundesrepublik Deutschland, dem Verfassungsgericht und dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Konfliktpunkte waren die Möglichkeiten der verschiedenen Formen, die Sicherungsverwahrung in Deutschland zu gestalten, nachträglich zu verlängern, die vorbehaltene Sicherungsverwahrung und die nachträgliche Sicherungsverwahrung anzuordnen. Ich kann das Ganze jetzt nicht nachzeichnen, aber das Ergebnis war, dass das Bundesverfassungsgericht die bestehenden Regelungen der Sicherungsverwahrung verworfen und der Bundesgesetzgeber die Sicherungsverwahrung neu gestaltet hat. Ein entscheidendes Stichwort hat in der Folge dieser rechtlichen Auseinandersetzung das Bundesverfassungsgericht gegeben und gesagt, die Sicherungsverwahrung stellt einen Freiheitseingriff dar, der über den schuldangemessenen Strafvollzug hinausgeht. Damit bedeutet er für den davon Betroffenen ein Sonderopfer. Und aus dieser anderen rechtlichen Begründung des Freiheitsentzugs in der Sicherungsverwahrung folgt die Forderung nach einem Abstandsgebot zum Strafvollzug. Das heißt also, wenn jemand seine Strafe »abgesessen« hat, Schuld gebüßt hat, wird verlangt, dass der dann folgende Freiheitseingriff in der Sicherungsverwahrung inhaltlich anders zu gestalten ist als im Strafvollzug.

Und da auch die psychiatrische Maßregel wie die Sicherungsverwahrung eine freiheitsentziehende Maßregel ist, trifft dieses Diktum des Abstandsgebotes und der anderen Begründung des Freiheitseingriffs auch auf die psychiatrische Maßregel zu. Das hat dann zur Konsequenz – ich habe es einmal in einem Gutachten so ausgedrückt -, dass man bei der psychiatrischen Maßregel eigentlich nicht mehr vom Abstandsgebot, sondern vom *Unterscheidungsgebot* zum Strafvollzug reden müsste. Der Anlass für die psychiatrische Maßregel, vor allen Dingen bei der Unterbringung nach den §§ 20, 63 StGB trifft jemanden, der zur Tatzeit schuldunfähig war, während der Mensch, bei dem Sicherungsverwahrung angeordnet wird, zur Tatzeit noch als schuldfähig gilt. Und als Konsequenz dieses Unterschieds hat das

Oberlandesgericht Hamm betont, dass in der psychiatrischen Maßregel ein besonders schweres Sonderopfer erbracht wird.

Und wenn ich nach diesen aufgezeigten Veränderungen, die den Freiheitseingriff jeweils besonders begründen müssen, zu den Gestaltungen des je besonderen Vollzugs der Maßregeln komme, heißt das, ich muss im Grunde stärker differenzieren hinsichtlich der Gefährlichkeit der untergebrachten Person. Danach ist auch der Freiheitseingriff – jetzt auf der Landesebene im Vollzugsrecht und dann in der Praxis – deutlicher zu differenzieren und nicht mit dem Strafvollzug gleichzusetzen. Für den Vollzug der psychiatrischen Maßregel kann nicht gelten: Erst mal wird jeder geschlossen untergebracht, und dann nach zwei, drei, vier, fünf oder noch mehr Jahren macht man sich Gedanken darüber, wie der Vollzug gelockert werden könnte. Es geht um ein Maß des Freiheitseingriffs, das mit der Rechtskraft der Unterbringungsanordnung festzusetzen, und wenn die Gefährlichkeit der untergebrachten Person abnimmt, zu reduzieren ist. Dies ist einfach eine verwaltungsrechtliche Tatsache, die der Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit entspricht, weil der Vollzug der Maßregel dem Verwaltungsrecht entspricht. Dabei kann das Maß des Freiheitseingriffs aber auch erhöht werden, wenn sich neue Symptome und Verhaltensweisen zeigen, die auf eine erhöhte Gefährlichkeit hinweisen. Die Bestimmung des Maßes des Freiheitseingriffs folgt also einem beweglichen Verfahren.

Ein zweiter wichtiger Aspekt ist darin zu sehen, dass vor allen Dingen durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 zur nur noch eingeschränkt zulässigen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug und im Zusammenhang mit der UN-BRK deutlich geworden ist, dass Behandlung nur ein Angebot sein kann. Und jedenfalls nicht mehr – von Ausnahmefällen abgesehen – unter der Vorgabe von Fürsorgegesichtspunkten eine untergebrachte Person selbstverständlich zu behandeln ist. Dies entspricht weitgehend auch der Intention der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs). Behandlung kann nur noch ein Angebot sein, das nachhaltig wirken und für dessen Annahme eindrücklich geworben werden soll. Jedenfalls besteht für den Betroffenen auf der Grundlage der Beachtung seines Selbstbestimmungsrechts keine Verpflichtung, in eine nicht gewollte Behandlung einzuwilligen. Nach dieser Vorgabe haben inzwischen das Bundesverfassungsgericht und mehrere Oberlandesgerichte betont, die Dauer des Maßregelvollzugs, also dessen Ende, könne nicht allein an Behandlungserfolge geknüpft werden, sondern an die Veränderung des Gefährlichkeitszustandes des Betroffenen.

So sehr eben die Führungsaussicht oder Alternativen zur stationären Unterbringung von anderen Rednern gelobt wurden, ist meinerseits deutlich darauf hinzuweisen, dass der Bereich der Führungsaufsicht nicht zum landesrechtlichen Rechtsbereich des Maßregelvollzugs gehört, sondern zur Justizverwaltung. Das ist auch bundesrechtlich so vorgegeben. Jemand, der aus der Maßregel entlassen wird, ist frei und unterliegt nicht mehr einer freiheitsentziehenden Maßregel, sondern nur noch eingeschränkt den staatlichen Weisungen. Und er gehört in den Bereich des Justizvollzugs, mindestens was den Normtatbestand betrifft. Diese Rechtszuordnung macht es allerdings an vielen Stellen schwierig, einen aus therapeutischer Sicht sicherlich richtigen gleitenden Übergang von geschlossenen zu offenen Unterbringungen problemlos hinzubekommen. Ich habe einmal in einem anderen Zusammenhang formuliert, dass die Dauer des Maßregelvollzugs für mich als Jurist eigentlich gar nicht das entscheidende Problem ist. Ob jemand sechs oder zehn Jahre oder gar 25 Jahre mit Freiheitsbeschränkungen belegt ist, diese Dauerhaftigkeit könnte ich mir bei manchen untergebrachten Personen, die mir noch aus meiner Zeit, als ich selbst in der Forensik gearbeitet habe, so vor Augen stehen, durchaus vorstellen. Allerdings ist die Frage der Eingriffsintensität und der niedrigen Schwelle das Entscheidende. Ich habe Menschen im Maßregelvollzug vor Augen, die müssten vielleicht 20 Jahre »begleitet« werden. Aber bei ihnen würde es reichen, wenn alle drei bis vier Wochen ein Sozialarbeiter zu ihnen herausführen, schaut und nachfragt: »Heinrich, wie geht's Dir? Ist denn auch alles in Ordnung?« Oder »Du kannst mich anrufen, wenn bei dir Schwierigkeiten aufgetreten sind.« Also, die Frage der Niedrigschwelligkeit ist das entscheidende Problem.

Im Unterschied zur Artikelüberschrift im Strafgesetzbuch »Maßregeln der Besserung und Sicherung«, die in dieser Reihenfolge den Jahren 1969/1975 ins Gesetz gekommen ist, muss man im Rahmen der aktuellen Rechtsentwicklung sagen, die Maßregel des § 63 StGB dient in erster Linie dem Schutz der Allgemeinheit bzw. deren Sicherheit. Und innerhalb dieses Systems zum Schutz und zur Sicherheit der Allgemeinheit sind Behandlungen anzubieten. Von daher kann ich nur sagen, es gibt sicherlich eine ganze Reihe von Menschen – zehn, zwanzig, dreißig in der Republik oder wie viele es auch immer sein mögen –, die so extrem gefährlich sind, dass der Schutz der Allgemeinheit verlangt, bei ihnen massive Maßnahmen zur Sicherung vorzunehmen. Ich glaube, diese Feststellung bedarf keiner weiteren Diskussion. Da ist vor Ort zu schauen, wie das unter menschenwürdigen Gesichtspunkten zu gestalten ist. Ich glaube aber, am ehesten dreht sich die Diskussion im 63er

Bereich um viele andere Patientinnen und Patienten, die den faktisch von ihnen erfahrenen Sicherungsgrad in diesem Maße und in dieser Dauer so nicht brauchen. Die Gesellschaft hat einen Schutzanspruch, aber der muss differenziert erfüllt werden. Und wer innerhalb einer solchen Schutzmaßnahme behandlungsbedürftig und vor allen Dingen behandlungswillig ist, der muss das ihm entsprechende Behandlungsangebot auch bekommen, und das muss ggf. rechtlich durchsetzbar sein.

Ich bin überzeugt, dies ist der Punkt, an dem man über Veränderung, normativer Veränderungen, vor allen Dingen aber auch Veränderung der Haltung, der Praxis und meinetwegen auch der finanziellen Steuerung sowie über verschiedene Systeme nachdenken muss. Erforderlich ist in diesem Zusammenhang auch, weiter zunehmend dahin zu kommen, zwischen Krankheit und Gefährlichkeit zu unterscheiden. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Unterscheidung in den letzten Jahren ebenfalls deutlicher als früher herausgearbeitet.

Zwangsbehandlung ist ein Aspekt, der unter Behandlungsgesichtspunkten und unter ärztlicher Dominanz steht, während das Bundesverfassungsgericht bei der Fixierungsentscheidung sehr deutlich gesagt hat, dass die Fixierung eine Sicherungsmaßnahme darstellt. Da geht es dann um Freiheitseingriffe, die sachlich etwas anderes sind als Zwangsmaßnahmen mit einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und in das Selbstbestimmungsrecht. Diese Differenzierung ist jetzt verfassungsrechtlich vielleicht ein wenig sehr hochgezogen, aber sie hat im Verhalten und in der normativen Ebene durchaus Konsequenzen. Die Gesellschaft muss geschützt werden, so weit, so richtig. Wenn ich aber auf die 63er Maßregel unter diesem Sicherungsaspekt sehe und die Frage der Behandlung unter einem anderen Gebotsaspekt betrachte, dann kann man auch noch einen anderen Blickwinkel einnehmen, der zum Beispiel in den Forderungen der »Verbände des Kontaktgespräch Psychiatrie« angesprochen ist. Danach ist der Begriff des »psychiatrischen Krankenhauses«, in dem jemand untergebracht wird, hin zum Verständnis von Einrichtungen zu öffnen, die geeignet und erforderlich sind, um die Sicherung einer untergebrachten Person oder deren Gefährlichkeit zu begegnen. Das kann ein Krankenhaus sein, es können aber auch eine ganze Reihe von anderen Einrichtungen bis hin zum Betreuten Wohnen sein. Denn der Begriff des »psychiatrischen Krankenhauses« im § 63 StGB ist ja keineswegs normativ definiert. Nach der Föderalismusreform des Jahres 2006, die die Vollzugsregelungen den Ländern zugeordnet hat, besteht die Chance für die Landesgesetzgeber, den Begriff »psychiatrisches Krankenhaus«

offen zu fassen, meinetwegen auch im Sinne einer gemeindepsychiatrischen Versorgung, und im Vollzugsrecht einfach nur noch von »Einrichtung« zu sprechen. Es wäre also das neu zu definieren, was der Bundesgesetzgeber bisher noch altertümlich mit dem Begriff »psychiatrisches Krankenhaus« belegt hat. Nur zur Erinnerung: In dem ersten Strafrechts-Reformgesetz von 1969 hieß es noch »psychiatrische Krankenanstalt«, dann ist dieser Begriff im Frühjahr 1973 noch mal geändert worden, bevor er 1975 als »psychiatrisches Krankenhaus« medikalisiert wurde.

Bei der hier vorgeschlagenen Neudefinition als Einrichtung ist das Entscheidende: Sie hat eine Vollzugsleitung, – und jetzt können wir noch weiter gehen und sagen, dies kann eine ärztliche Leitung sein oder wie in Nordrhein-Westfalen im jetzt gelten Recht eine therapeutische Leitung oder wie es Niedersachsen im Referentenentwurf für ein neues Maßregelvollzugsgesetz angedeutet hat, es kann auch eine juristische Leitung sein. Oder aber, man kann die Frage, welche Person bzw. welche Berufsgruppenzugehörigkeit für die Vollzugsleitung infrage kommen soll, im Grunde ganz öffnen und sagen, es kommt einfach eine qualifizierte Person als Vollzugsleitung auf diese Position, und alle anderen Dienste und Personen nehmen ihre je spezifischen Aufgaben und Funktionen wahr.

Damit ließe sich auch die Versorgung ein Stück weiter öffnen und könnte einfacher zwischen Krankheit und gefährlichem Verhalten oder Gefährlichkeit als Verhalten leichter unterscheiden.

Wenn dann auch noch die Finanzierungsregelungen geändert würden, nämlich dahingehend, dass die Behandlung von Krankheit von der GKV bezahlt wird und der Sicherungsaspekt weiterhin als Last beim Fiskus bliebe, dann wären wir noch einen Schritt weiter auf gutem Entwicklungsweg und kämen und vielleicht auch noch irgendwann einmal zur Realisierung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Maßregelvollzug.

Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg

Udo Frank

Ich leite den Zentralbereich Maßregelvollzug im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. Er umfasst drei forensische Kliniken – zwei § 63er-Kliniken, eine § 64er-Klinik, die mehr noch als die § 63er-Kliniken im Moment aus den Nähten platzt. Was ist das Problem? Die Einweisungszahlen sind regelrecht explodiert in den letzten Jahren. Entsprechend ist die Belegung enorm gestiegen und parallel dazu sind auch die Abbruchquoten weiter angestiegen. Die liegen zwischen 50 und 70 %. Und das ist natürlich dramatisch und verweist hier auf das Hauptqualitätsproblem. Wenn ein Qualitätsmerkmal ist, dass man in einem Verfahren die richtigen Leute auswählt, die für eine Behandlung in der »Entziehungsanstalt«, wie sie im Gesetz heißt, auch geeignet sind und bei denen eine hinreichend konkrete Behandlungsaussicht besteht, dann ist dieses Auswahlsystem offensichtlich wenig passgenau.

Bei den Fachleuten besteht Einigkeit, dass eine Entwicklung eingetreten ist, die erstens dadurch charakterisiert ist, dass sehr viele kommen, dass zweitens die Kliniken feststellen, es kommen zum Teil die Falschen und dass drittens der Anteil der Drogenabhängigen gestiegen ist, die voll schuldfähig waren zum Tatzeitpunkt. Das liegt daran, dass der Einweisungsparagraf – der § 64 StGB – mit Begriffen arbeitet und das Strafgesetzbuch Fehlanreize setzt, die zu dieser Entwicklung beitragen.

Einer dieser Begriffe ist der *Hang-Begriff*. Im Gesetz steht, untergebracht werden soll wer den »Hang« hat, im Übermaß alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich zu nehmen. Das ist ein unscharfer Rechtsbegriff. Fakt ist, dass bei den Inhaftierten in den Justizvollzugsanstalten 40 bis über 60 % eine Diagnose im Bereich des Suchtmittelgebrauchs hat. Dann muss man sagen, ist diese Norm nicht geeignet, trennscharf festzulegen, wer von einer solchen Behandlung profitiert, wer in Haft oder eine Klinik soll, und sie abschaffen. Vielmehr müsste man fragen, muss man nicht das ganze System umorganisieren und die Behandlung dahin bringen, wo die Leute eben inhaftiert sind?

Eine kurzfristige Maßnahme wäre, gesetzgeberisch an dem Hang-Begriff zu arbeiten. Da gibt es in der Fachdiskussion den Vorschlag, dass man stattdessen den Begriff der *Abhängigkeit* nutzt. Die Baden-Württemberg-Gruppe der Chefärzte und Chefärztinnen hat das Thema diskutiert, geht weiter und sagt, das muss eine Abhängigkeit sein, die mindestens einen gewissen

Ausprägungsgrad, eine gewisse Schwere hat. Da können wir am ehesten mit Behandlung tatsächlich Veränderungen bewirken.

Das zweite Problem ist der Fehlanreiz, der dadurch entstanden ist, dass Menschen, die parallel eine Anordnung nach § 64 StGB bekommen, theoretisch die Chance haben, früher aus dem Freiheitsentzug entlassen zu werden, nämlich bereits zum Halbstrafenzeitpunkt. Sie werden damit privilegiert gegenüber Menschen, die keinen § 64 StGB parallel angeordnet bekommen. Wenn man jetzt weiß, dass Suchtkranke, aber auch dissozial geprägte Personen – und das ist nicht moralisch zu verstehen, sondern das gehört einfach zum Bild dazu – immer auf den kurzfristigen Vorteil schauen, dann entsteht daraus ein erheblicher Fehlanreiz. Ich war gerade gestern hier in Berlin in einer Ausstellung, da waren aus dem *Lichtblick*, das ist die einzige nicht zensierte von Häftlingen gemachte Gefangenenzeitschrift, Cartoons ausgestellt. Da war ein Cartoon dabei, der das sehr markant illustriert. Da sieht man zwei Gefangene in der Zelle, die sie sich teilen. Der eine schlottert, hat offensichtlich einen Entzug und sagt: »Gib mir bitte Deine Spritze.« Sagt der andere: »Mensch, spinnst Du, Du weißt doch, dass ich AIDS habe.« Sagt der andere: »Egal!« Also da sieht man sehr treffend, dass langfristig negative Folgen keinerlei Rolle spielen, wenn es darum geht, kurzfristig einen Vorteil für sich zu erlangen, da alles andere verblasst angesichts dessen. Was verblasst nun bei denen, die sich jetzt bemühen oder es regelrecht darauf anlegen, in den 64er zu kommen? Die Hoffnung auf die Halbstrafe lässt völlig außer Blick geraten, dass Therapie nur etwas bringt, wenn ein behandelbares Störungsbild überhaupt vorliegt, dass es dann anstrengend ist und dass man sich einbringen muss. Dass es in der Therapie Frustration gibt und dass sie beendet, abgebrochen werden kann und dann in aller Regel die Endstrafe greift und danach Führungsaufsicht angeordnet wird. Das sind sehr viele, die das betrifft.

Insofern sind die Hauptforderungen an den Gesetzgeber: Änderungen der Eingangsvoraussetzungen, Abschaffung dieses Fehlanreizes. Darüber hinaus kann man viele grundsätzliche Systemfragen stellen, die kann ich hier nur anreißen. Bereits in der Hauptverhandlung wird entschieden, ob jemand in eine staatlich angeordnete Suchtbehandlung auf strafrechtlicher Grundlage kommt. Da kommen Menschen, die sich in der Hauptverhandlung mit allen Mitteln verteidigen dürfen, dazu gehört auch lügen zu dürfen, und deswegen einen Suchtmittelkonsum behaupten oder übertrieben darstellen können. Es muss hinterfragt werden, ob das weiter bestehen soll und ob voll schuldfähige Menschen mit hohen Haftstrafen überhaupt in

Kliniken gehören. Verfassungsrechtlich ist außerdem fraglich, ob eine solche Behandlung gegen den freien Willen Straffälliger angeordnet werden darf.

Personalbemessung und Finanzierung in Baden-Württemberg

Für den Staatshaushalt wird eine mittelfristige Finanzplanung erstellt. Darin wird ein Budget für den Maßregelvollzug ermittelt und festgesetzt, welche Mittel vermutlich in den Folgejahren benötigt werden. Dieses Budget wird dann im aktuellen Haushaltsjahr verteilt auf die Kliniken. Eine wesentliche Kennzahl dafür ist die Einstufung nach der Psychiatriepersonalverordnung Maßregelvollzug (PsychPV-MRV), die aus dem Jahre 1991 stammt und seither nicht angepasst wurde. Das ist von außen schwer verständlich, dass jahrzehntealte Bemessungsinstrumente verwendet werden, inhaltlich funktioniert es einigermaßen. Das Budget wird dann verteilt nach Gewichtungen; beispielsweise diese Klinik hat viele Schwerkranke zu behandeln, somit wird dieser Klinik anteilig mehr von dem Budget zugeteilt. Im Ergebnis war es in den letzten Jahren immer so, dass für die Kliniken mit dem limitierten Gesamtbudget nur ein PsychPV-Erfüllungsgrad von 85 % oder weniger erreicht wurde. In der jüngeren Vergangenheit ist das erheblich nachgearbeitet worden. Zwischenzeitlich wurde versucht, sich dem 100 %-Erfüllungsgrad anzunähern. Durch die aktuelle Hochbelegungsphase hat sich dieser Erfüllungsgrad allerdings wieder abgesenkt.

Arbeitsgruppen:

Kooperation Gemeindepsychiatrie und Forensik

Dyrk Zedlick

In der Arbeitsgruppe mit dem Schwerpunkt der Qualitätssicherung der Maßregel nach Paragraph 63 wurde in der Diskussion immer wieder die notwendige Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Versorgungslandschaft der Gemeindepsychiatrie und den Forensischen Kliniken diskutiert und konkrete Probleme auch aus der Praxis- und Betroffenensicht geschildert. Dabei wurde die Forderung aus dem Positionspapier der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie erneuert, dass Maßregelvollzug und das gemeindepsychiatrische Hilfesystem institutionsunabhängig ein gemeinsames Verantwortungsgefühl für den weiteren Behandlungs- und Betreuungsweg ihrer Klienten entwickeln müssen. Herr Kammeier, als einer der Moderatoren der Arbeitsgruppe, brachte die Idee ein, dass vielleicht ein eigener »Forensikkoordinator« die personenzentrierte Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrie strukturell unterstützen könnte. Andere Teilnehmer sahen darin aber wieder die Gefahr einer weiteren Spaltung dieser beiden Versorgungsbereiche. Mit dem Psychiatriekoordinator, dem sozialpsychiatrischen Dienst und einem Gemeindepsychiatrischen Verbund, die sich der Versorgung auch der psychisch kranken Straftäter nach deren Entlassung aus dem Maßregelvollzug verpflichtend verantwortlich fühlen, sei eigentlich schon eine ausreichende Strukturvoraussetzung geschaffen.

Diskutiert wurde auch die Notwendigkeit der Verbesserung der therapeutischen Arbeit innerhalb des Maßregelvollzuges, wobei hier auch immer wieder die Probleme einer nicht ausreichenden Fachkräftebesetzung und einem fehlenden Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)-Bezug angeführt wurde. Behindernd für die Gestaltung des therapeutischen Milieus sei auch die in den letzten Jahren zunehmende Schwerpunktsetzung auf den Sicherungsaspekt, wobei hier auch das mehr Restriktionen fordernde gesellschaftliche Klima eine erhebliche negative Rolle spielt. Die auch aktuell diskutierte Lösung des Vorhaltens einer ausschließlich unterstützenden, zwangsfreien Psychiatrie ohne die Doppelfunktion von Therapie und sozialer Kontrolle wurde sehr widersprüchlich in der Arbeitsgruppe diskutiert. Dies würde auch einen generellen personellen und strukturellen Umbau von Polizei und Justizeinrichtungen sowie der normativen Rechtsprechung bedeuten.

Reformentwicklungen im § 64 StGB – Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Michael Konrad, Harald Metzger

Einführung aus der Perspektive der Psychiatrie-Erfahrenen

Wir dürfen nicht den einfachsten Weg beschreiten! Dies war mein erster Gedanke beim Lesen der Forderung nach Abschaffung des § 64. Der § 64 regelt den Zugang zum Maßregelvollzug/Entziehungsvollzug für Menschen mit einer Suchterkrankung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass jeder Suchtmittelerkrankung auch eine psychische Erkrankung vorausgeht bzw. mit sich bringt.

Wir sollten uns näher damit beschäftigen, um was bzw. wen es hier geht. Um Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung oder Ihrer Suchtabhängigkeit straffällig geworden sind und in den Maßregelvollzug eingewiesen wurden. Hierzu zählen auch Menschen, die aus der Not ihre Sucht zu finanzieren straffällig werden. Ebenso müssen wir auch diejenigen sehen, die aus ihrer Abhängigkeit zu Drogen oder Alkohol psychisch erkranken.

Menschen, die selbst keine Lobby haben und die darauf angewiesen sind, dass konträre Meinungen in der Gesellschaft, bevor Veränderungen entstehen, diskutiert werden. Die beste Lösung sollte das Ergebnis sein und nicht die einfachste. Die bestmögliche Behandlung/Therapie mit einer Aussicht auf Genesung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft muss unser gemeinsames Ziel sein.

Sicher gibt es auch Menschen, die im Maßregelvollzug die Therapie nicht nutzen. Nun können wir dies aber nicht allen Patienten anlasten, denn auch viele gehen durch die Therapie und finden psychisch gesundet und von Ihrer Sucht befreit wieder in die Gesellschaft zurück und ihren Weg.

Davon abgesehen ist es schwer im Vorfeld zu beurteilen ob eine Therapie im Maßregelvollzug das gewünschte Ergebnis bringt, denn die Therapiewilligkeit sollte keine Voraussetzung für die Therapie sein, sondern das Ziel der Therapie.

So stehen wir hier vor einem Dilemma, das uns fordert. Uns fordert neue Wege zu finden, um hier gemeinsam mit allen Beteiligten eine Verbesserung herbeizuführen. Auch der erhebliche Anstieg der Zuweisungen und der Umstand, dass über 50% wieder aufgrund mangelnder Therapiemotivation in

den Justizvollzug zurückgewiesen werden muss, darf uns nicht die Menschen vergessen lassen, die eine Therapie erfolgreich durchlaufen und ihren Platz in der Mitte der Gesellschaft finden.

Änderungen, die dies alles berücksichtigen sind zu begrüßen. Hierzu ist es aber notwendig die am Verfahren Beteiligten miteinzubeziehen, um dauerhafte Lösungen zu finden die allen Menschen weitmöglichst gerecht werden. Gutachter/innen, Richter/innen, Psychiater/innen, Psychologen/-innen, die Nachsorge und auch die Betroffenen müssen einbezogen werden.

Wir dürfen niemandem eine Therapiemöglichkeit im Vorfeld verweigern. Eine Therapiemaßnahme muss allen Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder einer Suchtmittelabhängigkeit zunächst offenstehen, allerdings gilt es zu gewährleisten, diese Leistungen Menschen zu gewähren, die letztendlich im Laufe des Beginns einer Therapie auch eine Bereitschaft signalisieren bzw. diese zu erkennen ist.

Ebenso muss auch beachtet werden, dass viele Menschen im Justizvollzug eine Therapie benötigen. Hier sollte ebenso nicht die Motivation als allererstes Kriterium herangezogen werden, aber auch eine Prüfung der Aussicht auf Motivation einer Therapie vorausgehen.

Es ist erforderlich das Leben und das Umfeld des Betroffenen weitmöglichst mit einzubeziehen, um den Menschen in seiner Gesamtheit beurteilen zu können. Die Therapiemotivation darf nicht von einer Aussicht auf Hafterleichterung im Vorfeld beeinflusst werden.

Eine Hafterleichterung in Aussicht zu stellen bevor eine Therapie begonnen hat, halte ich für wenig sinnvoll und nicht zielführend. Erst zum Ende einer Therapie kann eine Verkürzung der freiheitsentziehenden Maßnahmen bzw. eine Lockerung dieser sinnvoll erscheinen.

Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Feststellung einer tatsächlichen Suchtabhängigkeit. Der im § 64 genannte »Hang zum Konsum« muss unbedingt neu und suchtmedizinisch orientiert definiert werden.

Letztlich können und sollen wir freiwerdende Plätze in den Maßregelvollzugsanstalten / Entziehungsanstalten nach einer Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Menschen nutzen, die sich nach geeigneten Prüfungen und Erfüllung therapeutischer/suchtmedizinischer Kriterien entscheiden einen neuen Weg zu gehen, bzw. eine Therapie als sinnvoll zu erkennen ist.

Neue Wege beschreiten, um Menschen in den Maßregelvollzug/Entziehungsanstalt einzuweisen, bei denen, gemessen an suchtmedizinischen Kriterien, eine Aussicht auf Motivation besteht; Menschen im Strafvollzug

ebenso die Möglichkeit einer Behandlung / Therapie zu geben wird eine Aufgabe, der wir uns gemeinsam mit allen Beteiligten stellen müssen.

Eine Änderung der Rahmenbedingungen des § 64 muss wohl schnell erfolgen, da ansonsten die forensischen Kliniken zwangsläufig ausgebaut werden. Allerdings darf die Reform des Maßregelvollzugs nicht dabei stehen bleiben und dafür ist eine umfassende Diskussion unter Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen erforderlich. Nur so können wir eine langfristige Verbesserung der Situation schaffen.

Konkrete Erfordernisse

Ausgangsituation/Problembeschreibung

- Durch die Halbstrafenregelung und den damit verbundenen Anreiz für eine Unterbringung in einer »Entziehungsanstalt« in Zusammenhang mit höheren Haftstrafen ist seit mehreren Jahren ein erheblicher Anstieg der Zuweisungen zu beobachten. Bei 50-70 Prozent aller in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB Eingewiesenen muss jedoch, meist aufgrund fehlender Behandlungsmotivation, die Maßregel erledigt und die Untergebrachten zum Vollzug der noch offenen Rechtsstrafe in den Justizvollzug zurückverlegt werden.
- Die Qualität der Behandlung in den für den § 64 StGB zuständigen Abteilungen der Kliniken für forensische Psychiatrie und Psychotherapie sinkt durch die zunehmenden Sicherungsmaßnahmen für die fehlbelegten Straftäter in erschreckendem Ausmaß.

Handlungsbedarf:

Die Arbeitsgruppe hat folgende Änderungsbedarfe bezüglich des § 64 StGB diskutiert und konnte Konsens dazu herstellen:

1. Entfallen des Halbstrafenprivilegs bei paralleler Anordnung des § 64 StGB
2. Ersetzen des unbestimmten Hang-Begriffs durch den Begriff der »erheblichen Suchtmittelabhängigkeit«,
3. Heranziehung von suchtmedizinischen Kriterien für die Erfolgsprognose
4. Regelung zur Prüfung Therapiemotivation im Justizvollzug

Begründung:

Die Regelung des § 64 StGB entstammt einer Zeit, in der die Suchtmittelabhängigkeit noch nicht als Erkrankung anerkannt war und deren Behandlung nicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung stand. Zwischenzeitlich ist sie selbstverständlicher Bestandteil der psychischen Erkrankung im Rahmen des internationalen Diagnoseschlüssels ICD. Diese Änderung korrespondiert mit einem veränderten Umgang mit der Suchtmittelabhängigkeit, die weder durch den Begriff Entziehung noch durch den Begriff der Anstalt abgedeckt ist.

Mit dem Begriff der »erheblichen Suchtmittelabhängigkeit« wird das für das Stellen einer Erfolgsprognose maßgebliche Ausmaß der Gesundheitsstörung erfasst. Mit der Erfassung der durch die Gesundheitsstörung bedingten Funktionseinschränkungen können auch die in der Suchthilfe etablierten Voraussetzungen für eine erfolgsversprechende Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug erfasst werden. Das Fachwissen der Maßregelvollzugskliniken nach § 64 StGB ist dabei bei der Prüfung einzubeziehen, insbesondere in U-Haft.

Die Sofortmaßnahmen zur Reformierung des § 64 StGB sehen wir explizit nicht nur aus fachlicher Sicht als dringend erforderlich, sondern auch aus fiskalpolitischer Sicht. Die Fehlbelegungen führen zu einer deutlichen Verteuerung des Strafvollzugs. Zumindest ein Teil der Rückkehrer aus dem Maßregelvollzug in den Strafvollzug hätte ohne den Umweg über den Maßregelvollzug die Chance gehabt, zum Zweidrittelzeitpunkt aus Haft auf Bewährung entlassen werden zu können. Nach Abbruch der Maßregel gemäß § 64 StGB wird aber in aller Regel von einer nun ungünstigen Prognose ausgegangen mit der Folge einer Vollverbüßung der Haftstrafe mit anschließender Führungsaufsicht von Gesetzes wegen. Die Reform der Eingangsvoraussetzungen würde damit auch die Haftanstalten entlasten.

Neben den genannten Sofortmaßnahmen besteht Handlungsbedarf, die Versorgung suchtmittelabhängiger Personen im Justizvollzug zu verbessern. Für suchtmittelabhängige Straftäter muss es ein differenziertes System therapeutischer Angebote einschließlich der gemeindepsychiatrischen Rehabilitation nach SGB IX im Anschluss an den Straf- bzw. Maßregelvollzug geben. Die Ergebnisse epidemiologischer Studien, nach denen ein beträchtlicher Teil der Häftlinge im Strafvollzug suchtmittelabhängig sind, muss dabei dringend einbezogen werden. Ebenso die Tatsache, dass dem Personenkreis gemäß der von der Bundesregierung ratifizierten

Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen eine qualifizierte Behandlung menschenrechtlich zusteht.

Perspektive:

Als langfristige gesellschaftliche Aufgabe ist die Konstruktion des § 64 StGB rechtsdogmatisch auf den Prüfstand zu stellen und das Versorgungskonzept straffällig gewordener Suchtmittelabhängiger grundlegend zu reformieren.

Symposium 5: Qualität als Maßstab – Qualitätssicherung in der rechtlichen Betreuung

Gesprächsrunde:

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV)

Sabine Normann-Scheerer

Frage: Welche Regelungen im Betreuungsrecht erscheinen Ihnen in besonderem Maße reformbedürftig?

Ich möchte aus dem Plenumsvortrag von Frau Schnellenbach das Thema »Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen« und dort die Überarbeitung der zentralen Vorschriften, § 1901 und § 1902 BGB, herausgreifen. Aus Sicht des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) sind diese Vorschriften konform mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), bedürfen aber doch im Hinblick auf die Vorgaben von Art. 12 UN-BRK einer Präzisierung. Dies war auch ein zentrales Thema des aktuellen Diskussionsprozesses und wurde in interdisziplinär besetzten Facharbeitsgruppen intensiv bearbeitet. Besonders wichtig ist zudem, dass die Selbstbestimmung der Betroffenen auch im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle besser als bisher berücksichtigt wird. Wie beim Betreuerhandeln sollte der Maßstab von Wunsch und Wille der Betreuten auch in den Vorschriften über die gerichtliche Kontrolle klar verankert werden.

Frage: Wie wird das Verhältnis vom Betreuungsrecht zum Sozialrecht gesehen?

Eine der Facharbeitsgruppen des Diskussionsprozesses zur Betreuungsrechtsreform hat sich intensiv mit dem Erforderlichkeitsgrundsatz und der Schnittstelle zum Sozialrecht beschäftigt. Ein großes Problem dabei ist, dass es zwei nebeneinanderstehende Systeme gibt: Das Sozialleistungssystem auf der einen und das System der rechtlichen Betreuung auf der anderen Seite, welches in der Justiz verankert ist. Diese beiden Systeme sind nicht ausreichend verzahnt oder aufeinander abgestimmt. Für das Sozialleistungssystem sind auf Bundes- und Landesebene andere Ministerien zuständig, auch gibt es in diesem Bereich ganz andere Akteure. Das ist eins der zentralen Probleme, warum beide Systeme nicht richtig ineinandergreifen und die Subsidiarität der rechtlichen Betreuung gegenüber anderen Unterstützungsleistungen im Sozialrecht in der Praxis nicht so berücksichtigt wird, wie es an sich notwendig wäre. Aus Sicht

des BMJV ist es wichtig, dass auch im Sozialrecht eindeutig festgelegt ist, dass die rechtliche Betreuung gegenüber Sozialleistungen nachrangig ist. Insbesondere muss für alle Sozialleistungsträger klar sein, dass sie eine Sozialleistung nicht verweigern oder ablehnen dürfen, weil es eine Betreuerin oder einen Betreuer geben könnte oder gibt. Die Aufgaben von rechtlicher Betreuung und Sozialleistungen sind ganz andere. Es soll erreicht werden, dass dies auch im Sozialrecht verankert wird.

Frage: Wie wird die Rolle der Betreuungsbehörde beurteilt?

Schon nach jetzigem Recht und insbesondere seit dem Betreuungsbehörden-Stärkungsgesetz hat die Betreuungsbehörde eine wichtige Funktion, gerade im Vorfeld der rechtlichen Betreuung und in Form der Erstellung des Sozialberichts für das Betreuungsgericht. Dieses wichtige Instrument der Sachverhaltsermittlung im Betreuungsverfahren wollen wir noch weiter stärken. Zum einen soll schon in der Eingangsnorm (§ 1896 BGB) der soziale Handlungsbedarf stärker hervorgehoben werden als die medizinische Diagnose. Das kann man, wenn man beides beibehalten möchte, natürlich nur begrenzt machen, aber die Idee ist, den tatsächlichen Handlungsbedarf an erste Stelle zu stellen, und nicht die rein medizinische Diagnose. Außerdem sollte der Sozialbericht im Verhältnis zum medizinischen Sachverständigengutachten gestärkt werden, indem dieser vor der Beauftragung des Gutachtens eingeholt werden soll. Aus dem Betreuungsbehördengesetz sollte sich zudem klarer als bisher ergeben, was genau zu tun ist. Die Betreuungsbehörde sollte auch die Aufgabe der Prüfung, ob es andere Hilfen gibt und wenn nein, warum nicht, noch stärker wahrnehmen. Das Ergebnis sollte dem Gericht auch konkreter und differenzierter als bisher mitgeteilt werden, damit klar ist, was im Vorfeld abgeprüft worden ist.

Frage: Besteht ein Widerspruch zwischen dem Betreuungsrecht und der UN-BRK?

Aus Sicht des BMJV ist Unterstützung und Stellvertretung kein Widerspruch. Herr Winterstein hat schon alles Notwendige zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes gesagt, die für uns maßgeblich ist. Aus unserer Sicht ist die Unterstützung das vorrangige Ziel. Die Stellvertretung kann ein Mittel zur Unterstützung sein, nämlich in den Fällen, in denen die betroffene Person sich selbst nicht mehr so verhalten kann, wie es ihrem eigentlichen Willen entspricht. Vorrangig ist in jedem Fall, die eigene Entscheidungsfindung der betroffenen Person zu unterstützen, wobei man auch betonen muss, dass die »unterstützte Entscheidungsfindung« kein rechtstechnischer Begriff ist, der ins Gesetz aufgenommen werden könnte. Hierunter werden in

verschiedenen Situationen und von unterschiedlichen Akteuren verschiedene Dinge verstanden. Wenn die entweder unterstützt gefundene oder aufgrund des mutmaßlichen Willens ermittelte Entscheidung nicht von der Person selbst umgesetzt werden kann, dann ist – nachrangig – eine Stellvertretung aus unserer Sicht erforderlich, damit der Betroffene am Rechtsverkehr teilnehmen kann, und dann auch mit der UN-BRK konform.

Frage: Wie kann die Situation der Betreuungsvereine verbessert werden?

Es gibt Überlegungen, die Betreuungsvereine dadurch zu stärken, dass ihre Aufgaben im Gesetz als öffentliche Aufgaben konkret beschrieben werden; dies erscheint neben der Festlegung der Anerkennungsvoraussetzungen, wie sie sich derzeit im BGB finden, geboten. Darüber hinaus wird angestrebt, eine Finanzierungsverpflichtung für diese Aufgaben im Gesetz zu verankern. Auch wenn dies angesichts der Finanzierungsverantwortung der Länder und Kommunen politisch nicht ganz einfach werden wird, sind wir ganz zuversichtlich, dass sich hierdurch zumindest einige Verbesserungen für die Betreuungsvereine ergeben können.

Frage: Wie können ehrenamtliche Betreuer gestärkt werden?

Hinsichtlich der ehrenamtlichen Betreuung besteht der Zwiespalt, dass den ehrenamtlichen Betreuern einerseits nicht zu viele Pflichten auferlegt werden sollten, um sie nicht abzuschrecken, diese andererseits aber möglichst viele Fortbildungen und Schulungen besuchen sollten, damit sie für die Betreuungsführung möglichst gut qualifiziert sind. Es ist nicht ganz einfach, hier den »goldenen Mittelweg« zu finden.

Frage: Welche Probleme gibt es im Zusammenhang mit der Einführung des BTHG?

Wir haben die Rückmeldung bekommen, dass im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) deutlich mehr Betreuungsverfahren eingeleitet bzw. Betreuerwechsel angeregt werden als zuvor. Man muss sagen, dass bei der Entwicklung des BTHG, an der das Justizministerium nur sehr eingeschränkt beteiligt war, die Gruppe der Menschen mit einer Betreuung leider kaum berücksichtigt wurde. Gerade Menschen, die eine rechtliche Betreuung brauchen, weil sie aufgrund einer nicht-körperlichen Beeinträchtigung multiple Problemlagen haben, hatte man hierbei zu wenig im Blick. Das Problem, dass z. B. ein eigenes Konto für alle Personen eingerichtet werden muss, insbesondere auch für Menschen, die nicht so gut mit dem Geld umgehen könnten und deswegen jetzt eine Vielzahl an Einwilligungsvorbehalten beantragt werden, ist im Gesetzgebungsverfahren nicht berücksichtigt worden.

Frage: Wird es auch eine Reform des Unterbringungsrechts geben?

Auf die Frage nach dem Unterbringungsrecht kann ich nur sagen, dass es uns nicht entgangen ist, dass auch hinsichtlich der Zwangsvorschriften weiterhin Gesprächsbedarf und sicher teilweise auch Verbesserungspotential im Lichte der UN-BRK besteht. Wir haben uns im jetzigen Diskussions- und Reformprozess allerdings aus Kapazitätsgründen nicht speziell mit den Zwangsvorschriften auseinandergesetzt, werden uns aber diesem Thema erneut widmen, sobald der aktuelle Reformprozess abgeschlossen ist. Dann kann auch in Ruhe mit anderen Akteuren und vielleicht unter Einbeziehung von Betroffenen daran gearbeitet werden.

Betreuungsgerichtstag e. V. (BGT)

Peter Winterstein

Ich bin jetzt seit mehr als 30 Jahre im Betreuungswesen tätig, das heißt, dass ich auch schon vor Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes in diesem Bereich als Richter gearbeitet habe. Aus dieser langen Entwicklung kann ich für mich sagen: Wir müssen von Anfang an umdenken. Wir denken dieses System (zumindest ging es mir bislang so und ich glaube, das zeigt die Entwicklung) nicht genug von den Menschen aus. Es ist völlig klar, dass von unten, von den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen im sozialen Nahraum gedacht werden muss. Das heißt, es geht in der Kommune oder noch darunter im sozialen Nahraum los, und muss sich dann weiterentwickeln. Das Betreuungsrecht hat dann eigentlich nur die Aufgabe, in bestimmten Schritten das Menschenrecht auf rechtliche Handlungsfähigkeit zu verwirklichen und gehört an diesen Schritten punktgenau einsortiert. Das bedeutet natürlich, dass wir himmelweit davon entfernt sind, was eigentlich das Ziel sein sollte: Vom Blickwinkel der einzelnen Person aus zu denken, zu handeln und Dinge umzusetzen. Das, was wir jetzt machen, kann deshalb nur ein kleiner Schritt in diese Richtung sein. Im Mittelpunkt muss dann stehen: Wie kommen wir dem Ziel Selbstbestimmung näher? Das schaffen wir aber nur von unten nach oben. Die Schlagworte sind Zielbeschreibung und Rahmenbedingung.

Der entscheidende Abgrenzungspunkt zwischen Erforderlichkeit einer Betreuung und Nichterforderlichkeit ist die Notwendigkeit, dass rechtliche Handlungsfähigkeit des betroffenen Menschen nur über Vertretung hergestellt werden kann. Da eine Vollmacht, wenn sie wirksam ist, der bevollmächtigten Person Vertretungsmacht gibt, ist eine entsprechend umfassende oder spezielle Vollmacht, die sich zum Beispiel auch auf medizinische Maßnahmen oder Maßnahmen in der Auseinandersetzung mit unwilligen Sozialleistungsträgern beziehen kann, eine ausreichende betreuungsersetzende Maßnahme. Wir haben knapp 4 Millionen registrierte Vorsorgeverfügungen im Bundesgebiet bei der Bundesnotarkammer, sodass man sieht, dass die Vollmacht ein Komplementärinstitut geworden ist. Was noch nicht genügend gesehen wird ist die Spezialvollmacht, die sogar formlos erteilt werden kann. Das muss die Behörde wissen oder der Arzt, die Ärztin mit Haftungsängsten, der/die immer verlangt, abgesichert zu sein, dass auch formlose Vollmachten Vertretungsmacht geben können. Wir Richter und Richterinnen stehen im

Zweifel ja auf der anderen Seite und lassen uns ganz genau erklären, was da schiefgelaufen ist und warum nicht ausführlich aufgeklärt wurde. Wenn sie umfassend ist, ist sie ein vollwertiger Ersatz. Verstehen Sie mich aber bitte nicht so, dass ich hier Reklame für die Vollmacht mache, denn die hat natürlich auch viele Nachteile und bietet in vielen Bereichen nicht den Schutz, den (theoretisch) die Betreuung bietet.

Der entscheidende Unterschiedspunkt ist hier also die Vertretungsmacht. Wenn der Staat in Gestalt des Gerichts einen Betreuer/eine Betreuerin bestellt, bestellt er jemanden, der/die Vertretungsmacht erhält, in den Aufgaben/in den Angelegenheiten, die bestimmt werden. Das bindet dann die betreute Person nach außen, ob sie will oder nicht. Darin ist nämlich der Rechtseingriff zu sehen. Normalerweise ist Betreuung aber gemeint als Unterstützung und Hilfe, weil die betreuende Person verpflichtet ist, unterstützend tätig zu werden und dem Willen und den Präferenzen zu entsprechen. Aber: Die betreuende Person hat die Rechtsmacht, auch andere Dinge zu tun und das bindet nach außen. Das ist der Eingriff. Vertretungsmacht oder nicht ist die entscheidende Frage.

Wenn ich eine Hilfe organisiere, die die Angelegenheiten in Ordnung bringt, ohne zu vertreten und das darf und muss ggf. auch ein Betreuer/eine Betreuerin machen und muss auch ein Bevollmächtigter/eine bevollmächtigte machen, denn hinter der Vollmacht steht immer der Auftrag (formlos): »Mach das für mich, was ich brauche«. Beide können das ersetzen, ohne nach außen ihre Vertretungsmacht zu nutzen oder nutzen zu müssen, wenn der oder die zu Betreuende eine zuhörende Sozialbehörde mit auf den Weg bekommt. Da ist der Mensch, der betroffen ist und da ist die Person, die er als sein Sprachrohr nutzt, die sind im Einvernehmen hier und das muss akzeptiert werden. Ich brauche nichts Schriftliches, das ist die Rechtslage. Auch bei Ärzten/Ärztinnen ist das die Rechtslage und wird genutzt, wenn sie ein Ehepaar seit 20 Jahren kennen, und dann keine extra Patientenverfügung erstellt werden muss. Die beiden benehmen sich wie eine Einheit, sind es möglicherweise nicht mehr, aber die Ärzte und Ärztinnen dürfen trotzdem den Eindruck haben.

In Bezug auf die Diskussion um stellvertretendes Handeln weise ich darauf hin, dass das Bundesverfassungsgericht sich dazu verhalten hat, auch zur Rangfolge von UN-BRK und Grundrechten. Es hat deutlich gemacht, dass in dem Augenblick, in dem jemand die Wirklichkeit nicht erkennt und dabei ist, sich schwerwiegend selbst zu schädigen, der Staat verpflichtet ist (das ist aus Artikel 2 abgeleitet), ihn oder sie zu schützen und dass auch

Artikel 12 UN-BRK ja von den Staaten verlangt, dass Schutzmaßnahmen ergriffen werden und deshalb auch, so die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, der UN-BRK nicht widerspricht, sondern aus dem Grundgesetz ableitbar und zwingend ist, dass bestimmte Entscheidungen in Vertretung gegen den aktuell erklärten natürlichen Willen getroffen werden müssen. Für mich als ehemaligen Richter ist das Thema, sobald Karlsruhe gesprochen hat, juristisch zunächst erledigt.

In diesem Zusammenhang sehe ich noch das Stichwort Familienangehörige. Ich entnehme aus UN-BRK Artikel 12 die Verpflichtung, die Entscheidungsfreiheit gleichmäßig zu schützen. Das betrifft auch die Entscheidungsfreiheit eines erwachsenen Menschen gegenüber der Familie. Wir brauchen die Familienangehörigen in diesem Bereich, sie sind in aller Regel die nahestehenden Personen und wir müssen sie bei ihren Handlungen unterstützen und stärken. Wir müssen ihnen aber auch klar vermitteln, wo die Grenzen sind. Bevormundung ist unzulässig und das schon seit 1.1.1992 und nicht erst seit der UN-BRK. Das ist noch nicht raus aus den Köpfen, das erleben wir alle täglich und das ist auch natürlich. Wenn es zu einer Betreuerbestellung oder zu einer Vorsorgevollmacht kommt, dann ist auch da im Innenverhältnis darauf zu achten, dass Grenzen eingehalten werden. Auch Familienangehörige müssen dabei unterstützt werden, das klar mit zu beachten. Unterstützte Entscheidungsfindung heißt Respektierung der Autonomie bis zur Schmerzgrenze.

Die Familienangehörigen und die ehrenamtlichen Betreuer und Betreuerinnen, die von Gerichten bestellt werden, sind üblicherweise über die Länder in Sammelhaftpflichtversicherungen abgesichert, auch in einer Vermögensschadenshaftpflichtversicherung. Wenn das über eine private Vollmacht geschieht, ist das Ihre private Angelegenheit. Das heißt, sie müssten das auch über eigene Versicherungen lösen und bei Vermögensschadenshaftpflichtversicherungen gibt es Fallen, da sollte man sich beraten lassen. Der »Worst Case« der Tätigkeiten der Bevollmächtigten, die in vielen Bereichen tätig sind, ist das Unterlassen einer Versicherung, typischerweise, wenn jemand wegen einer langfristigen Erkrankung aus Krankenversicherungen herausfällt und dann nicht wieder reinkommt. Das sind die einzigen Schadensfälle, die ich erlebt habe in meiner Zeit im Justizministerium, weil wir auch als Landesjustizverwaltung dieses Risiko nicht vorhergesehen hatten und unsere Sammelhaftpflichtversicherung dies zunächst nicht gedeckt hat. Das haben wir inzwischen auch abgedeckt. Es besteht das Risiko, dass eine enorme Schadenssumme entstehen kann, wenn ein Sozialleistungsträger

zunächst in Vorleistung geht und dann nach jahrelanger Behandlung die Kosten zurückfordert, weil bestimmte Vertragsbedingungen nicht erfüllt wurden. Ich hoffe nicht, dass das jemals passiert, aber das Risiko besteht. Nur privat abzusichern ist manchmal Nachteil von Vollmachten.

In Bezug auf die Frage, warum es in Bayern ca. zehn Mal so viele Unterbringungsverfahren nach Betreuungsrecht pro Einwohnerin und Einwohner gibt als in Brandenburg, ist damit eine der Problemstellungen angesprochen, die dazu führt, dass wir wieder und wieder einen Reformprozess im Betreuungsrecht haben. Wir haben ein einheitlich geltendes Bundesrecht und wir haben eine sehr unterschiedliche Rechtspraxis. Jetzt wird auch der Versuch gemacht, das einheitlicher zu gestalten, indem manches im BGB sehr viel präziser formuliert wird – ich denke, man wird letztlich immer wieder damit scheitern. Insbesondere in der Justiz werden Sie feststellen, dass Richterinnen und Richter nach Artikel 97 nur im ersten Halbsatz unabhängig sind, im zweiten Halbsatz steht, sie seien nur Recht und Gesetz unterworfen. Nach wie vor haben wir am Betreuungsgericht noch keine Ausbildung zu den Betreuungsthemen, das gehört nicht zum juristischen Studium und üblicherweise nicht oder nie zum Referendariat, sondern ist nach dem ersten Probejahr ein »Learning by doing«. Außerdem gibt es keine Fortbildungsverpflichtung, nur einige wenige Angebote an Richter und Richterinnen, sich an der deutschen Richterakademie weiterzubilden. Wir hatten auch schon vor dem 1.1.1992 eine sehr unterschiedliche Rechtsanwendung, was Unterbringung betrifft, zwischen Bayern und dem restlichen Westdeutschland. Das heißt, wir haben auch unterschiedliche Versorgungslandschaften und vor allem eine unterschiedliche Haltung. Das ist der Kern. Aus Brandenburg habe ich erst im letzten und vorletzten Jahr mehrere Hilferufe von Betreuern und Betreuerinnen bekommen: »Wir haben eine Verweigerung von verantwortlichen Trägern, die stellen uns keine Plätze zur Verfügung für eine geschlossene Unterbringung, obwohl die zum Schutz unbedingt erforderlich wären«. Ich kann das nicht bewerten, ich kann nur sagen, das wird vertreten. Das macht deutlich, dass es ganz entscheidend von der Versorgungslandschaft abhängt, was genau abläuft. Wir versuchen also die unterschiedliche Rechtsanwendung zu vereinheitlichen, ob das jemals gelingt, weiß ich nicht. Es gibt Mentalitätsunterschiede und es gibt Unterschiede in den Versorgungslandschaften.

Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB)

Thorsten Becker

Auf die Frage nach den Prioritäten aus Sicht des Bundesverbandes der Berufsbetreuer, will ich zuerst mit der Anpassung des Gesetzes an die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) anfangen und damit Schwerpunkt auf der unterstützten Entscheidungsfindung setzen. Da wird vieles andere mit angesprochen. Wenn man das konsequent mit umsetzt, dann ist das Selbstbestimmungsrecht der Klientinnen und Klienten automatisch mitgestärkt und dann füllt man die UN-BRK wirklich auch im Betreuungsrecht mit Leben. Wenn wir dann ein gutes und besseres Gesetz haben, dann haben wir noch eine zweite Frage, und das ist vielleicht die entscheidende: Wie bekommen wir das in die Praxis?

Die meisten Menschen, die in Betreuung kommen, kommen freiwillig, ich glaube es sind rund 70 %. Nur bei 30 % wird gegen den Menschen entschieden. Wir müssen uns auch über das Bild von Betreuung unterhalten. Wir wissen, dass es Kritik gibt, und dass nicht jede (berufliche) Betreuung optimal geführt wird. Das gibt ein Zerrbild und es gibt auch berechtigte Kritik. Wir analysieren selbst, dass noch ein paternalistischer Grundgedanke bei der Ausübung der Betreuung vorhanden ist. Das ist inakzeptabel und muss beseitigt werden.

Wir begegnen diesem Erforderlichkeitsgrundsatz ja an einer anderen Stelle. Wenn wir eine Betreuung bekommen, dann ist sie schon eingerichtet. Unsere Aufgabe ist aber auch, diese Betreuung nicht möglichst lange zu behalten, sondern mit den Menschen zusammen Ziele zu definieren und wenn diese erreicht sind, zu besprechen, dass die Betreuung ggf. wieder aufgehoben werden kann. Das ist auch hoch unterschiedlich und es gibt kein einheitliches Bild. Es gibt Menschen, die sind unserer Erfahrung nach sehr lange, manchmal lebenslang, auf Betreuung angewiesen, für manche ist es nur eine Zwischenstation. Ich glaube, dass wir in diesem Reformprozess gute Schritte gehen, indem wir auch über Fristen und vor allem über die Verpflichtungen gesprochen haben, das im Rahmen der Betreuungsplanung immer wieder zu überprüfen. Das ist Erforderlichkeitsprüfung an einer anderen Stelle gedacht.

Im Wesentlichen ist das moderne Betreuungsrecht ein System der Unterstützung. Ich denke, das fängt damit an, dass wir zunächst mit dem Patienten bzw. der Patientin schauen wollen, was die Unterstützungsbedarfe sind,

worüber wir sprechen wollen, welche Ziele verfolgt werden sollen und dann, wenn wir Unterstützungsbedarfe definieren wollen, zu klären, wo denn die Schwierigkeiten liegen. Im Idealfall kommt man gemeinsam dazu, ein Ziel zu beschreiben und auch gemeinsam zu beschreiben, wie unterstützt werden soll. Ich mache es jetzt kurz: Ich glaube, dass es die hohe fachliche Anforderung an die Betreuung ist, um eine Unterstützungsleistung zu erbringen. Wir sehen das immer als Co-Produktion von Betreuenden und Klientinnen und Klienten, die darüber dann auch eine Vereinbarung schließen. Das wird schriftlich als Betreuungsvereinbarung fixiert, um Transparenz und Verlässlichkeit herzustellen. Diese kann aber natürlich auch immer wieder einem Wandel unterliegen, das wissen wir alle aus der täglichen Praxis. Wir haben dann auch an diesem Schutzpunkt oft nicht mehr das Problem, wenn wir diese Arbeit vorgeleistet haben. Ich glaube, Schutz muss gewährleistet werden und wird von Klientinnen und Klienten auch sogar eingefordert, nämlich dann, wenn sie in prekären Situationen sind und drohen, sich selbst zu schädigen. Wir sind in einem großen Vorteil, wenn wir diesen Schutz in der Fortschreibung des erklärten Willens bieten können. Ich will aber auch nicht den »Knackpunkt« verheimlichen: Wir haben Situationen, da kommt die gerichtliche Betreuung in eine hochprekäre Situation und wir kennen den Menschen noch überhaupt nicht. Auch da ist es aber die Pflicht der betreuenden Person, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, wenn der erklärte Wille in der Situation krankheitsbedingt nicht mehr festgestellt werden kann. Das ist die Prämisse, die ich nochmal deutlich machen will: Wenn wir mit dem Menschen zusammen arbeiten und in Situationen, wo dies nicht mehr möglich ist, den mutmaßlichen Willen des Menschen ermitteln und den umsetzen, und wenn auch in solchen Fällen durch Behandlung beispielsweise wieder eine Besserung eingetreten ist, der eingangs beschriebene Prozess einsetzt, dann kommen wir sehr gut aus dieser komplizierten Situation heraus, dass über andere Menschen entschieden wird.

Mein zweites Schwerpunktthema ist die Frage der Ausbildung mit dem Fokus auf beruflich tätige Betreuerinnen und Betreuer, denn nur wenn wir vernünftig ausbilden, was wir in der Theorie gut entwickelt haben, haben wir auch eine Chance, das in die Praxis zu bekommen. Man muss das aber, finde ich, auch für die Ehrenamtlichkeit mitdenken, denn es darf am Ende auf keinen Fall eine Zwei-Klassen-Betreuung dabei herauskommen. Wir, die für die berufsständischen Betreuerinnen und Betreuer zuständig sind, legen schon einen sehr großen Schwerpunkt auf die Ausbildung, damit eine vernünftige Qualität beim Menschen ankommt.

Will man die rechtliche Betreuung auf unterstützte Entscheidungsfindung ausrichten, dann ist das nichts, was man »mal eben so« macht, sondern das muss in hochkomplexen Situationen ausführlich gelernt werden. Da stoßen wir auf Probleme. Das wird nicht in allen Fällen konsequent durchgeführt. Das ist ein Missstand, den wir alle zusammen abschaffen wollen, deshalb sitzen wir unter Anderem im Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) auch so engagiert miteinander zusammen und diskutieren, um Normen zu finden, die das abschaffen können. Ich sage, wir müssen immer noch einen Schritt weitergehen, die gute Norm allein reicht uns nicht, sondern wir müssen die Menschen, die das hinterher ausführen sollen, ausbilden. Es ist, glaube ich, kein Geheimnis, dass wir da auf erhebliche Widerstände stoßen, überhaupt über strengere Zulassungsnormen, Ausbildungsinhalte und -module zu sprechen. Da kann man sich inhaltlich schnell darauf verständigen, denn ich glaube wir sind heute sehr gut in der Lage, fachlich zu beschreiben, was notwendig ist, um das gut zu machen und würden das auch an die Hochschulen bringen, denn da ist mittlerweile einiges passiert und viele interessieren sich dafür, Berufsbetreuerinnen und -betreuer auszubilden. Die Widerstände und Hürden bilden sich jedoch auf politischer Seite massiv ab (weniger von Seiten des Bundes, sondern einiger Länder) und wir müssen Wege finden, die zu überwinden. Insgesamt lohnt es dort jede Anstrengung, um Schritt für Schritt weiterzukommen.

Zu dem Stichwort Ehrenamt will ich nur sagen, dass wenn wir das wirklich stärken wollen, kommen wir nicht um einen deutlich verbesserten Bürger-Profi-Mix herum. Das muss viel mehr zusammengedacht werden, denn wenn es tatsächlich gelingt, die Kernkompetenzen fachlich fundiert zu vermitteln, dann muss man die beiden Komponenten zusammendenken, das ist nicht anders vorstellbar. Da müssen wir von den zu Betreuenden aus denken. Jeder Mensch hat das gleiche Recht, und dann kommt erst die Frage, ob die Betreuung ehrenamtlich oder beruflich geschieht.

In Bezug auf die Schnittstelle Eingliederungshilfe und rechtliche Betreuung kann ich nur sagen, wo Praxis gut gelebt wird, ist das kein Widerspruch, sondern es ergänzt sich eher. Ich finde, dass gerichtlich bestellte Betreuende und die Fachkräfte, die in der Eingliederungshilfe für eine Person tätig sind, sich im Bedarfsfall zusammensetzen sollten und miteinander sprechen, sodass die Erkenntnisse idealerweise günstig zusammenfließen. Das muss man meiner Meinung nach von beiden Berufsständen fordern. Wenn man tiefer geht, kann man auch über methodische Ansätze sprechen, ob die verwendeten Methoden synchronisiert werden könnten etc., das führt hier

aber zu weit. Ich halte es für selbstverständlich, dass die Profis im Sinne der Klientinnen und Klienten zusammenarbeiten müssen.

Beim Einbezug der Angehörigen im Einzelnen ist die Präferenz der Betroffenen anzuschauen, denn es gibt Betroffene, die absolut nicht möchten, dass Angehörige miteinbezogen werden und dann sind sie auszuschließen. Aus dem beruflichen Alltag kann ich Ihnen versichern, dass das kein Vergnügen ist, aber das ist selbstverständlich eine Verpflichtung gegenüber dem Menschen, für den man tätig ist.

Auf die Frage einer unterstützten Entscheidungsfindung bei Drogenmissbrauch ist eine wesentliche Erfahrung, dass bei Menschen mit Suchterkrankung oft ein hohes Interesse vorliegt, dass die Wohnung erhalten wird. Da kann man Arrangements mit ihnen treffen. Sie konsumieren dann zwar, aber halten diesen Rahmen ein. Als Randbemerkung: Die berufliche Betreuung richtet sich ja nicht an suchterkrankte Menschen ausschließlich, sondern wenn eine Betreuung eingerichtet wird, muss immer eine psychische Erkrankung, seelische Behinderung etc. vorliegen. Sucht allein ist kein Grund für eine Betreuung.

Betreuungsbehörde Mainz-Kinzig Kreis
Psychiatriekoordination regionale Eingliederungshilfen

Bernd Kaltschnee

Als Vertreter einer Betreuungsbehörde werden unter Qualitätsaspekten im Betreuungswesen auf uns als im Betreuungsverfahren beteiligte Institution nicht nur aufgrund neuer gesetzlicher Regelungen enorme Herausforderungen zukommen. Ich spreche zudem in Doppelfunktion: einerseits als Leiter einer Betreuungsbehörde eines Kreises mit 400.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und andererseits als Psychiatriekoordinator, zuständig für regionale Eingliederungshilfen. Gerade an der Schnittstelle zwischen sozialer und rechtlicher Betreuung besteht schon jetzt akuter Abstimmungs- und Koordinationsbedarf. Wenn die Betreuungsbehörde das Erforderlichkeitsprinzip einer rechtlichen Betreuung prüft, muss konstatiert werden, dass der Anlass, ein Betreuungsverfahren anzuregen, oft auf mangelnde Vermittlung ins komplementäre Hilfesystem zurückzuführen ist. Die Praxis zeigt nach wie vor, dass der Anlass zur Betreuungsanregung eher auf einer Sozialindikation beruht. Es fehlt ein niedrigschwelliges Fallmanagement, gerade um die Initiierung einer rechtlichen Betreuung zu vermeiden. Die durch die Umsetzung des Bundesteilhabegesetz (BTHG) installierten »Ergänzenden Unabhängigen Teilhabe Beratungsstellen«(EUTBs), können diesen Mangel in der Praxis leider nicht oder nur teilweise kompensieren.

Und ich würde mir wünschen, dass für die vielen Aufgaben, in denen die Betreuungsbehörde eine ganz zentrale Schaltfunktion wahrnimmt, auch die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, sowohl personell als auch finanziell. Das muss im Gesetz eine Verankerung finden und auch welche Aufgabe wir nach diesem Gesetz zukünftig verstärkt wahrnehmen, denn es kommt auf Betreuungsbehörden im Rahmen der aktuellen Reformüberlegungen des Bundes eine gestiegene Verantwortung zu. Reformen, ohne die zur Verfügungstellung notwendiger finanzieller und personeller Ressourcen, werden nicht den gewünschten Effekt erzielen und den Qualitätsanspruch an rechtlicher Betreuung im Sinne der Interessen der Betroffenen erfüllen können.

Wir als Betreuungsbehörde prüfen in jedem Neuverfahren die Erforderlichkeit einer Betreuung und erstellen den für das Verfahren notwendigen Sozialbericht mit all seinen zentralen Aussagen. Konkret heißt das, dass in unserer Region mit ca. 400.000 Einwohnerinnen und Einwohnern jedes Jahr knapp 2.000 Neuverfahren zur umfassenden Berichterstellung anstehen.

Sie sehen hier schon, dass zudem quantitative Aspekte eine enorme Rolle spielen. Sicherlich viele Betreuungsverfahren im ehrenamtlichen/familiären Kontext erweisen sich als weniger komplex. Aber es gibt sehr aufwändige Betreuungsverfahren, wo der Wunsch und Wille der Betroffenen erst nach intensiven Explorationen zwischen der Betreuungsbehörde und dem Umfeld der betroffenen Personen zu bestimmen ist. Der persönliche Kontakt, möglichst im konkreten Lebensumfeld der betroffenen Menschen, stellt einen zentralen Bestandteil des Verfahrens durch die Betreuungsbehörde dar. Wir haben das Persönlichkeitsprinzip und suchen die Menschen möglichst immer in ihrer gewohnten Umgebung auf. In wenigen Fällen sind die betroffenen Personen in der Lage, in die Behörde zu kommen.

Kolleginnen und Kollegen melden von vermeintlich komplexen Verfahren immer wieder, dass nicht vorrangig die Interessen der betroffenen Personen im Vordergrund stehen, sondern dass andere Motivationen und Hintergründe existieren. Unabhängig vom Anlass der Betreuungsanregung gilt, die Installierung einer rechtlichen Betreuung ist von eindeutigen gesetzlichen Vorgaben bestimmt.

Das Ergebnis nach intensiver Überprüfung im Betreuungsverfahren ist oft: Eigentlich sind andere Hilfen für diesen Menschen vorrangig, aber offensichtlich erreichen sie den Menschen nicht. Wie schaffen wir es also, dass die Hilfen, die in der Region existieren, zu den Menschen kommen, ohne dass eine Betreuung eingerichtet wird? Eine Antwort könnte sein, dass wir versuchen, zwischen der Betreuungsbehörde und dem Gemeindepsychiatrischen Verbund verstärkt Verbindungslinien zu ziehen, die zugegebenermaßen bisher nur leicht ausgeprägt bestehen. Da ist noch viel Luft nach oben. Die Sozialsysteme auf der einen Seite (Gemeindepsychiatrischer Verbund) und die rechtliche Betreuung auf der anderen Seite müssen enger kooperieren. Mein Eindruck, da bestehen insbesondere von Seiten der Betreuungsbehörde ganz große Berührungsängste, zum Beispiel im Hinblick auf den Datenschutz. Gerade als Psychiatriekoordinator würde ich mir wünschen, dass einerseits die Eingliederungshilfe bzw. der Gemeindepsychiatrische Verbund und auf der anderen Seite die Betreuungsbehörde mit der rechtlichen Komponente besser zusammenarbeiten. Da würde viel im Interesse der Betroffenen zusammenpassen, zumal nicht selten die gleichen Personen im Mittelpunkt des Handelns stehen.

Wenn in der Diskussion das Stichwort »Unterstützte Entscheidungsfindung« fällt, dann ist das nicht nur ein Thema der Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuer, denn die meisten Betreuungen werden nach wie vor von Eh-

renamtlichen durchgeführt. Da sollten wir verstärkt den Fokus darauflegen, die Schulung von Ehrenamtlichen voranzubringen. Das kann vorrangig nur über die Betreuungsvereine funktionieren, die sind aber chronisch unterfinanziert. Daher ist es eine ganz wichtige Stellschraube, diese Vereine finanziell besser auszustatten, so dass diese Aufgaben der Fort- und Ausbildung z. B. zum Thema »Unterstützte Entscheidungsfindung« durchführen können.

Im Moment kommt erschwerend hinzu, dass wir leider auch im Main-Kinzig-Kreis aktuell in der Folge der Umsetzung des BTHG feststellen müssen, dass viele Ehrenamtliche die Betreuung abgeben möchten, weil der administrative »Wust«, der auf sie zukommt, nicht mehr leistbar ist und sich viele Menschen überfordert fühlen. Zudem besteht ein Mangel an potentiellen Betreuerinnen und Betreuern, sowohl bei den Berufsbetreuerinnen und -betreuern als auch bei Ehrenamtlichen. In der Praxis ist das eine ganz fatale Entwicklung, denn hinter dem BTHG steht eigentlich der Gedanke der Selbstbestimmung Behinderter. In der Konsequenz geschieht jedoch oft das Gegenteil. Es werden Berufsbetreuungen eingerichtet, die vorher von Angehörigen oder ehrenamtlich Tätigen geführt wurden. Als Behörde müssen wir bei den beantragten Betreuerwechseln priorisieren und viele Verfahren führen zeitnah nicht zu den gewünschten Ergebnissen.

Kellerkinder e. V.

Thomas Künneke

Ich sitze beim Bundesjustizministerium in der Arbeitsgruppe des Erforderlichkeitsgrundsatzes und die habe ich mir auch ganz bewusst ausgewählt. Dort vertrete ich den Deutschen Behindertenrat. Für uns, als Vertreterinnen und Vertreter von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist es besonders wichtig, dass die Aussprechung von Betreuung immer geringer wird, d. h. jede rechtliche Betreuung, die ausgesprochen wird, hat immer damit zu tun, dass ein Stück Selbstbestimmungsrecht verloren geht, das muss man ganz realistisch sehen. Wir sind deshalb dafür, dass weniger Betreuungen ausgesprochen werden, dass sich die Betreuungszeiten reduzieren und dass die Aufgabengebiete wesentlich spezifischer gestaltet werden.

Ich war am Wochenende in Braunschweig zum Betreuungstag und da ging es darum, inwieweit die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) die Möglichkeiten hat, andere Hilfen zu vermitteln. Ich glaube aber nicht nur das Thema »andere Hilfen zu vermitteln« ist in den Vordergrund zu stellen, sondern das Thema »Bewusstseinsbildung«. Den meisten Menschen, denen Betreuung angeraten wird, auch aus dem sozialen System, wird das eher wie eine Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter oder eine Verwaltungskraft vermittelt. Den meisten Menschen wird nicht vermittelt, dass das eine Einschränkung ihrer Persönlichkeitsrechte bedeutet. Die Menschen kommen in eine Betreuung hinein und denken, es sei eine zusätzliche sozialarbeiterische Leistung und sind sich nicht bewusst, dass es aufgrund der Einschränkung der Persönlichkeitsrechte auch zu Stress kommen kann. Es ist sehr wichtig, die Menschen aufzuklären, damit sie ggf. eine andere Entscheidung treffen können und nicht nur darüber aufzuklären, welche anderen Sozialleistungen sie durch das Sozialgesetzbuch bekommen können. Das ist ein Punkt, wo ich denke, dass die EUTB aufklären muss. Außerdem geht es darum, andere mögliche Maßnahmen innerhalb eines Versorgungssystems zu ergründen, die eine Betreuung nicht notwendig machen. Das führt auch sehr häufig dazu, dass wir die Menschen entängstigen müssen. Spannend ist, dass viele Menschen (jedenfalls die, mit denen wir zu tun haben) mehr Sorge vor dem Versorgungssystem haben, als vor der Justiz. Das möchte ich eindeutig sagen, weil sie da eher schlechte Erfahrungen gemacht haben als im Betreuungskontext, wo sie neu sind.

Die unterstützte Entscheidungsfindung, Artikel 12 der UN-Behindertenkonvention (UN-BRK), ist für die Verbände ein ganz wichtiger Aspekt und wir, die Interessenvertretung selbstbestimmtes Leben, machen gerade ein Projekt der Aktion Mensch zur unterstützten Entscheidungsfindung, indem wir das ausschließlich mit Menschen durchführen, die von rechtlicher Betreuung betroffen sind und mit Verbändevertreterinnen und -vertretern. Wir wollen dann gemeinsam mit Menschen aus dem Bereich Lernschwierigkeiten und psychische Beeinträchtigungen Konzepte entwickeln, wie sie sich eine unterstützte Entscheidungsfindung vorstellen würden. Das ist ein spannendes Projekt und beginnt gerade. Für mich ist ein ganz wichtiger Punkt, dass es immer um die Entscheidung des bzw. der Einzelnen geht. Das heißt, eine unterstützte Entscheidungsfindung ist nur eine Unterstützung zu der individuellen Entscheidung und hat nichts damit zu tun, dass andere in diese Entscheidung eingreifen. So sieht es jedenfalls die UN-BRK. Im rechtlichen Betreuungskontext herrscht aber eine etwas andere Sicht vor, da soll dieses Modell vorrangig sein, aber die ersetzende Entscheidung hat noch immer einen hohen Präferenzwert im Handeln. So würde ich das sagen und deshalb sehen wir das etwas kritischer.

Ich sehe das stellvertretende Handeln noch mehr als eine absolute Ausnahme, die UN-BRK sagt eindeutig, dass so etwas nicht mehr vorkommen darf. Der letzte Staatenbericht bzw. die Ausführung der UN dazu hat das sehr klar festgehalten.

Wenn es um den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen geht, haben viele betroffene Menschen in Berlin die Erfahrung gemacht, dass die Betreuerinnen und Betreuer in den meisten Fällen diesen Willen nicht eruieren. Ich bezweifle auch, dass die Betreuenden das wirklich komplett tun können. Ich finde, dafür müssten teilweise Assistenzleistungen erbracht werden, damit die Menschen Zeit haben, diese wichtigen Entscheidungen zu treffen. Oft sind das nämlich keine Entscheidungen, die in einem Tag oder einem Gespräch zu treffen sind, sondern für die es mehrere Tage braucht, um gründlich darüber nachzudenken und sich klar zu werden. Oft denke ich auch, dass das Zeitkontingent der Betreuenden nicht ausreicht, um diese Unterstützung zu einer Entscheidung zu leisten. Da sind meiner Meinung nach Hilfen anzusetzen, wie ein Case-Management beispielsweise aber auch Hilfen innerhalb des Sozialsystems, wo solche Entscheidungen unterstützt werden können, das fehlt eindeutig.

In Bezug auf die Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes kann ich nur sagen, ich verstehe diese Konto-Diskussion nicht. Menschen mit psychischen

Beeinträchtigungen haben Menschenrechte, Selbstbestimmungsrechte, das muss ganz eindeutig klargestellt werden. Ob das mit dem Konto so eine große Schwierigkeit ist, dass ganze Betreuungen aufgehoben oder abgegeben werden müssen, das wage ich zu bezweifeln.

Seit 2009, spätestens jedoch seit 2015 ist klar, dass die UN-BRK Auswirkungen hat. Allen Einrichtungen war klar, dass sich einiges verändert. Die Idee, sich damit auseinanderzusetzen, hat im letzten Jahr stattgefunden, bis dahin hatte sich überhaupt niemand damit beschäftigt. Jetzt ist dieser Stau da, der vor drei/vier Jahren schon gut abgearbeitet werden hätte können, und wir hätten schon gut vorbereitend in solchen neuen Strukturen agieren können. Das zweite, was mich dazu sehr stört, ist dieses »beleidigt sein« der Einrichtungen bzw. Leistungserbringer. Gerade in der Übergangsphase hätte ich mir gewünscht, dass die Einrichtungen sagen, »da helfen wir jetzt mit und unterstützen und sind nicht beleidigt und ihr schaut wie ihr klarkommt«.

Bezüglich der Frage nach der Gruppe der Menschen mit Suchterkrankungen: Das ist die Gruppe, die leider menschenrechtlich auch in Deutschland aus meiner Perspektive noch überhaupt nicht gesehen wird. Sie sind immer noch die Gruppe, die eigentlich zu den Menschen mit psychischer Erkrankung zählen, aber nicht mitgedacht werden. Dieser Gruppe wird auch oft zugeschrieben, dass sie viele Sachen nicht selbst könnten. Es gibt immer Situationen und Fälle, die extrem sind, und wo es eine gewisse Unterstützung in der Entscheidung braucht. Ich will aber betonen, dass Menschen mit Suchterkrankung so fit sind, Geld zu organisieren, so viele Kompetenzen haben, dass es fatal wäre zu sagen, die können bestimmte Sachen nicht. Diese Gruppe muss auch im Rahmen der unterstützten Entscheidungsfindung noch viel mehr beachtet werden.

Die Einbindung von Angehörigen und das Außenvorlassen von anderen Aufgabengebieten geht natürlich gar nicht. Wir sind in einem Selbstbestimmungskontext, d. h. für mich eine Bewusstseinsbildung bei den Betroffenen und die müssen entscheiden, ob Angehörige diese Aufgaben übernehmen können oder nicht, alles andere würde dem Prozess zuwiderlaufen.

Arbeitsgruppen:

Aufgabenbestimmung rechtliche Betreuung und Zugang zur Betreuung

Bernd Kaltschnee, Jörg Holke

In der Arbeitsgruppe waren Vertretende der Selbsthilfe, einer Betreuungsbehörde, der rechtlichen Betreuung, von Angeboten der Eingliederungshilfe, einer psychiatrischen Klinik und eines Jobcenters an der Diskussion beteiligt.

Als thematische Schwerpunkte wurden der Zugang zu rechtlicher Betreuung, deren Art und Umfang, die Aufgaben der Betreuungsbehörden, das Zusammenwirken von Betreuungsplanung und Hilfeplanung und die Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes bearbeitet.

Zugang zur rechtlichen Betreuung sowie Art und Umfang

Ausgangspunkt der Diskussion war die These aus dem Landesjustizministerium NRW, dass in der Bestellung der rechtlichen Betreuung ein Anteil von bis zu 25 % gesehen wird, in denen eine Bestellung durch Einleitung anderer Hilfen vermeidbar gewesen wäre. Aus verschiedenen Perspektiven wurde diese Zahl als zu hoch bewertet.

Aus Sicht des Vertreters einer Betreuungsbehörde ist möglicherweise jede zehnte Betreuung zu vermeiden. Aufgabe der Betreuungsbehörde ist die Vermittlung anderer Hilfen im Vorfeld der Bestellung. Problematisch wurde gesehen, dass zwar Hilfen angeregt und vermittelt werden, es aber nicht immer auch zu einer Inanspruchnahme kommt.

Von den Vertretenden der Berufsbetreuenden wurde diese Einschätzung bestätigt. Das sind die Betreuungen, die auch von den rechtlichen Betreuenden letztendlich als problematisch angesehen werden. Zugleich wurde die Gefahr formuliert, dass die rechtliche Betreuung als die schlechtere Leistung – da mit Grundrechtseingriffen verbunden – dargestellt werden könnte und diese zu vermeiden wäre. Rechtliche Betreuung und soziale, gesundheitliche sowie pflegerische Hilfen sollten sich jedoch ergänzen und sind als zwei gleichwertige und notwendige Hilfesysteme zu sehen.

Die Unterscheidung der Zielgruppen war anwesenden Selbsthilfevertretenden wichtig. Die vorrangigen Hilfen bei einer Demenzerkrankung sind

anders einzuschätzen, als wenn beispielsweise eine schwere Depression die Ausgangsituation ist. Auch von den Selbsthilfevertretenden wurden sowohl im Zugang und auch beim Umfang der Betreuung in einem Teil der Bestellungen die Erforderlichkeit in Zweifel gezogen.

Die Vertreterin eines Jobcenters betonte die Bedeutung der Prüfung anderer Hilfen bevor eine rechtliche Betreuung eingesetzt werde. Gerade auch bei den Jobcentern bestehen vielfältige Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Seitens der anwesenden Leistungserbringer aus der Eingliederungshilfe wurde berichtet, dass die Klientinnen und Klienten oft die rechtliche Betreuung als Unterstützung erleben. Hier wurden eher in der Dauer der Betreuung Probleme gesehen. Nicht selten werden Betreuungen länger geführt als notwendig.

Nicht bekannt war der Arbeitsgruppeteilnehmenden die Datenlage zu Aufhebungen von Betreuungen. Da regional Daten bei den Betreuungsbehörden vorliegen, wurde eine überregionale Auswertung angeregt.

In der Arbeitsgruppe bestand Konsens, dass eine fortlaufende Verlängerung im 7-Jahres-Rhythmus die Gefahr in sich birgt, dass die Erforderlichkeit nicht hinterfragt und der rechtlich Betreuende Teil des Alltags des Betreuten wird. Der Gesetzgeber sollte intensiv darüber nachdenken, die Überprüfungsfristen zu verändern und die 7 Jahre deutlich zu verkürzen. Insgesamt sollte mehr Mut zur Aufhebung von Betreuungen bestehen.

Hilfreich wären hier eingegrenzte Aufgabenkreise, die dann, wenn der zu Betreuende diese wieder selbst wahrnehmen kann, auch zur Aufhebung der rechtlichen Betreuung führen.

Betreuungsbehörden stärken

Handlungs- und Verbesserungsbedarf wurde von allen Anwesenden in Bezug auf die Heranführung an andere Hilfen und die Koordination anderer Hilfen (Behandlung, Teilhabe und Pflege) gesehen. Hier muss eine stärkere Zusammenarbeit bzw. Abstimmung zwischen Betreuungsbehörde und dem psychiatrischen Hilfesystem sichergestellt werden. Das Beispiel in Hessen, wo über die Einbindung der Betreuungsbehörde an den Gemeindepsychiatrischen Verbund eine Abstimmung gewährleistet wird, kann hier Vorbild sein.

Ein an der Betreuungsbehörde angedocktes Fallmanagement wäre eine Erprobung wert, müsste aber gesetzlich geregelt und die Finanzierung zwi-

schen Justiz, Kommune und Leistungsträgern nach dem SGB II, V und IX abgestimmt werden. Eine Verbesserung und Stärkung des Sozialberichts wäre ein erster wichtiger Schritt, ohne die Bedeutung des Sachverständigengutachtens zu vernachlässigen.

Zu beachten ist die finanzielle Absicherung der Betreuungsbehörden. Diese werden von der Kommune bzw. Landkreis finanziert und je nach Kassenlage gut oder weniger gut ausgestattet. Hier ist auch der Finanzausgleich mit dem Land zu berücksichtigen.

Betreuungsvereinbarung / Hilfeplanung

Gesetzlich besteht bisher keine Pflicht zu einer Betreuungsvereinbarung. Der rechtliche Betreuer hat in geeigneten Fällen auf Anordnung des Gerichts zu Beginn der Betreuung einen Betreuungsplan zu erstellen. In dem Betreuungsplan sind die Ziele der Betreuung und die zu ihrer Erreichung zu ergreifenden Maßnahmen darzustellen. Die anwesenden rechtlich Betreuenden verwiesen auf die hohe Bedeutung des persönlichen Gesprächs. Daraus kann sich eine Betreuungsvereinbarung ergeben.

Die Teilnahme der rechtlich Betreuenden an Hilfeplankonferenz wird insbesondere in der Anfangszeit von den zu Betreuenden als Unterstützung gewünscht. Nur im Extremfall wird stellvertretend teilgenommen. Im Zentrum steht der Wille des Betreuten.

In den Jobcentern wird – bei Zuständigkeit für die Koordination – auch die rechtliche Betreuung bei Abstimmungen mit einbezogen. Oft sind es eine Vielzahl von Hilfen im gegliederten System, die zu koordinieren sind. Die Klärung, wer koordiniert und wer einbezogen wird, ist ganz entscheidend für das Funktionieren von integrierten Hilfen.

In Hessen werden die rechtlich Betreuenden bei der Erstellung des Integrierten Teilhabeplans regelhaft einbezogen. Dem Teilhabeplan muss entsprechend von den von dem Betreuten – unterstützt von dem rechtlich Betreuenden – zugestimmt werden. Die Einbeziehung der rechtlichen Betreuung wird auch schriftlich vermerkt. Die Zusammenarbeit mit den rechtlichen Betreuenden funktioniert in der Regel gut.

Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes

Aus der Praxis wird berichtet, dass insbesondere im ehrenamtlichen Bereich rechtliche Betreuung abgegeben wird, da die Umsetzung des Bundesteilhabgesetzes und die Umstrukturierungen der Eingliederungshilfeleistungen zu Überforderungen sowohl der der Betroffenen als auch der ehrenamtlichen Betreuer geführt hat.

In der Arbeitsgruppe wird von einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe berichtet, dass einzelne Heimbewohnende nicht bereit sind, ein eigenes Konto aufzumachen. Deshalb eine rechtliche Betreuung zu bestellen, kann hier nicht die Lösung sein. In der Arbeitsgruppe wird eine intensive Überzeugungsarbeit als fachlich geboten angesehen. Andererseits ist grundsätzlich der Wille des Betreuten entscheidend. Inwieweit hier Abtretungsregelungen hilfreich sein können, muss individuell geklärt werden.

Andere Leistungserbringer berichten, dass bei der Kontoeröffnung ein Hin- und Herschieben zwischen den rechtlichen Betreuenden und den Heimträgern, wer die Unterstützung leisten solle, eine gängige Praxis ist. Hier sollten kooperative Abstimmungen ermöglicht werden.

Partizipation:

Die Mitwirkung an der Berichterstellung und perspektivisch die Verankerung einer Betreuungsvereinbarung wird grundsätzlich positiv gesehen. In Bezug auf die Umsetzung von Partizipation wird das Instrument der unterstützten Entscheidungsfindung als geboten und sinnvoll erachtet. Allerdings fehlt es nicht selten bei den rechtlich Betreuenden an Wissen insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und den Auswirkungen in der Umsetzung. Hier bedarf es qualifizierter Fortbildung. Auch zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens, die vor allem biographische Recherche notwendig macht, ist methodische Kompetenz und Fortbildung sinnvoll.

Von besonderer Bedeutung ist dies auch in der Einbeziehung von Angehörigen, bzw. in Bezug auf Vorsorgevollmachten von Angehörigen.

Reformvorschläge zum Betreuungsrecht

Peter Winterstein

Die Arbeitsgruppe war trialogisch zusammengesetzt. Teilnehmende kamen aus unterschiedlichen Berufsfeldern, die mit Betreuungen zu tun haben (Betreuungsgerichtstag, Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, Bundesverband der Berufsbetreuerinnen, Vereins- und selbständige Betreuer) und/oder waren Betroffene und Angehörige.

Es wurden folgende Themen behandelt: Unbetreubarkeit, Vollmachten, unterstützte Entscheidungsfindung und Reformüberlegungen sowie das das von Seiten der APK entwickelte Papier zur Reform des Betreuungsrechtes.

Unbetreubarkeit

Dass eine Betreuerin oder ein Betreuer kapituliert und auch das Betreuungsgericht die Betreuung aufhebt, weil sich erwiesen hat, dass nichts zu machen sei, wurde anhand folgenden Beispiels diskutiert:

Eine Betreuungsbestellung mit dem Ziel, eine Mutter weiter erziehungsfähig zu halten, wobei der Betreuer die Betreuung aufgegeben hat, bevor die Entscheidung getroffen wurde, das Kind von der Mutter zu trennen. Gründe dafür waren schlechte Erreichbarkeit der Klientin und fehlende Krankheitseinsicht.

In der Diskussion wurde deutlich, dass eine solche Konstellation schwierig ist, aber nicht unbedingt unter dem Punkt »*Unbetreubarkeit*« gefasst werden kann. Es stellte sich die Frage, ob die Mutter dazu in der Lage ist, ihren freien Willen zu bilden – dann bestimmt sie – oder nicht: dann wäre möglicherweise davon auszugehen, dass ihr mutmaßlicher Wille wäre, dass ihr das Kind nicht weggenommen wird, sie aber das Kind nicht mehr selbst versorgen kann.

Eine weitere Frage: Sind die Voraussetzungen für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung an dieser Stelle gegeben oder nicht, kann diese auch ausnahmsweise gegen den erklärten Willen implementiert werden, weil der Mensch keinen freien Willen bilden kann? Dabei ist immer die Verhältnismäßigkeit im Blick zu behalten und es sollte bedacht werden, dass Betreuung nie als Allheilmittel geeignet ist, sondern deren Einrichtung einen eingeschränkten klaren Bereich umfasst.

Es gibt extreme Situationen, in denen von Anfang an eine rechtliche Betreuung fehlerhaft angeordnet wird, obwohl sie nicht helfen kann. In so einer

Situation, wie im Fallbeispiel beschrieben, wo unbedingt die Mutter-Sohn-Beziehung gerettet werden sollte, wird mitunter über realistische Grenzen hinweg gegangen. Bei *Unbetreubarkeit* ist es eine Einzelfallabwägung und für die Juristinnen und Juristen gibt es folgenden Prüfpunkte: Gegen den freien Willen – nie; falls kein freier Wille bildbar ist: Welchen rechtlichen Handlungsbedarf gibt es, der sinnvoll über eine Rechtliche Betreuung gelöst werden kann? Kontrollfrage: Kann das auch eine bevollmächtigte Person aus der Umgebung genauso gut hinbekommen? Generell ist die Frage sehr wichtig, ob nahestehende Personen in solchen Fällen genug einbezogen werden. Solche nahestehenden Menschen können viel besser Auskunft geben, als eine Einzelbefragung das liefern könnte und sind eine wichtige Quelle für Informationen. Deshalb ist es auch die Aufgabe von Angehörigen und Menschen aus dem Umfeld, den oder die Betroffene zu unterstützen und sich ggf. einzuschalten, wenn solch ein Verfahren läuft.

Die Frage ist, wie kann man an fehlender Krankheitseinsicht erfolgreich arbeiten? Wenn das nicht geht, dann lebt die Person so, wie sie lebt und das muss akzeptiert werden. Menschen müssen so genommen werden, wie sie sind. Wenn ihnen mehr Leid als Erleichterung bereitet wird durch das, was für notwendige Fürsorge gehalten wird, dann ist das womöglich nicht der richtige Weg.

Vollmachten

Zur Frage, ob eine Betreuung erforderlich ist, wenn jemand eine *Vollmacht* für eine bestimmte Person erteilt hat, wurden zwei Beispiele angeführt, in denen eine Vollmacht nicht ausreicht und zwingend eine Betreuung eingesetzt werden muss:

- *Wenn ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden muss, weil man sich krankheitsbedingt so weit in Gefahr bringt, dass die Lebensgrundlage nicht mehr gewährleistet ist.*
- *Wenn der oder die Bevollmächtigte die Betreuungsmacht nicht mehr ausüben möchte oder kann.*

Ob eine Generalvollmacht ausreicht, kommt darauf an, was zu regeln ist. Das Recht hat sich in Stufen geändert: was früher die Generalvollmacht geregelt hat (nämlich alles), kann sie nun nicht mehr regeln. Der Gesetzgeber hat zum Schutz von Vollmachtgeberinnen und -gebern verschiedene Barrieren gesetzt. Die Generalvollmacht als solche reicht für Vermögens-

und Personensorge, aber nicht für alle Entscheidungen, insbesondere im Bereich der Personensorge: Schwerwiegende medizinische Behandlungen oder freiheitsentziehende Unterbringungen müssen ausdrücklich erwähnt werden und Zwangsbehandlung sowieso. Das zeigt, dass eine Generalvollmacht für eine bestimmte Zeit und bestimmte Situationen helfen kann, aber nicht für alles. Im Verlauf der weiteren Entwicklung wird es möglicherweise weitere Einschränkungen im Bereich der Vollmachten geben. Es gibt bislang keine Kontrollen im Vermögensbereich. Inzwischen ist aber klar, dass es ein wirklich großes Dunkelfeld des Missbrauchs von Vollmachten im finanziellen Bereich gibt. Angloamerikanische Länder kontrollieren Vollmachten vor allem im Finanzbereich, bei uns ist das zurzeit unkontrolliert, weil es auf Vertrauen basiert. Wenn jemand geschäftsmäßig eine Vollmacht ausübt, muss er oder sie eigentlich zugelassene Rechtsanwältin oder Rechtsanwalt sein, sonst ist es ein Verstoß gegen das Rechtsdienstleistungsgesetz. Angehörige können aber natürlich mit Angehörigen alles Mögliche vereinbaren, das fällt in eine andere Kategorie.

Es gibt den juristischen Begriff der Generalvollmacht und es gibt die Spezialvollmacht. Das Formular des BMJV empfiehlt eine Reihe von speziellen Regelungen, damit man sich im Klaren darüber ist, was man überhaupt überträgt. Die Generalvollmacht besagt, dass der oder die Bevollmächtigte die betroffene Person in allen finanziellen und persönlichen Angelegenheiten vertreten kann. Das zu machen ist nicht mehr empfehlenswert, sondern stattdessen spezielle Regelungen zu treffen.

In einer sogenannten Betreuungsverfügung - auch innerhalb einer Vollmacht möglich - kann die eventuell in der Zukunft notwendige Betreuungsperson schon im Vorhinein festgelegt werden. Im Prinzip ist die Betreuungsrichterin oder der Betreuungsrichter an diesen Wunsch gebunden, es sei denn, er oder sie befindet die vorgeschlagene Person als nicht geeignet. Diese Wunschbindung soll deutlich verstärkt werden mit der Reform. Empfehlenswert ist, sich von einem Verein oder einer Behörde beraten zu lassen, um sich die Formulierungen in allen ihren Konsequenzen erklären zu lassen. In der Diskussion wurde deutlich, dass es niemals eine absolute Sicherheit geben kann, dass keine Betreuerin oder Betreuer bestellt wird. Eine gute Aufklärung und z. B. im Rahmen einer Vereinbarung im Vorfeld einer Krisensituation eine »*Unterstützte Entscheidungsfindung*« könnte möglicherweise die Einrichtung einer Betreuung verhindern.

Unterstützte Entscheidungsfindung und Reformüberlegungen

Insgesamt sollte eine *Unterstützte Entscheidungsfindung* gerade bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als Instrument genutzt werden, um sie in ihrer Lebenssituation zu befähigen, ihr Leben zu organisieren. Damit wäre dieses Instrument ein Mittel, Betreuung zu vermeiden bzw. eingerichtete Betreuungen zeitlich zu befristen. Damit der Prozess der *Unterstützten Entscheidungsfindung* nicht paternalistisch verläuft, bedarf es der Anwendung von Analyse-/Diagnostiktools, da es Menschen mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen, z. B. auf der Handlungs- Erkenntnis- oder Kommunikationsebene gibt. Dieser Ansatz – mit einer zusätzlichen externen Kontrolle – wurde auch aus selbstkritischer Angehörigensicht unterstützt, um zu verhindern, dass aus *Unterstützter Entscheidungsfindung* eine *Manipulierte Entscheidungsfindung* wird, bei der die Interessen der Angehörigen dahinterstecken.

Kontrovers wurde diskutiert, ob der Begriff der *Unterstützten Entscheidungsfindung* definiert ist oder nicht.

Zum Hintergrund: Es geht um einen Streit der Auslegung der UN-BRK, »supported decision-making« oder »substitute decision-making«? Ersetzende Entscheidungen sind nicht mehr zulässig, sondern alle sind angehalten (auch jedes Gericht und jede Betreuerin und jeder Betreuer), »supported decision-making« anzustreben. Der UN-Fachausschuss ist der Auffassung, dass stellvertretende Entscheidungen nicht mehr zulässig sind. Das Bundesverfassungsgericht hat es für bestimmte Situationen von Zwangsbehandlung anders entschieden, weil es meinte, dass nach deutschem Recht gegenüber einer kranken Person, die nach gegenwärtigen juristischen Kategorien für nicht entscheidungsfähig gehalten wird und die eventuell sterben oder sich selbst gefährden könnte, die Verpflichtung bestünde, einzugreifen. Es stellt sich natürlich immer die Frage, mit welchen Mitteln eingegriffen wird.

Eines der Mittel, das wir momentan haben, ist die rechtliche Betreuung mit bestimmten Aufgabenkreisen. *Unterstützte Entscheidungsfindung* ist menschenrechtlich das Ziel und die jetzigen Reformvorschläge dienen auch genau diesen Zielen. Es gibt unterschiedliche Auffassungen, in welchem Stadium wir uns befinden und es ist auch noch nicht so weit, dass man sagen könnte »im deutschen System verstehen wir unter *Unterstützter Entscheidungsfindung* x und y«.

Andere Mittel vor der Einrichtung einer Betreuung unterliegen dabei der Prüfung durch die Betreuungsbehörde, die zu ermitteln hat, ob andere Hilfen möglich sind, wie z. B. die Eingliederungshilfe oder andere Assi-

stenzleistungen. Die Diskussion um die Stärkung der Sozialberichte gegenüber den »defizitorientierten« ärztlichen Gutachten machte das Problem der Nahtstelle zwischen Betreuungssystem und Sozialleistungssystem und Versicherungssystem/Krankenhaussystem und sozialpsychiatrischem System deutlich, deren Vernetzungsstelle im System der Betreuung die Betreuungsbehörde ist. Es ist bisher leider nicht gelungen, diese völlig notwendigen Informationsübermittlungen, sowohl in die Sozialgesetzbücher als auch in andere Regelungen hineinzubringen. Vor dem Hintergrund des Datenschutzes kann die Heranziehung von Sozialdaten jedoch nur stattfinden, wenn die betroffene Person damit einverstanden ist, dass ein solcher Bericht, in dem neben dem Arztbericht alle Lebensbereiche ausführlich beschrieben werden, für die Einrichtung einer Betreuung verwendet wird und damit dem Gericht bei seiner Entscheidungsfindung vorliegt.

Als eines der obersten Prinzipien gilt aber, dass die betroffene Person einen Anspruch darauf hat, bei der eigenen Entscheidungsfindung unterstützt zu werden. In diesem Zusammenhang fielen auch die Begriffe der Assistenz (s. auch Beitrag von Frau Schnellenbach S. 41) bzw. Verfahrenspflegschaft, die vom Gericht bei schwerwiegenden Eingriffen bestellt wird, wenn die betroffene Person nicht mehr dazu in der Lage ist, die eigenen Interessen im Verfahren wahrzunehmen. Im Verfahren gibt es zurzeit verschiedene Regelungen: Personen des Vertrauens, nahestehende Personen und Familienangehörige sind alle im Verfahrensrecht erwähnt, haben aber nicht die Stellung eines/einer Verfahrenspflegers/-pflegerin, die das Gericht ausdrücklich bestellt, je nach Materie und Örtlichkeit. Manchmal bestellen Gerichte nur Rechtsanwälte und -anwältinnen. Im Werdenfelser Modell z. B., wo es um freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenheimen geht, werden vorrangig fachkundige Mitarbeitende aus dem Pflegebereich bestellt, die nicht nur die Verfahrensrechte, sondern auch die fachliche Seite kennen.

Außerdem hat die betreute Person Anspruch darauf, dass eine Person ihres Vertrauens bei der Anhörung hinzugezogen wird. Dafür müsste sie natürlich bei Einleitung des Verfahrens vor der Anhörung belehrt oder informiert werden in einer ihr angemessenen Form. Da stecken Chancen drin, schon im Verfahren Personen hinzuzuziehen, die die betroffene Person gut kennen. Dann gibt es die Chance, aktiv mitzugestalten, wenn die Person mit Peers oder anderen Selbsthilfeorganisationen in Kontakt ist und wir endlich zu einer Kultur kommen, dass die Person auch im Verfahren von entsprechende Menschen begleitet wird, die wissen, wie man sich in seiner Haut fühlt und die sehr viel mehr von ihm wissen, weil sie mit diesem

Menschen befreundet oder bekannt oder verwandt sind. Es gibt nicht nur die böswilligen, sondern eine Mehrheit von fürsorgenden Familienangehörigen. Es gibt die Verfahrenspfleger, aber auch noch andere Personen, die unterstützen können, die als Assistenz beim Betreuungsverfahren bezeichnet werden können.

Ein weiterer Punkt wäre die Sachkunde der Betreuenden, insbesondere in Bezug auf Psychopharmaka. In den Reformdiskussionen besteht Einigkeit, dass keine beruflichen Betreuer und Betreuerinnen ohne Fachkenntnisse mehr bestellt werden sollten. Nach der derzeitigen Regelung hat er bzw. sie einen Anspruch auf Bezahlung bei mehr als zehn Betreuungen unabhängig von den Vorkenntnissen bzw. dem Vorliegen einer Ausbildung, also ohne jegliche Sachkundeprüfung oder -nachweise. Um von diesem System wegzukommen, sind als Voraussetzung zur Führung von Rechtlichen Betreuungen u. a. Kenntnisse der Gesundheitsfürsorge, Diagnostik und Behandlung, um z. B. auch mit Medikamenten umgehen zu können sowie auch Kenntnisse in der *Unterstützten Entscheidungsfindung*, zu fordern. Zu wünschen wären bundeseinheitliche Standards mit definierten Zulassungs- und Ausbildungsinhalten für eine abgesicherte Qualität der Betreuung. Außerdem sollten berufsbegleitende Fortbildungen verpflichtend werden.

Was letztlich gesetzlich festgeschrieben werden kann, ist wieder eine andere Frage. Ungeklärt ist die Frage, ob die Qualifikationsvoraussetzung ein Hochschulstudium sein muss, oder ob andere Eingangsvoraussetzungen genauso gut wären, wenn bestimmte Module dazukommen. Ganz zentral erscheinen inzwischen die Kommunikation und die Fähigkeit, andere Menschen bei ihrer Entscheidung zu unterstützen. Vor 20 Jahren gab es schon einmal einen Sprung im Vergütungssystem und eine Umstellung des Systems in der beruflichen Betreuung, wo die Länder Regelungen mit einer Rahmenvorschrift des Bundes geschaffen haben, dass bestimmte Schulungen mit bestimmten Inhalten à 200 oder 400 Stunden durchgeführt werden und mit einer Abschlussprüfung abgeschlossen werden müssen. Damals wurde die Kommunikationsfrage nicht so zentral gesehen. Heute folgt aus den Ideen der UN-BRK, dass die bundesrechtlich festgelegten Ziele keine unverbindlichen Empfehlungen sein dürfen.

Reformvorschläge der Arbeitsgruppe Menschenrechte in der APK* im Betreuungsrecht

In dem Papier sind im Wesentlichen Punkte, die bisher vom BMJV in den Reformüberlegungen noch nicht angesprochen worden sind, weil sich viele der APK-Vorschläge auf Verfahrensvorschriften beziehen. Die Diskussion im materiellen Recht läuft seit anderthalb Jahren. Die Diskussion, wie das in gerichtlichen und sonstigen Verfahren umgesetzt wird, beginnt erst jetzt. Deshalb erscheint es der AG Menschenrechte und anderen Arbeitsgruppen, dass es sinnvoll wäre, jetzt in diesen Prozess etwas einzuspeisen. Gerade auch Menschen mit psychischem Handicap und auch Angehörige und Peers sollten im Verfahren mehr einbezogen werden.

Vertreter bzw. Vertreterin von Amts wegen:

»Dem Betreuungsgericht ist die Möglichkeit zu eröffnen, einen Vertreter von Amtswegen nach § 15 SGB X zu bestellen, sofern durch eine soziale Leistung die Einrichtung einer Betreuung vermieden werden kann.«

Die Idee, die dahintersteckt, ist, dass vielleicht nur für das Sozialleistungsverfahren eine Vertreterin oder einen Vertreter gebraucht wird, die oder der die betroffene Person in diesem Verfahren unterstützt und die Sozialverwaltung das erkennt. Im Vorfeld einer Betreuung wird eine ausführliche Unterstützung versucht, um möglichst ohne Betreuungsbestellung auszukommen. Der Unterschied zu einer zeitlich begrenzten Betreuung mit eingeschränktem Aufgabenkreis liegt darin, dass ein anderer Kostenträger, in dem Fall der Sozialleistungsträger, zuständig ist. Dieser Umstand hat wahrscheinlich auch dazu geführt, dass es die Vorschrift im SGB X schon lange gibt, sie aber nicht angewendet wird. Aus diesem Grund darf es nicht länger antragsabhängig sein, da es von den Sozialleistungsträgern als »Schuss ins eigene Knie« empfunden wird, wenn man einen Vertreter oder eine Vertreterin bestellen lässt, den die Soziallleistungsträger dann selbst bezahlen müssen. Das sollte das Betreuungsgericht von Amtswegen im Interesse der Betroffenen machen dürfen.

Die Vertretung von Amts wegen soll keine weiteren Befugnisse haben, als die Interessen des oder der Betroffenen in diesem Verfahren zu vertreten. Von der Vertretungsmacht darf nur Gebrauch gemacht werden, wenn es zwingend notwendig ist. Es kam die Frage auf, inwieweit diese Vertretung von Amtswegen das mildere Mittel als die rechtliche Betreuung darstellt, da

sie letztlich die gleichen Kompetenzen hat und sichergestellt werden muss, dass alle Vorschriften des Betreuungsechtes eins zu eins gelten und sich ebenfalls an die UN-BRK gehalten werden muss.

Recht auf Antragsstellung der Betreuungsbehörde:

»Der Betreuungsbehörde wird gegenüber Sozialleistungsträgern ein Recht auf Antragstellung auf Wunsch des oder der Betroffenen eingerichtet. Erst wenn diese Anträge erfolglos geblieben sind, wird das Ersuchen auf rechtliche Betreuung an das zuständige Gericht mit einem entsprechenden Bericht geleitet.«

Heute muss die Betreuungsbehörde bei einer Betreuungsanregung prüfen, ob sie andere Leistungen vermitteln kann. Das wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Wenn der oder die Betroffene es wünscht, und irgendein Sozialleistungsträger meint, da muss man einen Antrag stellen, warum soll dann nicht die Betreuungsbehörde eine Erklärung der/des Betroffenen transportieren, die den Begriff des Antrages erfüllt? Davor scheut man sich zurzeit, möglicherweise aufgrund von Interessenskonflikten durch die teilweise organisatorische Eingliederung der Betreuungsbehörden in Sozialämter. Im APK-Papier wird angeregt, das Recht auf Antragstellung ins Gesetz zu schreiben.

Verfahrensvorschläge:

Im Verfahren der Betreuerbestellung müssen die Betreuungsbehörde und die Sachverständigen nicht nur zu den individuellen Umständen bei der Person (Bedürftigkeit, Behinderung, Erkrankung) Stellung nehmen, sondern insbesondere zu den Ressourcen. Sie haben zu thematisieren, wie die Deckung des Unterstützungsbedarfs durch die Generierung möglicher Sozialleistungen möglich ist, ggf. welche Zugangsbarrieren es gibt in diesem Nahbereich, und sie müssen Versorgungsalternativen in der Region aufzeigen.

Begleitung der Betroffenen im Verfahren:

»Es sollte im Rahmen der Anhörung der Beteiligten auch verankert werden, dass den ›nahestehenden Personen‹ auch Menschen mit eigener Erfahrung (›Peers‹) gleichstehen.«

Peers kennen die Situation, kennen den betroffenen Menschen. Sie sollten endlich von Anfang an in gerichtliche Verfahren mit einbezogen

werden. Die Justiz sollte in den Blick nehmen, dass auch links und rechts von den Betroffenen geschaut werden muss, wer ihn oder sie vielleicht wirksamer als irgendein gerichtlich bestellter Anwalt bzw. eine Anwältin vertreten kann. Unabhängig von der Frage, ob eine Bezahlung dieser – möglichst qualifizierten – Personen perspektivisch möglich wäre oder auch hier, wie bei den Verfahrenspflegenden im Erwachsenenbereich, der Vorrang des Ehrenamtes gültig sein würde, sollte der Blick auf diese anderen Menschen und die Selbsthilfe gerichtet werden. Diese »nahestehenden Personen« sind bereits im Verfahren, deren Ressourcen werden aber nicht genutzt, weil das Netzwerk der Betroffenen nicht rechtzeitig abgefragt wird. Da davon auszugehen ist, dass Richter und Richterinnen das heute weitgehend nicht im Blick haben, obwohl gesetzlich von Vertrauenspersonen die Rede ist, bestand Einigkeit darüber, dass auch diese und andere in Verfahren Tätige sich entsprechend qualifizieren müssen.

Symposium 6: Qualität als Maßstab – Patientenrechte und Psychiatrie

Gesprächsrunde:

Senatsverwaltung Bremen

Jörg Utschakowski

Ich bin Psychiatriekoordinator des Landes Bremen. Bei der Psychiatriereform in unserem Land ist die Beteiligung Psychiatrieerfahrener und Angehöriger ein zentrales Thema. In meinem »vorherigen« Leben als Leiter eines Fortbildungs- und Forschungsinstituts habe ich die EX-IN – Qualifizierung für Genesungsbegleiter mitentwickelt und eine Vielzahl von Fortbildungen zu dem Thema geleitet.

Ich setze hinsichtlich der Selbstbestimmung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung große Hoffnung in das Bundesteilhabegesetz (BTHG). Wir haben in Bremen ein Bedarfsbemessungsinstrument entwickelt, mit dem am Anfang die Wünsche und Bedürfnisse der Leistungsberechtigten erhoben werden. Wir haben dabei eine Dokumentation eingeführt, die getrennt von den Gutachten vorgenommen werden muss. Wir wollen, dass 100 % von dem, was die betroffene Person sagt, auch dokumentiert wird und nachvollziehbar bleibt. Jede andere Einschätzung wird als »Sondermeinung« daneben gestellt. Wir versuchen auch, die Gutachter und Gutachterinneninnen dahingehend zu schulen, dass sie die Bedarfsbemessungsinstrumente dazu nutzen, möglichst gut die Wünsche und Entscheidungen der Antragsstellenden erfassen. Daher nutzen wir Instrumente wie die Zukunftswerkstatt mit Kommunikationshilfen und schulen die Gutachter und Gutachterinnen im Open Dialogue, einem sehr personenzentrierten Ansatz, bei dem die Betroffenen in den Mittelpunkt gerückt werden und auf invasive Fragen oder Interpretationen verzichtet wird.

Für die Wahrnehmung der Selbstbestimmung ist es wichtig, dass die Antragstellenden Unterstützer und Unterstützerinneninnen zur Verfügung stehen. In diesen Kontext sind die EUTBs und die Fürsprecherinnen und Fürsprecher in Krankenhäusern und den Gemeindepsychiatrischen Verbünden sehr wichtig. Sie bieten den Menschen, die sich nicht gut artikulieren können oder nicht gut selbst vertreten können, Unterstützung an, ihre Rechte wahrzunehmen und ihre Anliegen zu formulieren. Aus dem Publikum wurde gefragt, was mit der Gemeindepsychiatrie sei. »Das wahre Leben findet au-

ßerhalb der Institution statt«. Wir haben schon einige Aspekte der Gemeindepsychiatrie angesprochen. Ich glaube, dass durch das BTHG eine große Veränderung auf die Gemeindepsychiatrie zukommt, weil ich jedenfalls in Bremen erlebe, dass viele Angebote standardisiert angeboten werden. Wenn aber der Betroffene bzw. die Betroffene selbst Auftraggeber bzw. Auftraggeberin ist, entstehen völlig neue Aufträge für die Einrichtungen. Ich bin davon überzeugt, dass die Gemeindepsychiatrie gefragt ist, zu lernen, sich zu ent-institutionalisieren und stärker auf individuelle Bedarfe zu reagieren.

Die Eingangsfrage war, wie es mit einem lebensbegleitenden Coaching wäre. Dazu würde ich sagen, dass Psychiatrieerfahrene als Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen ein gutes Angebot machen können. Ich würde nicht behaupten, dass die Psychiatrieerfahrenen immer besser sind als die Profis, aber dass sie eine Kompetenz und ein Wissen haben, das oftmals in dieser Weise von Profis nicht eingebracht werden kann. Darin liegt die Chance von EX-IN. Hinsichtlich des Life Coachings könnten auch viele neue Ansätze durch das BTHG entstehen. Im Moment haben wir viele Leistungen von Genesungsbegleitern und Genesungbegleiterinnen, die innerhalb bestehender Institutionen erbracht werden und damit den Regeln und Vorgehensweisen dort unterworfen sind. Wenn wir es erreichen, dass von Psychiatrieerfahrenen selbst entwickelte Angebote auf den Markt kommen, dann werden wir noch eine große Vielfalt von neuen Angeboten erleben. In der Genesungsbegleitung liegt insgesamt eine große Chance, denn wenn sich Psychiatrie weiterentwickeln soll, dann müssen Psychiatrieerfahrene und Angehörige unbedingt an der Planung psychiatrischer Angebote beteiligt werden, sowie an der Durchführung (als Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen), aber auch in der Evaluation. Die Menschen, die am meisten von psychiatrischer Hilfe profitieren sollen, müssen auch einen Einfluss darauf haben, wie diese Hilfe geplant, erbracht und bewertet wird. Das ist für mich ein wichtiger Punkt. An dieser Stelle kann man auch darüber nachdenken, wie Genesungsbegleiter und Genesungsbegleitrinnen innerhalb von Institutionen wirksam sein können. Da gibt es drei Ebenen, indem sie erstens neue Leistungen erbringen oder andere Angebote für die Patienten und Patientinnen anbieten, die im Kanon bisher noch nicht vorhanden waren. Herr Daszkowski sprach schon an, dass auch Profis Erfahrung mit psychischer Erkrankung und deren Bewältigung haben können, aber diese Erfahrung selbst nicht unbedingt sichtbar machen. Daher bieten die Genesungsbegleiter und -begleiterinnen ein besonderes Segment innerhalb der Versorgung an. Sie sind aber zweitens auch wichtig für die Kollegen und

Kolleginnen, indem diese sehen, dass eine Person vielleicht zuvor Patient bzw. Patientin in der Einrichtung war und nun mitarbeitet. Das macht Hoffnung. Und drittens auf der Ebene der Institution überhaupt: Wie kann ich eine Einrichtung Recovery-orientiert aufstellen? Welche Verfahrensweisen brauche ich? Welche Formulare? Wie mache ich Aufnahmegespräche? All das kann durch Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen strukturell beeinflusst werden.

Meine Meinung ist, dass das Thema Zwang bei uns in der Gesellschaft noch überhaupt nicht angekommen ist. Wir wissen mittlerweile alle, dass es nicht gut ist, Kinder zu schlagen und ich glaube, da gibt es dementsprechend eine große Zurückhaltung. Bei Menschen in der Psychiatrie sind wir leider noch überhaupt nicht so weit. Zwei Beispiele: Wir haben Ende der 90er Jahre versucht, mit anderen Kliniken in Deutschland zusammen das Thema Gewaltvermeidung aufs Programm zu setzen, das ging zunächst sehr schleppend voran. Zwei Maßnahmen haben sehr schnell dazu geführt, dass ein Drittel der Zwangsmaßnahmen vermieden werden konnten. Das eine war, dass ein Ranking von allen Stationen einmal monatlich veröffentlicht wurde und das zweite war die Einführung von Sitzwachen bei fixierten Patienten und Patientinnen. Beide Ansätze hatten nichts mit Behandlungsmethoden zu tun. Oft sind die Methoden schon da, aber sie werden nicht angewendet, weil die Menschen nicht das Gefühl haben, dass es wichtig sei. Nur sechs von 16 Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs) haben Genesung, Inklusion, Beteiligung und Wiederherstellung der Selbstbestimmung als Ziel formuliert. Alle anderen begreifen das PsychKG noch als Gesetz, das da ist, um Gewalt gegen Patienten und Patientinnen zu regeln. Daher gibt es allgemein wenig Schutzrechte und wenig Hilfe- und Unterstützungsrechte, sondern eher Rechte, die sich noch immer an das alte Polizeirecht angelehnt damit beschäftigen, in welcher Form Zwang gegen Patientinnen und Patienten angewendet werden darf. Das ist für mich der Skandal und da müssen wir ansetzen. Es muss viel mehr ins Bewusstsein gerückt werden, dass Gewalt gegen Psychiatriepatientinnen und -patienten nicht okay ist. Das zweite Beispiel: Wir wollen in Bremen in den Krankenhäusern überall Gewaltvermeidungskonzepte einführen, und die Kollegen aus der Forensik sagen »aber bei uns doch nicht! Gewalt gehört im Maßregelvollzug doch zur Methodik dazu«. Das sind für mich alles Punkte, wo ich denke, dass wir neben der Beschäftigung mit Methoden auch diesen gesellschaftlichen Diskurs führen müssen, damit Gewalt geächtet wird.

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)

Gudrun Schliebener

In Bielefeld hatten psychiatrieerfahrene Menschen in den 90er Jahren gemeinsam mit der Klinik die Bielefelder Behandlungsvereinbarung erarbeitet. Beim Einsatz konnte sehr schnell festgestellt werden, welch große Hilfe eine Behandlungsvereinbarung sein kann. In der pflichtversorgenden Klinik in Bielefeld wurde unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften die Behandlungsvereinbarung trialogisch modifiziert. Es ist als durchweg positiv zu werten, dass die Einführung der Behandlungsvereinbarung eine Möglichkeit eröffnet hat, für betroffene Menschen aber auch für das ganze Hilfesystem, etwas zu schaffen, was inhaltlich dazu beiträgt, Selbstbestimmung zu leben. Eine solche Behandlungsvereinbarung ist nicht nur ein Stück Papier, sondern sie ist in erster Linie für betroffene Menschen eine Möglichkeit, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und an einem Behandlungsplan und einer Entwicklung der Behandlung in der Klinik mitzuwirken. Hier können Betroffene ihre Erfahrungen einbringen, beschreiben, was Ihnen gutgetan hat bzw. guttut, oder auch, was sie nicht als hilfereich erleben. Das bringt einen Anteil an Mit- und Selbstbestimmung, den es zuvor in der stationären Behandlung nicht gegeben hat.

Die Beteiligung an der Behandlung ist aber nur eine Facette der Behandlungsvereinbarung. Sie beinhaltet in der Regel auch die Festlegung einer Vertrauensperson innerhalb der Familien und des sozialen Umfeldes eines Betroffenen. Die Familien haben sehr viel davon, weil in der Vereinbarung festgeschrieben wird, wer die Vertrauensperson aus dem sozialen Umfeld ist. Diese Vertrauensperson hat dann eine partielle oder zum Teil auch umfassende Schweigepflichtsentbindung zum Schutz des betroffenen Menschen. Manchmal ist es so, dass wenn jemand in einem akuten Zustand in die Klinik kommt, er oder sie zunächst nicht unbedingt als glaubwürdig erscheint. Dann ist es sehr unterstützend, seine Vertrauensperson als Brückenbauer zur Seite zu haben.

Mittlerweile gibt es sehr viele unterschiedliche Versionen einer Behandlungsvereinbarung und wir würden uns wünschen, wenn die Behandlungsvereinbarungen bundesweit vereinheitlicht würden. Es ist nicht gut nachvollziehbar, warum ein Patient oder eine Patientin in Bayern anders behandelt wird als in Hamburg, Berlin oder Brandenburg.

Behandlung bedeutet auch, dass jeder Patient/Klient bzw. jede Patientin/Klientin einen Anspruch auf Hilfe hat, denn das ist ein Rechtsstatus.

Jede Behandlung setzt schließlich voraus, dass keine Aufbewahrung oder kein Wegschließen des Familienmitgliedes stationär stattfindet, sondern die Wahrung von Menschenrechten gewährleistet wird. Eine Behandlungsvereinbarung, die durchgängig bestimmte Rechte von Betroffenen sicherstellt, wäre für uns der nächste Schritt, den wir in der Weiterentwicklung versuchen anzuschieben.

Die Behandlungsvereinbarung wurde vor 20 Jahren in Herford eingeführt. Wir haben sie auf den ganzen Bereich des gemeindepsychiatrischen Verbundes ausgeweitet und mittels des Krisenpasses festgelegt, wer informiert werden muss, wo die Behandlungsvereinbarung ist, mit wem sie abgeschlossen wurde und wer eine Vertrauensperson ist, etc. Das hat sich im Kreis der betroffenen Menschen, aber auch ihrer Familien ausgesprochen positiv entwickelt, weil durch den Krisenpass sehr viel mehr Verlässlichkeit im System aufgetreten ist.

Denn bei einer Krise haben die Angehörigen ohne eine Patientenverfügung keine Rechte. Rechtlich gesehen haben Angehörige zunächst überhaupt keine Rechte, weder auf Auskunft noch auf Information, noch auf Einbeziehung. Das ist im Rechtssystem nicht vorgesehen. Wir sind zwar zuständig für Sozialkontakte und finanziellen Rückhalt (das ist auch gesetzlich z. T. so geregelt) aber haben keinerlei Anspruch auf Rechte zur Einbeziehung. In einer Klinik ist für Entscheidungen zusammen mit Betroffenen, Angehörigen und fachlichem Personal nicht immer Zeit und das kann fatale Folgen haben innerhalb des Behandlungsverlaufs.

Es gibt Untersuchungen von vor über zehn Jahren, die ergaben, dass Personalengpässe in Einrichtungen, sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich, dazu führen, dass die Gespräche mit den Angehörigen als Erstes unter den Tisch fallen. Dies muss sich verändern, Angehörige müssen beteiligt werden und dafür treten wir ein, umso wichtiger ist der Krisenpass.

Nicht-Einbeziehung der Angehörigen ist aus unserer Sicht ein fachlicher Fehler. Wenn ich mir die Behandlung, Begleitung oder Unterstützung schwer beeinträchtigter Menschen über die Zeit vorstelle, dann stellt sich unmittelbar die Frage: Wie soll ich als Familienmitglied in dieselbe fachliche Richtung mitarbeiten, die die Profis mit der betroffenen Person ausgehandelt haben, wenn ich nicht informiert und nicht einbezogen werde? Vielleicht hat das auch Auswirkungen auf mein Leben und ich habe für mich selbst auch Ansprüche und Rechte. Das zu unterlassen und überhaupt nicht zu berücksichtigen, ist ein Behandlungsfehler. Das müsste eigentlich jeder Person, die verantwortungsvoll im Beruf ist, klar sein. Wir sind nach wie vor als betroffene Familien

der größte Hilfeverbund für schwer psychisch beeinträchtigte Menschen. Das sollte die Berücksichtigung finden, die es verdient hat.

Zwang ist abhängig vom Kontext und von Interaktionen

Niemand der Angehörigen befürwortet oder möchte Zwangsmaßnahmen. Der Bundesverband der Angehörigen hat schon vor zehn Jahren gesagt: »Wir brauchen ein generelles Register, um überhaupt Vergleiche ziehen zu können.« Es ist nicht erklärbar, warum es z. B. in Dortmund sehr viel höhere Unterbringungszahlen gibt als im direkt benachbarten Bochum. Es sind genau die gleichen Menschen, die dort wohnen, Arbeitermilieu etc., die Unterschiede der Zahlen und Fakten sind jedoch so gravierend, dass man es einfach nicht verstehen kann.

Zwang ist auf der anderen Seite auch immer abhängig vom Kontext und von Interaktionen. Wenn betroffene Angehörige manches in einer kritischen Phase etwas lockerer sehen und nicht sofort dagegen angehen und meinen, die Situation zu verbessern oder zu unterbinden, dann regelt sich vieles im Vorfeld schon ganz allein. Andererseits gibt es Situationen, in denen man als Angehöriger abwägen muss, ob es noch vertretbar oder schon unterlassene Hilfeleistung ist, in einer kritischen Phase abzuwarten. Wenn das Gefühl bei Angehörigen aufkommt, etwas tun zu müssen und nicht abzuwarten, dann muss für und mit dem Betroffenen ein Klinikaufenthalt entschieden werden. Im Bestfall erfolgt eine Rückmeldung, richtig gehandelt zu haben durch die Verhinderung von Schlimmerem. Zwang geschieht oft nicht, um jemanden zu reglementieren, sondern weil es tatsächlich nicht anders geht. Dann bleibt Angehörigen nur noch zu unterstützen und zu helfen, sodass nicht noch mehr »kaputt geht«. Das sollte bei allem Respekt vor Selbstbestimmung und eigenen Entscheidungen auch immer im Hinterkopf bleiben.

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Jurand Daszkowski

Zwang und Zwangsvermeidung sind wichtige und kontroverse Themen, welche Psychiatrieerfahrene in vielen Bereichen betreffen. Oft wirken Zwangserfahrungen durch einen Klinikaufenthalt traumatisierend. Nach jetziger Rechtsprechung ist Zwang grundsätzlich als Ultima Ratio zu sehen, wenn mildere Maßnahmen ausgeschöpft sind. Leider wird das nicht gut umgesetzt, weil es bestimmte Instrumente oder mildere Mittel nicht gibt. Es wird auch nicht richtig kontrolliert, ob zuvor alle Alternativen zu einem Klinikaufenthalt ausgeschöpft wurden.

Zahlen und Fakten zu Zwangsmaßnahmen müssen wesentlich besser evaluiert werden, auch wenn das viel Aufwand für die Kliniken und Institutionen bedeutet. Die Datenlage muss ausgebaut und ihre Gewinnung optimiert werden. Dies könnte zum Beispiel durch die Einführung einer zentralen Registrierungsstelle mit anonymisierten Meldeverfahren geschehen, damit man anhand der Evaluationen konkrete Verbesserungen herbeiführen kann.

Außerdem sollten Betroffene mehr am Prozess der Zwangsvermeidung beteiligt werden, zum Beispiel in Form von Besuchs- und Aufsichtskommissionen. Rainer Ott bezeichnet aufgrund der seltenen Beteiligung von Erfahrenen die Besuchskommissionen kritisch als »Papiertiger«, anstatt als transparentes Kontroll-Gremium zur Vermeidung von Zwang. Die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen in Besuchskommissionen muss mehr Berücksichtigung finden.

Ein weiteres Problem besteht aufgrund der Heterogenität der Psychiatriegesetze in den einzelnen Bundesländern. So sind in manchen Bundesländern zum Beispiel keine Besuchskommissionen vorgesehen. Um dies zu ändern müsste es ein Bundesgesetz geben, damit die Mindestanforderungen von Besuchskommissionen gesichert werden können und damit Ombuds- und Beschwerdestellen bundesweit verankert werden.

Im Rahmen der Richtlinie zur Personalausstattung hat der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen in seiner Stellungnahme gefordert, dass das Klinikpersonal verpflichtende Schulungen für Deeskalationstrainings und Fortbildungen zu Menschenrechten erhält. Diese Maßnahmen müssten konsequent von den Krankenkassen vergütet werden.

Zeit für die richtige Entscheidung nehmen

Für die Betroffenen kann es Entscheidungen geben, die Zeit brauchen. Dies gilt insbesondere bei der klinischen Behandlung, wenn jemand z. B. nicht entschlossen ist, ob er oder sie eine medikamentöse Behandlung erhalten möchte. Dann kann die Veranlassung von Zwangsmaßnahmen keine Lösung sein. Das Personal steht in solchen Entscheidungsprozessen unter Druck, denn es ist nicht immer transparent, ob die Krankenkassen einen längeren Krankenhausaufenthalt finanzieren. So gerät sowohl das Personal als auch der Betroffene selbst nicht selten in ein Zeitdruck-Problem und das gilt es zu verhindern. Bei diesen Entscheidungen ist der Zeitdruck ein schlechter Berater, um Zwangsmaßnahmen zu verhindern oder bessere Alternativen zu finden. Für dieses Problem muss man sensibilisiert sein, um eine passgenaue Lösung zu finden.

Manchmal ist im Rahmen der Selbstbestimmung deswegen zuallererst Ruhe notwendig, in einer geschützten Umgebung und in der Entscheidungsfindung. Zeit ist für die Genesung ein entscheidender Faktor, ebenso wie qualifiziertes Personal oder im Bestfall ein Umdenken bei den Kostenträgern. Eins-zu-eins-Betreuung ist nicht nur bei einer Fixierung notwendig, sondern auch, um Zwangsmaßnahmen von vornherein zu vermeiden. Gerade zur Vermeidung von Fixierungen ist der Zeitfaktor essenziell und deswegen müsste, auch beim Einsatz des Personals seitens der Kliniken entsprechend reagiert werden.

Auf der anderen Seite gibt es Psychiatrieerfahrene (zwar vermutlich eine Minderheit), die wollen, dass man sie in der Krise auffängt und im Notfall Zwangsmaßnahmen anwendet. Für diese Personen wäre es sicher sinnvoll, diesen Wunsch in irgendeiner Form über eine Patientenverfügung festzulegen. Einen Krisenpass beziehungsweise eine Patientenverfügung ist äußerst hilfreich. Eine Patientenverfügung gilt insbesondere für die Patientinnen und Patienten als sinnvoll, die schon mehrfach stationär behandelt wurden.

Was in einer Patientenverfügung steht, sollte generell anerkannt und berücksichtigt werden. Grundsätzlich kann man eine Gültigkeit der Verfügung auch einklagen, falls davon ohne vernünftige Begründung abgewichen wird.

Mitarbeitende oder eine Person des Vertrauens sollten auf Wunsch Betroffene unterstützen, eine Patientenverfügung oder auch einen Krisenpass auszufüllen. Zudem sollte das Personal in Bezug auf die Gültigkeit der Dokumente sensibilisiert und geschult werden, sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Einrichtungen. Die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter hilft, Wünsche und Präferenzen der Patientinnen und Patienten besser zu erfassen.

Auch in solchen Situationen muss die Menschenwürde respektiert werden und die Maßnahmen müssen so schonungsvoll wie möglich geschehen.

Recht auf Behandlung

Im Zusammenhang mit dem Recht der Menschenwürde ist es wichtig zu betonen, dass Menschen ebenfalls ein Recht auf Behandlung haben. In der Arbeit im G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) und der Beteiligung der Erarbeitung der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik hat sich für mich gezeigt, dass es wünschenswert wäre, wenn jeder Patient und jede Patientin ein Recht auf eine Mindestzahl von Therapien im Krankenhaus haben könnte. Wenn z. B. 20 % des Personals oder der Behandlung ausfallen, ist das gesetzlich trotzdem vertretbar und mehr Personal kann nicht eingeklagt oder entschädigt werden. Das Gleiche betrifft auch die Soziotherapie und die häusliche psychiatrische Pflege, wo vieles trotz Verordnungen nicht umgesetzt wird. Auch das ist das Gegenteil von Selbstbestimmung. Bei der häuslichen psychiatrischen Pflege gibt es in jedem Bundesland andere Abrechnungseinheiten bzw. diese sind nicht richtig definiert, das ist auch eine Ungleichbehandlung von Patienten. An dieser Stelle muss der Anspruch auf bestimmte Leistungen geregelt werden. Menschen mit Behinderung, Migrantinnen und Migranten oder Menschen mit Sprachbarrieren bekommen manchmal überhaupt keine Psychotherapie oder müssen sehr lange warten, obwohl sie ein Recht darauf haben. In vielen Fällen wird es aber nicht umgesetzt. Das Gesetz für Patientenrecht gehört gestärkt, beispielsweise durch eine Erleichterung der Beweislast oder einen Entschädigungsfonds für Härtefälle.

Genesungsbegleitende

Menschen mit eigener psychischer Erkrankung finden oft eher als Fachkräfte einen besseren Draht zu den Betroffenen, denn sie können in der Beratung und Begleitung auf eigene Erfahrungen zurückgreifen und Tipps geben. Das führt zu einer Interaktion auf Augenhöhe mit mehr Verständnis für die Betroffenen. Genesungsbegleitende sind eine Bereicherung beispielsweise in Kliniken oder auch im Bereich der Eingliederungshilfe. Sie können eine Leitung in einer Recovery-Gruppe übernehmen oder Ähnliches. In den Kliniken

sollte in Zukunft die Anstellung von Genesungsbegleitenden verpflichtend werden. Was den Beschluss über richtige Personalausstattung betrifft, wollten die Patientenvertretenden des G-BA diese Idee durchsetzen. Daraus wurde immerhin eine unverbindliche Empfehlung. Ob finanzielle Ressourcen für die Beschäftigung von Genesungsbegleitenden in Kliniken zur Verfügung gestellt werden, wenn diese Forderung nur eine Empfehlung darstellt, ist ungewiss. Auch bezüglich der Ausbildung von Genesungsbegleitenden muss der Ausbildungsabschluss anerkannt werden, denn ansonsten gibt es Unterschiede und Unklarheiten, wie dieser Beruf vergütet werden kann. Die Bundesanstalt für Arbeit muss für diesen Schritt Hilfen und Unterstützung geben, sodass die Menschen, die eine Ausbildung als Genesungsbegleitende machen wollen, die Ausbildung nicht auf eigene Kosten machen müssen. Außerdem sollten die Genesungsbegleitende nicht als »Lückenbüßer« oder billige Pflegekräfte eingesetzt werden, sondern ihre Tätigkeit ist ergänzend zu den anderen Berufsgruppen im Feld zu betrachten.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)

Michael Rapp

Selbstbestimmung als Ressource in der Behandlung psychisch kranker Älterer

Die Selbstbestimmung oder das Streben nach Autonomie ist nicht nur ein Rechtsanspruch, sondern hat auch als Ressource eine große klinische Bedeutung, die häufig verloren geht. Forschungsarbeiten zu Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Demenzerkrankung zeigen, dass der Versuch der Behandlerinnen, der Behandler und des Umfelds, Autonomiebestrebungen so weit wie möglich zu erhalten und zu fördern, eine klinische Relevanz hat. Wie mit dem eigenen Willen des Betroffenen umgegangen wird, hat einen starken Effekt auf die Lebensqualität und auf das allgemeine Wohlbefinden des Menschen. Das heißt, Behandlungsplanungen oder Behandlungsvereinbarungen haben nicht nur primär das Ziel ein Aushandeln der Wünsche zu erreichen, sondern es hat eine konkrete klinische Bedeutung, wenn es gelingt, Autonomiebestrebungen von älteren Patientinnen und Patienten, (insbesondere bei Menschen mit Demenz) so gut wie möglich aufrecht zu erhalten. Die Autonomieerhaltung bewirkt eine viel geringere Rate an aggressiven, herausfordernden oder störenden Verhaltensweisen.

Aber wie kann man die Erhaltung der Autonomie umsetzen, beziehungsweise gemeinsam aushandeln? Eine Fachkraft kann mit einem Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht Behandlungspläne oder -vereinbarungen diskutieren, aber man kann immer wieder das, was in der Behandlung oder in der Rehabilitation passiert unter dem Aspekt prüfen, ob bei den Patientinnen und Patienten das Selbstbestimmungs- und Autonomieerleben eingeschränkt werden könnte oder erhalten bleibt. Wenn es gelingt Behandlungspläne und -vereinbarungen achtsam nach dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten bzw. der Patientin zu adjustieren, ist der klinische Benefit sehr viel höher, als wenn man diese Versuche unterlässt.

Es kann die Situation eintreten, dass nicht nur mit den Patientinnen und Patienten selbst, sondern auch mit Angehörigen über Behandlungspläne und -vereinbarungen gesprochen wird. Dabei ist es vermittelbar, dass das Autonomieerleben und der Erhalt der Selbstbestimmtheit, wie zum Beispiel das Zulassen von »scheinbar unsinnig« erscheinenden Handlungen, in einem gewissen Rahmen den Patientinnen und Patienten das Gefühl gibt, etwas zu schaffen und so die Selbstwirksamkeit fördern können. Herausforderndes

Verhalten entsteht nicht durch das Verhalten der Patientinnen und Patienten selbst, sondern eskaliert meist durch den Eingriff des sozialen Umfeldes, das versucht ein Devianzverhalten einzugrenzen. Wenn es mit praktischen Maßnahmen gelingen kann, Räume zu schaffen, in denen diese Handlungen geschehen dürfen, dann steigt die Lebensqualität der Betroffenen. Zugleich steigt die Arbeitszufriedenheit der Behandelnden, die nicht mehr das Gefühl haben, bestimmte Handlungen unterbinden und einschränkend handeln zu müssen. Dies bezieht sich auch auf alltägliche Handlungen, wie zum Beispiel die Nahrungsaufnahme. Wenn man mit demenziell erkrankten Menschen gemeinsam die Mahlzeiten einnimmt und dabei ein der gesellschaftlichen Norm entsprechendes Essverhalten einfordert (welches man vielleicht in der Kindeserziehung selbst erlebt hat) und andere »Tischmanieren« nicht zulässt, dann kommt es zu Situationen, bei denen die Einschränkung der Selbstbestimmung zu konkreten Konflikten führt. Aber wenn man das Essverhalten zulässt, auch wenn es nicht den eigenen Vorstellungen entspricht, so wird dies Konflikte vermeiden helfen und eine Eskalation verhindern. Es wäre wünschenswert, Patienten in breiten Bereichen ihre Autonomie zu gewähren, denn das hat letztlich auch mit einer professionellen Haltung zu tun. Unter der Priorität der Autonomieerhaltung sollten auch Behandlungspläne gemeinsam entwickelt werden.

Autonomie im Widerstreit mit Behandlungsverfügungen und dem natürlichen Willen

Behandlungspläne und -verfügungen sind eine Frage der Zeit und der Entwicklung eines individuellen Weges, den Patientinnen und Patienten wählen. Der Zeitaspekt spielt nicht nur in der konkreten Planung bzw. Entwicklung eines Plans eine Rolle, sondern auch darüber hinaus. Im Umgang mit älteren Menschen sind Veränderungen von ursprünglichen Vereinbarungen häufig erlebbar. Perspektiven ändern sich über die Zeit, besonders durch einschneidende Ereignisse wie etwa Verluste von Angehörigen oder Fertigkeiten. Es ist sehr schwer vorauszuplanen, was vielleicht in 20 Jahren passiert. Die juristische Vorstellung, dass wir den Willen einmal festlegen und diesem über die Zeit genauso folgen, konkurriert mit dem, was als natürlicher Wille bezeichnet wird z. B. bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, also dem aktuell geäußerten Willen in Abwesenheit der Fähigkeit, einen sogenannten freien Willen rational unter Abwägung aller Vor- und Nachteile zu begründen und zu entwickeln.

Ich hätte für mich selbst den Anspruch, dass mein natürlicher Wille (das was ich dem Moment tue und wünsche) genauso berücksichtigt wird, wie das, was ich mir vor 20 Jahren in Bezug auf meine Behandlung vorgestellt habe. Dieser Aspekt der Adjustierung von Behandlungsplänen und -verfügungen über die Zeit, wird in der Praxis zu wenig berücksichtigt und deswegen entstehen nicht selten Konfliktsituationen. Die Praxis muss Wege finden, wie in Bezug auf Behandlungspläne Konflikte gelöst werden können, insbesondere in Situationen, die durch juristische Strukturen vorgegeben sind.

Zwangsvermeidung in der Alterspsychiatrie braucht personelle Ressourcen

Zwang ist das Gegenteil von Selbstbestimmung. Die Wahrnehmung, Achtung und Fokussierung auf Selbstbestimmung bei Professionellen – in Bezug auf das Umfeld des Betroffenen und sein individuelles Selbstverständnis – ist immer ein erster Schritt zur Zwangsvermeidung. Letztlich ist es aus Sicht des Deutschen Instituts für Menschenrechte notwendig, Zwangsvermeidung so umzusetzen, dass die Menschen- und Betroffenenrechte in ausreichendem Maße gewahrt werden. Dazu zwei Beispiele, die insbesondere für ältere Menschen mit Demenz von großer Bedeutung sind. 2011 gab es in Hamburg eine größere Studie in Pflegeheimen. Dabei ging es darum, die Rate der Zwangsmaßnahmen zu erfassen. Zwei Sachverhalte wurden deutlich: Fast jeder bzw. jede dritte Demenzkranke in einem Pflegeheim unterliegt Zwangsmaßnahmen. Das ist eine sehr hohe Rate und wir gehen momentan von 700.000 Menschen mit Demenz in Pflegeheimen aus. Beunruhigend war zudem, dass auch in einer Stadt wie Hamburg von diesen Zwangsmaßnahmen etwa ein Viertel bis die Hälfte, je nach juristischer Definition, gar nicht genehmigt worden waren. Viele Zwangsmaßnahmen in Form von Fixierungen an Tischen und Stühlen oder Bettgitter erfolgten ohne Genehmigung und nur mit Einverständnis der betreuenden Angehörigen. Die Studie konnte zeigen, dass allein die Schulung des Personals zu einer veränderten Haltung dahingehend führte, dass man die Rate an Zwangsmaßnahmen halbieren konnte. Offensichtlich gibt es also einen großen Anteil an Fachkräften, die durch eine Veränderung der eigenen Haltung und des Settings den Einsatz von Zwangsmaßnahmen minimieren können.

In vielen Bereichen werden hier aber auch Ressourcenprobleme deutlich. In den letzten zehn Jahren lässt sich feststellen, dass in der Alterspsychiatrie nicht-medikamentöse, personalintensive Therapiemaßnahmen im Bereich der Ergotherapie, Musiktherapie, Psycho- oder Reminiszenz-Therapie gut

geeignet sind, um aggressive Verhaltensweisen zu minimieren und Eingang in die Leitlinien gefunden haben. Viele Maßnahmen werden nur sehr zögerlich umgesetzt, weil sie sehr personalintensiv und teuer sind. Im Versorgungssystem führen langjährige Gewohnheiten und die finanzielle Situation möglicherweise dazu, dass mehr sedierende Medikamente verschrieben werden.

Diese Ist-Zustände müssen in den Vordergrund der politischen Diskussionen gerückt werden. Es gibt zwar viele Möglichkeiten das professionelle Umfeld so zu optimieren, dass Zwang reduziert werden kann, dazu braucht es jedoch Personalressourcen.

Ein Beispiel wäre in dem Zusammenhang ein älterer Demenzerkrankter, der sich im Winter bei -10°C anzieht, um selbstständig einen Waldspaziergang zu machen. Sein Umfeld ist der festen Ansicht, dass er sich dabei verlaufen kann. Die einfachste, aber personalintensive Maßnahme zur Zwangsvermeidung wäre es, eine Begleitperson mitzuschicken. Dieses Beispiel macht deutlich, dass wir für die Zwangsvermeidung mehr Ressourcen brauchen und dass wir einen Diskurs darüber brauchen, welche Zwangsvermeidung wir in welcher Form wollen.

Das zweite Beispiel ist die Anwendung von Zwang bei dem Versuch, Stürze zu vermeiden. Da gibt es mittlerweile Alternativen, wie das Sturzrisiko minimiert werden kann, aber es bleibt ein Restrisiko, dass sich Menschen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen bei einem Sturz verletzen. Die Frage, die wir selten diskutieren, ist, ob ein Sturz ein allgemeines Lebensrisiko ist und in wie weit wir mit solchen Risiken umgehen. Auch das sind individualisierte, patientenbezogene Fragen, die man ethisch diskutieren kann, die aber von Amtsgerichtsbezirken unterschiedlich betrachtet werden. Manche Richterinnen oder Richter sagen, das sei ein allgemeines Lebensrisiko und Zwangsmaßnahmen nicht erforderlich und nicht erlaubt, andere sagen, es wäre unterlassene Hilfeleistung, wenn keine Zwangsmaßnahmen angewendet würden. Von solchen Diskussionen profitieren wir im Umgang mit Zwangsmaßnahmen, aber sie müssen auch im Ressourcenkontext geführt werden. Zwangsvermeidung und die gleichzeitige Wahrung der Menschenrechte werden nicht kostenfrei umgesetzt werden können.

AG Menschenrechte der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)

Matthias Rosemann

Teilhabeplanung in Bezug auf das BTHG oder auch: Sich Zeit nehmen für die richtigen Fragen und Formulierungen der Wünsche und Ziele des Betroffenen

In der APK wurde seit Jahren Erfahrung damit gesammelt, wie man versuchen kann, über den integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), die Wünsche und Ziele eines Menschen für sein Leben in den Mittelpunkt zu stellen. Dass die Hilfen jetzt personenzentriert ausgerichtet werden, greift einen Begriff auf, den die APK in den 1990er Jahren prägte.

Das BTHG in seiner Konstruktion ist ein Artikelgesetz, welches sich nach und nach auflöst. In den Grundzügen des Sozialgesetzbuches IX werden die Rechte von Menschen mit Behinderung gegenüber den Leistungsträgern als auch den Leistungserbringern gestärkt. Die Begründung des Gesetzentwurfs zum § 78 SGB IX ist interessant. Dabei geht es um die Assistenzleistung und auf drei Seiten wird ausgeführt, warum dieser Begriff verwendet wird. Damit soll ein neues Verhältnis zwischen Leistungsberechtigten und Leistungserbringern beschrieben werden. Dahinter stecken eine Absicht und ein System. Das Anliegen des SGB IX ist es, bei der Bedarfsermittlung die Wünsche und Präferenzen von Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt zu stellen. In vielen Bundesländern wurden daraufhin Bedarfsermittlungsverfahren entwickelt. Zum Beispiel das Berliner Instrument. Dieses umfasst einen fast 40 Seiten langen Befragungsbogen als Erhebungsinstrument. Das Dokument beginnt immer damit, welche Vorstellungen der Mensch selbst in einem Lebensbereich, zum Beispiel Arbeit, Freizeit, Wohnen etc. hat und wie er sein Leben in diesem Bereich gestalten will. Die Lebensbereiche sind in dem Dokument aus Berlin von neun Lebensbereichen (angelehnt an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit kurz ICF), auf zwölf Bereiche ausgeweitet worden, in anderen Bundesländern sind die Instrumente ähnlich. Das Instrument ist, gut angewandt, ein Schritt in die richtige Richtung zu mehr Teilhabe und Mitbestimmung. Die Kunst wird darin liegen, das auch mit Menschen zu bearbeiten, die vielleicht gar nicht in der Lage sind, ihre Bedarfe und Vorstellungen gut zu artikulieren. Daher kommt es weniger darauf an, was in diesem Bedarfsermittlungssystem steht, sondern wie die Gespräche geführt werden. Im Gespräch muss erkundet werden, was der Betroffene aus seiner Sicht braucht oder was er

oder sie gerne an Unterstützung hätte. Dabei kommt es auf das »wie« an. Damit ist gemeint, dass man ein Erhebungsinstrument wie beispielsweise den IBRP nicht immer gemeinsam an einem Tisch an einem über einen Papierbogen gebeugt aushandeln kann, sondern es zeigt sich, dass es manchmal ein Gespräch auf der Parkbank braucht oder einen Spaziergang am Wasser oder ein Tischtennisspiel. Gespräche in anderen Kontexten ermöglichen es oft viel deutlicher, herauszufinden was dem Gegenüber wichtig ist. Das kann dann verschriftlicht werden und die Person gefragt werden, ob sie sich so wiederfindet. Das ist unabhängig davon, ob wir über Reha-Leistungen, soziale Teilhabe oder Behandlung sprechen. Es gilt immer, die Kommunikationsebene zu finden, die dem Menschen in seiner jeweiligen aktuellen Situation gerecht wird. Es gibt Menschen, die sich perfekt artikulieren können und Menschen, die Sorgen, Ängste oder Ressentiments ihrem Gegenüber zeigen und da müssen behutsame andere Wege gefunden werden, um das, was der Mensch gern möchte, herauszufinden.

Es ist eine wichtige Diskussion, die individuellen Wege der Patientinnen und Patienten zu finden, um zu erarbeiten welche Unterstützungen hilfreich sein können. Gerade bei den Fragen, die mit der Umsetzung von SGB IX und neuen Bedarfsermittlungsinstrumenten beginnen. Man muss sich fast immer von dem Gedanken verabschieden, dass man einen Menschen nach dem Kennenlernen in einem halb- oder einstündigen Gespräch befragen kann und dann weiß, was dieser Mensch will. Wahrscheinlich ist ein Klient oder eine Klientin bei den meisten Fragen, die in diesem Kontext gestellt werden, erst einmal überfordert oder verunsichert. Nicht immer ist man in der Lage auszudrücken, welche Wünsche man beispielsweise hinsichtlich der eigenen Beziehungsgestaltung hat. Das wird aber in den Erhebungsinstrumenten oft so gefragt. Die Zeitdimension spielt demnach eine große Rolle. Vielerorts wird bereits Gesprächsführung geübt, vor allem dort, wo schon eine Weile mit einem Bedarfsermittlungsinstrument gearbeitet wird. Die Frage ist: Wie bekommt man ermittelt, was eine Person braucht, die man als Fachkraft aber noch nicht kennt, da man erst eine Beziehung mit der Person aufbauen muss?

Es gilt Ziele zu formulieren und zu erkunden, was der Wunsch und die Präferenz der Person ist. Das in-Erfahrung-bringen kann ein Ziel von vielen sein. Wenn man dieses Ziel erreicht, dann weiß man mehr über das, was die Person an Lebensvorstellungen und -ideen hat und was davon vielleicht auch in absehbarer Zeit in der gemeinsamen Arbeit erreicht werden könnte. Den Mut muss man haben einen gemeinsamen Weg zu gehen. In den zukünftigen Formen von Hilfeplanung muss man sich Erkundungszeit nehmen.

Wenn dem denn so sein soll, dass man sich Zeit nehmen soll, Bedarfe der Klientinnen und Klienten zu ermitteln, dann hat das unweigerlich zur Folge, dass ein Mehraufwand an Personal und Zeit anfällt. Wie kommt das mit der Aussage der Politik zusammen, dass keine neuen finanziellen Aufwände entstehen sollen? Zur Präzisierung: Der Gesetzgeber betont, es solle keine Ausgaben*dynamik* entstehen, das ist etwas anderes als die Ausgaben als solche. Wer das BTHG gelesen hat, kann sehr genau sehen, dass an verschiedenen Stellen beschrieben wird, dass z. B. die Ermittlung des individuellen Bedarfs ein Prozess ist, der Geld kostet und deswegen die Leistungsträger mit personellen Ressourcen sowohl fachlicher als auch quantitativer Art ausgestattet sein müssen, das ist dort bis in die Millionen hinein beziffert. Insofern ist schon klar, dass die Umsetzung als solche Zeit und Geld kostet. Es ist wiederum die Aufgabe der Profis, die Betroffenen zu vertreten und zu unterstützen ihre Bedarfe zu formulieren, wenn es die Menschen selbst nicht können. Menschen mit Körperbehinderung können sich wunderbar selbst vertreten. Überspitzt formuliert nehmen wir das Bespiel des Stereotyps einer behinderten Juristin, die auf den Rollstuhl angewiesen ist. Sie kann sehr präzise definieren, welchen Unterstützungs- und Assistenzbedarf sie hat, wenn sie abends in die Oper gehen will. Sie käme auch nicht auf die Idee, dass ihr irgendwer vorschreibt, wann und in welche Oper sie zu gehen hat. Der Gesetzgeber hat aus sehr gutem Grund in den § 1 SGB IX geschrieben, »den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischer Behinderung ist Rechnung zu tragen«. Dazu gehört eben auch, dass möglicherweise jemand in einem psychischen Ausnahmezustand nicht genau und präzise sagen kann, was er oder sie braucht. Es ist Lobbyaufgabe dafür Sorge zu tragen, dass die notwendige Zeit zur Verfügung gestellt wird und das entsprechend finanziert und vergütet wird.

Zwangsmaßnahmen versus Selbstbestimmung?

Nun möchte ich noch auf die Frage eingehen, ob Zwangsmaßnahmen und Selbstbestimmung ein Widerspruch seien. Rein formal kann gesagt werden, dass Zwangsbehandlungen in einem Krankenhaus nur stattfinden dürfen, wenn sie das Ziel haben, die Selbstbestimmungsfähigkeit des Menschen wiederherzustellen. Das war eines der ersten Urteile, des Bundesverfassungsgerichts. Das Ziel einer Zwangsbehandlung kann allenfalls sein, die Fähigkeit des Menschen wiederherzustellen, selbst zu entscheiden, ob er bzw. sie eine Behandlung haben möchte oder nicht. Wenn die Entscheidung dann gegen

eine Behandlung ausfällt, muss dieser Wille respektiert werden. In der juristischen Konstruktion verhält es sich so, dass ein Mensch aufgrund seines akuten Zustands keine Entscheidung treffen kann und die Maßnahme soll ihn bzw. sie dazu befähigen, wieder Entscheidungen treffen zu können. Das ist aber nur ein theoretisches Konstrukt, über das man lange philosophisch diskutieren kann, die Wirklichkeit ist eine komplett andere. In der Realität werden Maßnahmen relativ zügig und auf Basis nicht besonders differenziert vorgelegter Sachverhalte und Gutachten entschieden.

Die Erfahrung aus dem Zwangsvermeidungsprojekt zeigt, es gibt Instrumente, die wir anwenden könnten, um Zwangsmaßnahmen deutlich zu reduzieren, dazu ist keine Rechtsänderung notwendig. Wir brauchen aber eine ganze Reihe von Rechtsänderungen, um das in Gang zu bringen, weil das gesellschaftliche Bewusstsein noch nicht da ist. Im Rahmen des Zwangsvermeidungsprojektes hat eine Chefärztin eines Krankenhauses berichtet, dass die Fixierungen zurückgegangen seien, seitdem im PsychKG steht, dass eine eins-zu-eins-Betreuung am Bett bei Fixierung erforderlich sei. Seither sei aber der Medikamentenverbrauch in der Aufnahmestation deutlich angestiegen.

Es muss demnach immer bedacht werden, welche Konsequenzen die Maßnahmen mit sich bringen, die wir ergreifen. Ist es nur ein Ausweichen (mehr Isolation statt Fixierung) oder eine wirksame Maßnahme gegen Zwang? Daher müssen wir überall in den Regionen und Einrichtungen ein Monitoring institutionalisieren. Das zielt weniger darauf ab, Daten und Fakten in einem bundesweiten Register zusammenzutragen (das wäre ebenfalls wünschenswert), sondern die Region bzw. Einrichtung soll dazu befähigt werden, das eigene Handeln zu reflektieren und zu sehen, an welchen Stellen sie Maßnahmen treffen können, um Zwang zu minimieren.

Im Rahmen des Zwangsvermeidungsprojektes hat beispielsweise der Ennepe-Ruhr-Kreis erste Schritte gemacht, um das Thema Behandlungsvereinbarung nicht nur aus dem klinischen Rahmen, sondern im gesamten System des Landkreises zu verankern. Allerdings entstand das Problem beziehungsweise die Grundfrage, bei welcher Behörde diese Behandlungsvereinbarungen hinterlegt werden können. Es wurde daraufhin ein Versuch unternommen, auf dem Server des örtlichen Gesundheitsamtes beim sozialpsychiatrischen Dienst eine Hinterlegungsstelle zur elektronischen Datenspeicherung der Behandlungsvereinbarungen einzurichten. So hätten alle Helferinnen und Helfer im System auf die Behandlungsvereinbarungen zugreifen können. Leider verhinderten die datenschutzrechtlichen Vorschrif-

ten, dass das umgesetzt werden kann. Was also sinnvoll und notwendig wäre, konnte nicht geschehen. Es ist abzuwarten ob es für dieses Dilemma zukünftig eine Lösung geben wird. Als pragmatische Lösung im Ennepe-Ruhr-Kreis wurde dann ein Krisenpass entwickelt. Der enthält einige inhaltlichen und persönlichen Informationen, aber vor allen Dingen auch die Hinterlegung der Behandlungsvereinbarung, wo sie zu finden ist und dass es eine solche gibt.

Arbeitsgruppe:

Selbstbestimmung und Mitwirkung

Hermann Stemmler

In der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im **Artikel 3a** wird »die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner innewohnenden Autonomie einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner **Selbstbestimmung**« zu einem Leitgedanken erklärt.

Ebenso wird im **Artikel 3c** »die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft …«, also die »**Partizipation**« zu einem allgemeinen Grundsatz erklärt.

In der Präambel der UN-BRK steht unter Punkt x): » … in der Überzeugung, dass die Familie die natürliche Kernzelle der Gesellschaft ist und Anspruch auf Schutz durch Gesellschaft und Staat hat und dass Menschen mit Behinderungen und ihre Familienangehörigen den erforderlichen Schutz und die notwendige Unterstützung erhalten sollen, um es den Familien zu ermöglichen, zum vollen und gleichberechtigten Genuss der Rechte der Menschen mit Behinderung beizutragen …«.

Psychiatrie der Zukunft heißt daher für die betroffenen Angehörigen, dass Sie soweit möglich (und von Betroffenen gewünscht) in die psychiatrische Behandlung und Versorgung ihres Angehörigen miteinbezogen werden sollen, um die Information und Unterstützung zu erhalten und zu geben, die notwendig ist, um den eigenen und den individuellen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Barrieren des psychisch erkrankten Angehörigen Rechnung zu tragen.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden – individuell unterschiedlich und je nach der Schwere der Erkrankung – an Einschränkungen, Defiziten und selektiven Wahrnehmungsstörungen. Somit müssen in der Behandlung, Betreuung und Versorgung, die durch die Erkrankung bedingten akuten oder chronischen Symptome und daraus resultierenden Barrieren Berücksichtigung finden. Das heißt:

1. Empfehlung: Selbstbestimmtes Leben

Psychisch erkrankte Menschen haben das Recht, selbstbestimmt über ihr Leben und über ihre medizinisch-therapeutische Behandlung und Versorgung zu entscheiden. Von diesem Grundsatz darf nur innerhalb der rechtlich festgelegten Grenzen kurzfristig abgewichen werden, um akute Gefahren abzuwehren.

Um dem Recht auf Selbstbestimmung bei Behandlung und Rehabilitation Geltung zu verschaffen bedarf es

- eines Anspruchs auf einen individuellen, personenzentrierten, flexiblen, zielorientierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan unter verbindlicher Miteinbeziehung der/des Betroffenen und seiner Vertrauensperson, der Angehörigen, der gesetzlichen Betreuungsperson (Assistenz).
- der verpflichtenden Berücksichtigung einer bestehenden Behandlungsvereinbarung oder der Unterstützung bei der Erstellung/Aktualisierung einer Behandlungsvereinbarung.
- auf Wunsch der Hinzuziehung einer Vertrauensperson, der Angehörigen, einer gesetzlichen Betreuungsperson, eines PEERs (Peer Begleiter/in[1], Genesungsbegleiters) … (Assistenz); Beratung durch eine Ergänzende unabhängige Peer Beratungsstelle (EUTB).
- einer umfassenden, verständlichen und neutralen Information und Aufklärung über die unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten[2].
  Dazu zählen auch:
  - Ort der Behandlung: psychiatrische Klinik, stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Tagesklinik, Arztpraxis.
  - Medikamenteneinsatz: Wirkung, Nebenwirkung, Dauer, Risiken, Alternativen[3].
  - Sonstige Therapien: Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, therapeutische Pflege usw.

1 Peer-Begleitung, S. UPSIDES, Ein Forschungsprojekt der Universität Ulm, UPSIDES@uni-ulm.de[2]

2 Regio 2019, ein Manifest zum verantwortungsvollen Umgang mit Psychopharmaka in der psychiatrischen Versorgung, Landesverband Psychiatrie Erfahrener Baden-Württemberg e. V.

3 Aufklärungsbögen in normaler und leichter Sprache zu Antipsychotika und Antidepressiva: https://www.netzg-rlp.de/downloads/informationsbroschueren/#c451

2. Empfehlung: Stärkung von Empowerment

Die psychiatrische Behandlung und Versorgung muss darauf abzielen, den psychisch erkrankten Menschen so weit wie möglich zur Wahrnehmung seiner Autonomie zu befähigen und seine ggf. krankheitsbedingt eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräume wieder zu vergrößern (»Empowerment«). Dazu zählt die bedingungslose Miteinbeziehung der/s Betroffenen in die Entscheidungen, die Wahlmöglichkeit und –freiheit der therapeutischen Behandlung, sowie Akzeptanz und Respekt vor individuellen Entscheidungen der/s Betroffenen.

Die größte Bedeutung kommt hierbei dem individuell unterschiedlichen Entwicklungszeitraum zu. Unter Zeitdruck entstehende Entscheidungen entbehren häufig der Nachhaltigkeit. Was nützt eine schnelle Entlassung, wenn auf Grund des instabilen Gesundheitszustands eine alsbaldige Wiederaufnahme oder Krisenbehandlung nötig wird? Eine verantwortungsvolle und verlässliche Behandlungsvereinbarung und auch Kostenübernahme berücksichtigt die Notwendigkeit einer zeitlich flexiblen, dem individuellen Bedarf angepassten Behandlungsplanung ohne unnötigen Druck auf Behandler/in und zu Behandelte/n auszuüben.

Ebenso ist von Seiten der Behandler/innen bzw. Therapeut/innen zu respektieren, dass im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts die individuelle Entscheidungsfreiheit des/r Betroffenen besteht, eine Behandlung zu beenden, eine therapeutische Maßnahme abzulehnen, wie z. B. ein medikamentenfreie Behandlung zu wählen und dieses Recht ohne direkten oder indirekten Zwang nicht eingeschränkt werden darf. Der Grundsatz »Verhandeln statt Behandeln« behält hierbei seine umfängliche Gültigkeit.

3. Empfehlung: Stärkung von Recovery

Das von der Selbsthilfe entwickelte Recovery-Konzept versteht unter »Recovery« (dt. Gesundung, Genesung) einen persönlichen, ganzheitlichen, individuellen Entwicklungsprozess, zu dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso gehört wie die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven. Mitarbeitende der psychiatrischen Versorgung haben die Aufgabe, diesen Prozess bedarfsgerecht stützend zu begleiten. Dabei geht es ausdrücklich nicht nur um eine Symptomreduktion oder -remission. Stattdessen steht der psychisch erkrankte Mensch in seinen gesamten Lebensbezügen im Mittelpunkt. Ambulante, im Sozialraum verankerte Unterstützungsangebote

sind deshalb zu stärken und flächendeckend auch für schwer psychisch erkrankte Menschen vorzuhalten. Dazu zählt auch das Selbsthilfeangebot im Lebensfeld der/s Betroffenen:

- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu einer gemeindenahen Selbsthilfe;
- Unterstützung beim Aufbau einer gemeindenahen Selbsthilfe;
- Aufbau oder Kontaktaufnahme zu einer angeleiteten Selbsthilfe;
- Aufbau oder Kontaktaufnahme zu EX-IN geleiteter Selbsthilfe;
- Aufbau oder Kontaktaufnahme zu IT- gestützter Selbsthilfe und Netzwerken;
- Peerbegleitete Beratungen und Informationsstellen (EUTB).

4. Empfehlung: Peer-Beteiligung während der Behandlung sicherstellen

Eine an Recovery und Empowerment ausgerichtete psychiatrische Versorgung benötigt das Expertenwissen der Betroffenen. Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankung und deren Angehörige müssen auf allen Ebenen einbezogen werden. Dazu gehört unbedingt der Einsatz von so genannten (Angehörigen-) »Peers« (EX-IN), von ausgebildeten Peer Begleitern und/oder erfahrenen Selbsthilfepersonen mit ausreichendem Erfahrungswissen.

Peers leisten einen unverzichtbaren, niedrigschwelligen Übersetzungsbeitrag zur bedürfnisorientierten Qualität zwischen dem erkrankten Menschen und den Behandler/innen bzw. Versorger/innen. Auch kann eine peergestützte Überleitung zwischen verschiedenen Versorgungssettings die vorhandene Hochschwelligkeit überbrücken.

Eine Finanzierung von individuellen Behandlungsleistungen bis zum Übergang der Finanzierung im Rahmen eines persönlichen Budgets muss sichergestellt werden.

5. Empfehlung: Mitbestimmungsrechte stärken

Einbeziehung und Beteiligung der organisierten Selbsthilfe auf politischer, strategischer, organisatorischer, planender, forschender, beratender und beschließender kommunaler-, Landes- und Bundesebene. Hierbei ist es dringend erforderlich, Aufwandsentschädigungen und Vergütungen zu leisten, Anreiz- und Finanzausgleichssysteme zu schaffen, damit eine Beteiligung tatsächlich möglich ist.

Rein ehrenamtliche Leistungen verunmöglichen eine Beteiligung. Aufwandsentschädigung, Sitzungsgeld, Reisekosten etc. wie in den Organisationen der ehrenamtlichen Behindertenbeiräte und Gemeindevertretungen.

Über die Vergütung der individuellen Selbsthilfeleistungen hinaus muss eine ausreichende Infrastruktur für die Selbsthilfe sichergestellt werden, die auch Fortbildung, (wissenschaftliche) Zuarbeiten, Supervision und fachliche Beratung einschließt.

Die Patientenvertreter/innen im GBA sollten mit Stimmrecht ausgestattet werden und Möglichkeiten zum Austausch mit Selbsthilfeorganisationen und Expert/innen aus der Selbsthilfe erhalten (Lockerung der Diskretionspflicht).

6. Empfehlung: Ausbildung von Peers fördern

- Durch eine Weiterentwicklung der Ausbildung von Genesungsbegleiter/innen (EX-IN) in Form von ergänzenden, fachspezifischen Modulen, die soweit möglich den jeweiligen Einsatzbereich in der Praxis vorbereiten, kann dem Anspruch auf peergestützte und peerverantwortete Mitbehandlung Rechnung getragen werden.
- Durch enge Kooperation mit Universitäten könnten Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für ehrenamtliche Selbsthelfer/innen, Peer Begleiter/innen entwickelt werden. Entscheidend hierbei ist jedoch der Einsatz und die Mitwirkung von selbst betroffenen Peers auf allen Ebenen der Durchführung.
- Mit entsprechender finanzieller Förderung können auch selbsthilfegetragene und/oder peergestützte Recovery Colleges und Akademien einen gewichtigen Anteil von Ausbildung übernehmen, um dem in Zukunft weiter steigenden Bedarf an peergestützter Begleitung in Behandlung, Beratung und Betreuung gerecht zu werden.

7. Empfehlung: Aus- und Fortbildung psychiatrischer Berufsgruppen spezifizieren

Um dem Recht auf Selbstbestimmung und Partizipation von Betroffenen und dem damit steigenden Bedarf an Recovery und Empowerment gestützten Behandlungsverfahren Rechnung zu tragen, müssen die Aus- und Fortbildungsinhalte des professionellen psychiatrischen Personals weiterentwickelt werden.

Diese Neu-Akzentuierung und Sensibilisierung für das Thema sollte auch durch den verbindlichen Einbezug von (Angehörigen-) Peers und einer verbindlichen, gesetzlich festgeschriebenen Beteiligung der Selbsthilfe an der Konzeption, Evaluation und Weiterentwicklung des Ausbildungs- und Versorgungssystems erreicht werden.

8. Zwang und freiheitsbeschränkende Maßnahmen sichtbar machen

durch

- die Aufnahme von Bestimmungen zur Zwangsvermeidung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen im SGB V,
- die verbindliche Einführung eines Erfassungs- und Dokumentationssystems (Monitoring),
- ein unabhängiges und transparentes Beschwerdemanagement unter Beteiligung von Peers.

Das gesamte psychiatrische Behandlungs- und Versorgungssystem ist überschattet von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Zwang, Macht-Missbrauch und Bedrohung.

Auf Seiten der Betroffenen äußert sich dies in Hospitalisierung, Anpassung, Misstrauen, Verschweigen, Unehrlichkeit und Traumatisierung. Folge: Echte Compliance wird verhindert, Hilfe kommt nicht an …

Es besteht die Notwendigkeit für die Aufnahme von Bestimmungen zur Zwangsvermeidung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen im SGB V.

Ein einheitliches, vergleichbares, transparentes, personenzentriertes Erfassungs- und Dokumentationssystems (Monitoring) muss in allen psychiatrischen Kliniken zur Anwendung kommen. Diese Dokumentation ist Teil der Berichtpflicht gegenüber den Leistungsträgern und der Gesundheitsberichterstattung von Kommune, Land und Bund.

Zudem muss ein unabhängiges verlässliches und transparentes Qualitäts- und Beschwerdemanagement die Aspekte von Zwang und Gewalt sichtbar machen und zur Vermeidung beitragen.

Ziel muss es sein Zwang und freiheitsbeschränkende Maßnahmen transparent zu erfassen und nur noch innerhalb der ethisch und rechtlich festgelegten Grenzen kurzfristig zu tolerieren, wenn akute Gefahren drohen (»Ultima Ratio«).

B Selbsthilfetag »Neue Wege der Selbsthilfe – Teilhabe und Selbstbestimmung«

Handlungsbedarfe für eine bessere Psychiatrie

Elke Prestin

Vorbemerkung: Der Vortrag wurde frei gehalten und enthielt im ersten Teil auch Bezüge zu persönlichen Erfahrungen. Bei dem folgenden Text handelt es sich um eine Zusammenfassung der Argumentation im zweiten Vortragsteil.

Das mir gestellte Thema »Handlungsbedarfe für eine bessere Psychiatrie« ist gleichermaßen wichtig, aktuell und facettenreich. Da es unmöglich ist, in einem Vortrag alle relevanten Aspekte gleichermaßen in den Blick zu nehmen, beschränke ich mich auf die Frage: Wie müsste eine Psychiatrie aussehen, die Recovery und Empowerment ernst nimmt?

Das Recovery-Konzept im hier gemeinten Sinn geht ursprünglich auf die Selbsthilfebewegung zurück. Grundlegend ist die Überzeugung, dass psychisch erkrankte Menschen trotz möglicherweise verbleibender gesundheitlicher Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes, sinnerfülltes Leben in sozialen Bezügen führen können. Genesung (engl. Recovery) bezeichnet in diesem Zusammenhang einen persönlichen Wachstums- und Entwicklungsprozess, der entsprechend den individuellen Bedürfnissen durch Angebote der psychosozialen Versorgung unterstützt werden kann und soll.

Ein zentrales Element von Recovery ist die Entwicklung und Förderung der Eigeninitiative (Empowerment). Psychisch erkrankte Menschen, gerade auch solche mit schweren und chronischen Krankheitsverläufen, sollen in die Lage versetzt werden, ihr Recht auf Selbstbestimmtheit und Partizipation wahrzunehmen. Dies gilt sowohl bezüglich der Wahl passender psychiatrischer Behandlungs- und Unterstützungsangebote als auch im gesamten Bereich der sozialen Teilhabe.

Erfreulicherweise weist die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegebene S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« den Grundgedanken von Recovery und Empowerment einen hohen Stellenwert zu. Im 2018 erschienenen »Update« dieser Leitlinie sind die System- und Einzelinterventionen ausdrücklich in einen Kontext eingebettet, der auf dem Fundament der Selbsthilfe ruht und sich an zeitgemäßen »Grundlagen psychosozialen Handelns« orientiert (siehe Abb. 1).

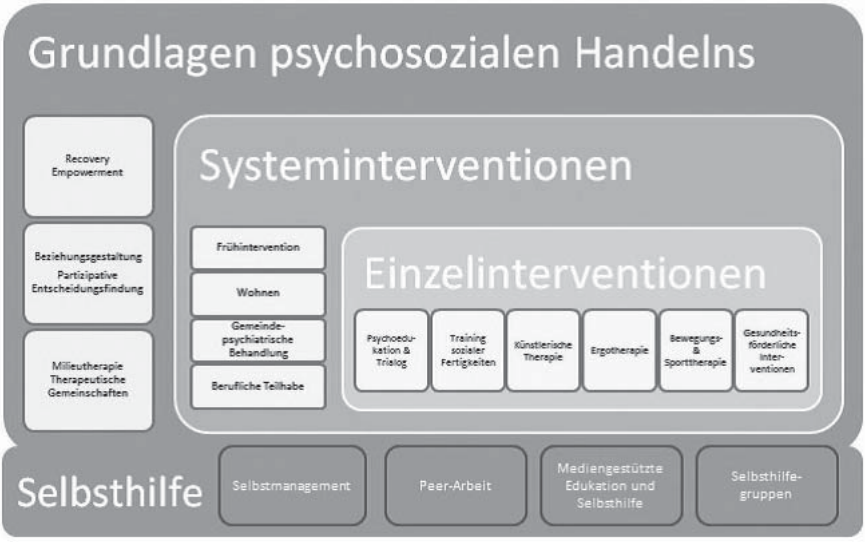

Abb. 1: »Systematik psychosozialer Interventionen« in der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien schwerer psychischer Erkrankungen« (DGPPN 2018, S. 9)

Die ersten beiden Empfehlungen der Leitlinie lauten wie folgt (DGPPN 2018, S. 37):

Empfehlung 1

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/Empowerment).

Empfehlung 2

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Neben gezielten evidenzbasierten Interventionen, die die Betroffenen im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität stärken und die eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern, sollte in allen Bereichen der Versorgung eine Recovery-Orientierung entwickelt und gelebt werden. Die Grundlage hierfür liegt in einem gemeinsamen Verständnis von Recovery, das Gegenstand von Aushandlungsprozessen ist.

Wie aber sind die in Empfehlung 2 genannten »evidenzbasierten Interventionen« auszugestalten, damit sie dem Anspruch einer »Recovery-Orientierung« tatsächlich gerecht werden?

Die strukturelle Ebene: Anforderungen an das psychiatrische Versorgungssystem

Auf der Ebene der Systeminterventionen lassen sich klare strukturelle Anforderungen benennen, die im Folgenden nur relativ knapp aufgelistet werden. Eine ausführlichere Erläuterung mit Literaturverweisen hat Eingang in das Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung zur Zukunft der psychosozialen Versorgung (FES 2019) gefunden.

(1) Ein erster Handlungsbedarf besteht bezüglich der Sozialraumorientierung. Wenn Recovery bedeutet, dass es psychisch erkrankten Menschen (wieder) möglich sein soll, ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben in sozialen Bezügen zu führen (s. o.), dann darf die psychiatrische Behandlung sie nicht aus eben diesen sozialen Bezügen herausreißen. Deshalb gilt es, die Gemeindepsychiatrie weiter zu stärken. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kann es dabei auch hilfreich sein, die verschiedenen Angebote über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg zu vernetzen. Denn derzeit gibt es zwar vielfältige Hilfen für verschiedene Lebensbereiche, doch bleiben diese oft unverbunden: Die eine Hand weiß nicht, was die andere tut. Diese Fragmentierung der psychiatrischen Unterstützungsleistungen muss dringend überwunden werden. Dabei geht es allerdings ausdrücklich nicht primär um einen Austausch der beteiligten Professionellen in Form von »Fallkonferenzen«. Eine wirklich bedürfnisgerechte und an der individuellen Selbstbestimmtheit orientierte Unterstützung ist nur dann gewährleistet, wenn nicht über die Betroffenen, sondern mit den Betroffenen gesprochen wird. Das erfordert zum einen, dass Menschen mit komplexem Hilfebedarf (soweit sie dies wünschen) durch eine koordinierende Bezugsperson begleitet werden, die eine Art Lotsenfunktion übernimmt, über verschiedene Hilfeangebote informiert und mit dem Betroffenen abstimmt, was sinnvoll und machbar ist. Zum anderen sollte soweit möglich auch das soziale Umfeld des psychisch erkrankten Menschen einbezogen werden, beispielsweise durch regelmäßige gemeinsame Netzwerkgespräche.

(2) Unmittelbar mit dem erstgenannten Punkt verbunden ist ein zweiter akuter Handlungsbedarf: der Ausbau intensiv-ambulanter Unterstützungsangebote und Krisendienste. Derzeit stoßen ambulante Hilfen allzu oft an

ihre Grenzen, wenn ein Mensch vorübergehend in eine schwere Krise gerät. Dabei soll keineswegs bestritten werden, dass für manche Betroffene eine Klinikeinweisung durchaus sinnvoll sein kann und der Wechsel des Settings auch eine Entlastung mit sich bringen kann. Problematisch ist aber, dass mangels Alternativen meist gar keine Wahl besteht und dass es immer wieder auch zu Zwangseinweisungen mit allen teils traumatischen Begleiterscheinungen kommt, die sich möglicherweise durch den frühzeitigen Einsatz gestufter ambulanter Krisenintervention hätten verhindern lassen. Wie ein entsprechendes Angebot aussehen kann, zeigt exemplarisch das aktuelle Modellvorhaben »Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen«, das einen rund um die Uhr erreichbaren vierstufigen Krisendienst mit Krisentelefon, aufsuchender Krisenintervention, Krisenbetten und ärztlichem Hintergrunddienst vorsieht (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Vierstufiger Krisendienst in der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung. (http://gbv.online/projekt/charakteristika-der-gbv)

(3) Zu den sozialen Bezügen, in denen Genesung im Sinne von Recovery gelingen kann, gehört neben dem Bereich des Wohnens und den damit verbundenen bedürfnisgerechten ambulanten Hilfen auch der Bereich der Arbeit.

Leider wird häufig nicht ausreichend berücksichtigt, dass Arbeit in unserer Gesellschaft viel mehr bedeutet als eine reine Form der Tagesstrukturierung. Mit Erwerbstätigkeit sind vielmehr auch unmittelbare gesellschaftliche Teilhabe, die Stärkung des Selbstwertgefühls und ein gewisses Maß an Sinnstiftung verbunden. Umso betrüblicher ist es, dass die in Deutschland bisher übliche berufliche Wiedereingliederung nach Reha- oder Trainingsmaßnahmen äußerst geringe Erfolgsquoten aufweist: Die Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt gelingt nur in Ausnahmefällen. Dagegen belegt internationale Evidenz die Überlegenheit des umgekehrten Ansatzes. Statt die psychisch erkrankten Menschen erst umfassend in diversen Maßnahmen vorzubereiten, werden sie im Rahmen des »Supported Employment« direkt auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und erhalten dort intensive Unterstützung. Entsprechende Förderprogramme sollten auch in Deutschland zum Standard werden.

Die Ebene der Einzelinterventionen: Offene Fragen

Die obigen Ausführungen zu Handlungsbedarfen auf der Ebene des psychiatrischen Versorgungssystems dürften wohl zumindest in progressiven, an Recovery-Orientierung interessierten Kreisen als relativ unkontrovers gelten. Zu den »evidenzbasierten Interventionen« der S3-Leitlinie gehören nun allerdings neben den Systeminterventionen auch die Einzelinterventionen. Und hier ist es doch etwas verblüffend, dass der Trialog als Intervention aufgeführt und dabei auch noch ausgerechnet mit Psychoedukation verbunden wird (vgl. Abb. 1). Auch wenn es Formen der Psychoedukation geben mag, die mehr dem Austausch als der Belehrung gewidmet sind, schimmert hier doch eine Gefahr durch, die grundsätzlich mit der Aufnahme des Recovery-Gedankens in das psychiatrische Versorgungssystem verbunden ist: dass nämlich das hierarchische Rollenmodell von Handelnden und Behandelten unverändert bleibt und Konzepte der Selbsthilfe so transformiert werden, dass sie in das alte System passen (vgl. Prestin 2019). Dann wird eben neben dem sonstigen Therapieprogramm auch noch ein Trialog oder eine von Professionellen geleitete Recovery-Gruppe mit psychoedukativem Charakter angeboten, um den psychisch erkrankten Menschen und ggf. ihren Angehörigen beizubringen, wie »Genesung« zu funktionieren hat.

Wirkliche Recovery-Orientierung erfordert dagegen einen Perspektivwechsel. Mike Slade, Kolleginnen und Kollegen stellen dazu fest:

> »The clinical framework underpinning most mental health services locates problems of exclusion largely within the individual. Clinical endeavours, therefore,

> focus on changing people through treatment (therapy, skills training, etc.), so that they ›fit in‹, i.e., become ›normal‹ and ›independent‹ of support and services. But recovery is not about ›getting better‹ or ceasing to need support – it is about ›recovering a life‹, the right to participate in all facets of civic and economic life as an equal citizen (…).« (Slade, Amering et al. 2014, S. 14)

Was es bedeutet, als psychisch erkrankter Mensch aktiv handelnd ein Leben zurückzugewinnen (im obigen Zitat: »recovering a life«), beschreibt anschaulich dieser viel zitierte Text von Patricia Deegan:

> »Für mich bedeutet Recovery, im Führersitz meines Lebens zu sitzen. Ich lasse mich nicht von meiner Krankheit dominieren. Über die Jahre bin ich eine Expertin in meiner Selbstpflege geworden. Über die Jahre habe ich verschiedene Arten kennen gelernt, mir selbst zu helfen. Manchmal benutze ich Medikamente, Psychotherapie, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen, Freunde, meine Beziehung zu Gott, Arbeit, sportliche Betätigung, Aufenthalt in der Natur – all diese Maßnahmen helfen mir, ganz und gesund zu bleiben, obwohl ich psychische Probleme habe.« (Deegan 1993)

Strukturelle Veränderungen auf Systemebene und die Hinzufügung von (zumindest dem Namen nach) recoverybezogenen Einzelinterventionen reichen also nicht aus, um dem Anspruch einer grundlegenden und konsequenten Recovery-Orientierung gerecht zu werden. Vielmehr ist zunächst eine Klärung des Menschenbildes und der eigentlichen Zielsetzung psychiatrischer Unterstützungsangebote erforderlich.

Recovery-Orientierung als Wertefrage

Die beiden wesentlichen Fragen für die Ausrichtung der Psychiatrie lassen sich knapp wie folgt formulieren:
(1) WER ist der psychisch erkrankte Mensch?
Symptomträger und dysfunktionaler Problemfall?
Oder
Mensch in einem (zeitweise krisenhaften) persönlichen Entwicklungsprozess?
(2) WAS sollen die Hilfen tatsächlich erreichen?
Reparatur und Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit?
Oder
stützende Begleitung und Stärkung; Verbesserung von Lebensqualität und Teilhabe?
Recovery-Orientierung ist überhaupt nur dort möglich, wo klar und deutlich die jeweils zweite Antwortmöglichkeit gewählt wird. Erst dann lassen sich

auch die oben genannten Strukturreformen inhaltlich so ausgestalten, dass sie tatsächlich nachhaltig genesungsfördernd sind.

Um den erforderlichen Entwicklungsprozess (vielleicht: Genesungsprozess?) der Psychiatrie zu ermöglichen, ist es unabdingbar, das Erfahrungswissen von Menschen mit reflektiertem eigenen Krankheitserleben zu nutzen. Die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen auf allen Ebenen der psychiatrischen Versorgung (in der Behandlung z. B. als Genesungsbegleiter bzw. -innen, in der Konzeption und Evaluation von Versorgungsangeboten, in der Versorgungsforschung, …) ist somit kein großmütiges Zugeständnis an die Selbsthilfe vor dem Hintergrund einer vorübergehenden Modeerscheinung namens Partizipation, sondern sie liegt im Interesse der Psychiatrie selbst.

Von besonderer Bedeutung ist dabei der Einbezug von Psychiatrieerfahrenen und ihren Angehörigen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen. Genau dort müssten die beiden oben genannten Kernfragen »Wer ist der psychisch erkrankte Mensch?« und »Was sollen die Hilfen erreichen?« thematisiert und umfassend diskutiert werden. Eine zukunftsfähige Psychiatrie kann nur aus dem ehrlichen, offenen und konstruktiven Miteinander-Reden und Miteinander-Ringen von psychisch erkrankten Menschen, ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen und Professionellen erwachsen.

Literatur

Deegan, Patricia (1993): Recovering our sense of value after being labelled. Journal of Psychosocial Nursing, 31(4): 7-11.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage. Springer.

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2019): Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. Positionspapier. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik. (WISO-Diskurs 2019/07)

Prestin, Elke (2019): Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung. In: Zuaboni, G.; Burr, C.; Winter, A. & Schulz, M. (Hg.), Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag, 10-12.

Slade, Mike; Amering, Michaela; Farkas, Marianne; Hamilton, Bridget; O'Hagan, Mary; Panther, Graham; Perkins, Rachel; Sheperd, Geoff; Tse, Samson & Whitley, Rob (2014): Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry 2014 (13): 12-20.

Funktion und Probleme der EUTB-Stellen für Menschen mit seelischen Behinderungen

Michael Konrad

Die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) im Rahmen des reformierten neunten Sozialgesetzbuches ist eine Errungenschaft der Interessensvertretungen der Menschen mit Behinderungen, insbesondere der Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. In den acht Sitzungen des Beteiligungsverfahrens, in denen in bester demokratischer Manier Kompromisse für die zentralen Themen ausgehandelt wurden, kann die EUTB als Symbol für die Umsetzung des Prinzips der Selbstbestimmung bezeichnet werden. Die Unabhängigkeit der Beratung von den Interessen der Behinderteneinrichtungen einerseits und den bisher nach dem Sparsamkeitsprinzip der Sozialhilfe agierenden Trägern der Eingliederungshilfe andererseits galt als Gradmesser für die Ernsthaftigkeit des Gesetzgebers, die Prinzipien der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) umzusetzen.

Gesetzliche Verankerung der unabhängigen Teilhabeberatung

Die EUTB wurde daher mit den entsprechenden Konsequenzen in § 32 SGB IX aufgenommen, nämlich »zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen« mit der Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Förderung erfolgt laut Gesetz bis 31. Dezember 2022 aus Bundesmitteln, wodurch die Unabhängigkeit von den in den Bundesländern angesiedelten Trägern der Eingliederungshilfe finanziell untermauert wird. Zwischenzeitlich wurde diese Regelung entfristet und gilt damit dauerhaft. Die EUTB wird in Teil 1 des SGB IX geregelt und gilt damit nicht nur für die Leistungen der Eingliederungshilfe, sondern nach § 32 Absatz 2 »für alle Rehabilitations- und Teilhabeleistungen« des SGB IX. Außerdem wird in § 32 Absatz 3 festgelegt, dass die »unabhängige Beratung von Betroffenen für Betroffene besonders zu berücksichtigen« sei.

Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Für die unabhängige Teilhabeberatung von Menschen mit seelischen Behinderungen stellt die Umsetzung der nutzerorientierten gesetzlichen Vorgaben eine Herausforderung dar. Menschen mit psychischen Erkrankungen betrachten sich traditionell nicht als behindert und erwarten für ihre Genesung

keine Teilhabeleistungen, sondern Behandlungsleistungen. Leistungen der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im SGB V geregelt und vor allem Menschen mit psychosomatischen oder Suchterkrankungen als stationäre Maßnahmen zugänglich.

Ein verschwindend kleiner Teil der in den S3 Leitlinien Psychosoziale Therapien als Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bezeichneten Personen erhält die Komplexleistung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK). Der überwiegende Teil erhielt entweder keine Rehabilitationsleistungen, weil er sich weigerte, sich als »schwerbehindert« im Sinne des Schwerbehindertenrechts anerkennen zu lassen oder erhielt – häufig durch die stellvertretende Entscheidung der rechtlichen Betreuer bzw. Betreuerinnen – Leistungen der Eingliederungshilfe in betreuten Wohnformen oder Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Der Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger zeigt, dass am Ende des Jahres 2017 nahezu die Hälfte der Leistungsempfänger in betreuten Wohnformen Menschen mit seelischen Behinderungen waren (BAGüS 2019).

Genesungsbegleitung vs. Peer Counseling

Rehabilitationsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden nicht mit selbstbestimmten Leistungen zur Teilhabe assoziiert, sondern mit fremdbestimmten Leistungen zur Sicherung der bloßen Existenz. Die sich entwickelnde Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener griff daher nicht das Konzept des Peer Counseling, sondern das in englischsprachigen Ländern entwickelte Konzept des Experienced Involvement, der Genesungsbegleitung auf. Die erfolgreiche Etablierung der Ex-IN-Ausbildung brachte Genesungsbegleiter bzw. -innen hervor, die insbesondere in der nördlichen Hälfte der Republik erfolgreich in den Pflegedienst von Kliniken integriert wurden (Lacroix & Eikmeier 2017). Auch in der Übertragung auf das Betreute Wohnen blieb der Begriff »Genesungsbegleitung« erhalten (Aly & Grevink 2017). Etwas überspitzt formuliert könnte man sagen, dass das Ex-IN-Konzept stärker auf die Vermeidung von akuter Erkrankung ausgerichtet ist als auf die Stärkung von Selbstbestimmung und Teilhabe.

Dementsprechend unterscheidet sich auch das Peer Counseling, das als pädagogische Methode der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung behinderter Menschen entwickelt wurde. Dessen Grundgedanke ist, behinderte Ratsuchende zu unterstützen, eigene Problemlösungen zu entwickeln, und

sie in ihrem Selbstwertgefühl zu stärken. Die Gesundung oder Genesung spielt in diesem Konzept eine untergeordnete Rolle, es gilt vielmehr das Prinzip der Selbstbestimmung und Teilhabe trotz einer gesundheitlichen Einschränkung wie sie in der UN-BRK formuliert und durch das BTHG konsequent umgesetzt wird.

Umsetzung des EUTB-Konzepts

Während das Konzept der EUTB direkt an den Vorstellungen der Interessensvertretungen der Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen anknüpfte, hatte die Selbsthilfe der Menschen mit psychischen Erkrankungen große Schwierigkeiten damit. Es war klar, dass hier eine einmalige Chance bestand, aber es herrschten große Zweifel, dass die Probleme mit dieser Beratungsform zu überwinden waren. Nur ein kleiner Teil der unabhängigen Psychiatrie-Erfahrenen, wie in Berlin die »Kellerkinder« oder in Baden-Württemberg die »Offene Herberge« Stuttgart stellte einen Antrag und erhielt den Zuschlag.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben sollten die EUTB behinderungsunabhängig beraten und dabei den Fokus auf die Stärkung der Selbstbestimmung anstatt der Genesung legen. Dabei sollten sie auf den eigenen Weg zur Selbstbestimmung zurückgreifen und vor allem unabhängig von Leistungsanbietern und Leistungsträgern bleiben. Diese Grundsätze wurden von der durch das BMAS eingerichteten Fachstelle für Teilhabeberatung konsequent verfolgt. Die Fachstelle Teilhabeberatung wird umgesetzt durch die »gsub Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH« in Zusammenarbeit mit der »Selbstbestimmt Leben UG« (haftungsbeschränkt) und der Humboldt Universität zu Berlin, Abteilung Deaf Studies und Gebärdensprachdolmetschen am Institut für Rehabilitationswissenschaften.

In Baden-Württemberg wurden 77 EUTB-Stellen eingerichtet, ein kleiner Teil hat als Schwerpunkt »psychische Beeinträchtigungen« angegeben. Obwohl die unabhängige Teilhabeberatung unabhängig von der gesundheitlichen Beeinträchtigung beraten soll, wird deutlich, dass die Trägerschaft schwerpunktmäßig bei Organisationen von bzw. für Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderung liegt. Auch Verbände von Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen sind gut vertreten. Aus dem Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung sind die Lebenshilfe und Leistungserbringer aus dem zweiten Arbeitsmarkt vertreten. Lediglich eine EUTB – die »Offene Herberge« – ist aus der Selbsthilfe von Menschen mit

psychischen Erkrankungen entstanden. Andere EUTBs sind aus sogenannten gemeindepsychiatrischen Hilfsvereinen und Sozialpsychiatrischen Diensten entstanden, eine aus der unabhängigen Initiative eines Betroffenen.

EUTB für Menschen mit seelischer Behinderung in Baden-Württemberg

Da das Land Baden-Württemberg einen besonderen Fokus auf die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes bei Menschen mit seelischen Behinderungen legt, hat das Ministerium für Soziales und Integration frühzeitig begonnen, diese EUTB-Stellen zu einem Erfahrungsaustausch einzuladen. Dieses Angebot wurden mit großem Interesse angenommen und hat sich zwischenzeitlich zu einer feststehenden Institution entwickelt. Die in vierteljährlichem Abstand stattfindenden Besprechungen bilden ein gern angenommenes Forum für den Austausch und die Informationsweitergabe über die Umsetzung des BTHG. Zunehmend melden sich EUTBs, die den Schwerpunkt psychische Beeinträchtigung nicht angegeben haben und berichten, dass Ihnen die Beratung von Menschen mit seelischer Behinderung die größten Probleme bereitet.

Der fachliche Hintergrund und die fachlichen Ansprüche sind sehr heterogen. Zentrale Probleme sind das komplizierte deutsche Sozialrecht und die fehlende Beratungserfahrung. In der Philosophie der Fachstelle für Teilhabeberatung sollen diese Defizite durch die Herangehensweise des Peer Counseling kompensiert werden, bei dem die Förderung der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Vordergrund steht. Bei psychisch erkrankten Ratsuchenden stellen EUTB-Stellen jedoch häufig fest, dass diese bereits eine Palette von Angeboten hinter sich haben, die sie nicht als hilfreich erlebten und ihr Interesse vor allem in der Vermeidung weiterer Klinikeinweisungen besteht.

Probleme und Perspektiven

Die EUTB-Stellen stehen daher vor dem gleichen Problem wie andere niedrigschwellige Angebote – in Baden-Württemberg vor allem die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und die Informations- Beschwerde- und Beratungsstellen (IBB). Damit besteht das Risiko, dass auch die EUTB-Stellen nur diejenigen psychisch erkrankten Menschen erreichen, die ein gewisses Maß an Eigenverantwortung aufweisen und die Personen mit elementarem Unterstützungsbedarf weiterhin durch das Netz der Angebote fallen. Das

widerspricht hingegen den Vorgaben des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG), das den Anspruch hat, allen psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen die erforderlichen Hilfen zukommen zu lassen.

Baden-Württemberg setzt daher auf die im PsychKHG von 2015 verankerten Gemeindepsychiatrischen Verbünde, die in allen 44 Stadt- und Landkreisen etabliert wurden. Es ist geplant, Qualitätskriterien zu entwickeln, in denen die EUTB-Angebote neben den IBB-Stellen und den SpDi sich als Beratungsdienste verbindlich mit dem gesamten gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebot vernetzen sollen. Darüber hinaus wird es erforderlich sein, zumindest einzelne Mitarbeitende der EUTB-Stellen für die spezifische Beratung von Menschen mit seelischen Behinderungen zu qualifizieren und sie mit spezifischen Assistenzleistungen für diesen Personenkreis vertraut zu machen. Der methodische Ansatz ist die »unterstützte Entscheidungsfindung«, mit der die meiste stellvertretende Entscheidungsfindung der gesetzlichen Betreuung ersetzt werden soll (Zinkler et al. 2019)

Nachdem die Entfristung der EUTB-Stellen zwischenzeitlich gesetzlich geregelt ist und im Anschluss an die Evaluation der bestehenden Stellen eine neue Ausschreibung erfolgt, besteht die Chance einer Neuorientierung, bei der auch der Bedarf und die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen besser berücksichtigt werden.

Literatur:

Lacroix, A; Eikmeier, G. (2017): Willst du etwas wissen, so frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten. Genesungsbegleitung als Assistenzleistung zur sozialen Teilhabe. In: Rosemann, M.; Konrad, M. (Hrsg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie Verlag; S.160-168.

Aly, A; Gervink, T. (2017): Kultureller Wandel durch den Einsatz von Genesungsbegleitern im Betreuten Wohnen. In: Rosemann, M.; Konrad, M. (Hrsg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie Verlag; S.169-174.

Zinkler, M; Mahlke, C; Marschner, R: (Hrsg.) (2019): Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Umsetzungsperspektiven EUTB

Ottmar Miles-Paul

Die Tatsache, dass es mittlerweile über 500 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen (EUTBs) gibt und dass diese mittlerweile auch mit Beschluss des Bundestages und des Bundesrates nach 2022 weitergefördert werden, stellt einen wichtigen Erfolg dar. Denn behinderte Menschen selbst haben bezüglich des Umgangs mit ihren Einschränkungen und Diskriminierungen einen großen Erfahrungsschatz, der nun auch verstärkt in die Beratung mit einfließen kann.

Bei der Umsetzung der EUTBs und auch sonstiger Peer- Beratungsangebote gilt es neben den behinderungsbedingten Erfahrungen auch die beraterischen Qualifikationen zu schulen und stetig weiterzuentwickeln. Vor allem sind häufig auch Rechtskenntnisse wichtig, um behinderte Menschen auf dem Weg zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung begleiten zu können.

Bei der weiteren Umsetzung der EUTBs gilt es, dass dies verwaltungstechnisch möglichst einfach gemacht wird und dass die Einstellung behinderter Menschen gefördert und nicht wie bisher immer wieder eher erschwert oder sogar behindert wird.

Arbeitsgruppen:

Grenzen und Chancen der E-Mailberatung – Ein Erfahrungsbericht

Thomas Voigt

Vorbemerkung: Der vorliegende Text fasst die vermittelten Inhalte des im Rahmen des Selbsthilfetags am 30.10.2019 in Berlin durchgeführten Workshops sowie einige für das Verstehen hilfreiche zusätzliche Hintergrundinformationen zusammen. Grundlage hierfür bilden die zahlreichen persönlichen Erfahrungen, die wir durch das E-Mail-Beratungsangebot der Deutschen DepressionsLiga e. V. in den letzten Jahren machen konnten.

Um die Grenzen und Chancen einer Beratungssituation darzustellen, die in einem spezifischen Setting (hier anhand von E-Mail-Verkehr) durchgeführt wird, erscheint es erforderlich, zunächst die grundlegenden allgemeinen Parameter des an dieser Stelle darzustellenden Beratungsangebotes zu klären. Dazu zählt auch die Unterscheidung grundlegend verschiedener Beratungsanliegen, aus denen entsprechend unterschiedliche strukturelle Anforderungen an die kommunikativen Kontexte der Beratungsangebote resultieren. Abschließend soll zur Illustration anhand eines konkreten Beispiels die Frage nach der fokussierten Zielgruppe des Beratungsangebots (Ratsuchende), der seine Expertise zur Verfügung stellende Kreis der beratenden Personen (Ratgebende) sowie die Eingrenzung der thematischen Grenzen, innerhalb derer im konkreten Beispiel Beratung sinnvoll angeboten werden kann, dargestellt werden.

Was ist Beratung?

Der Begriff »Beratung« enthält den Begriff »Rat«, was zunächst in der Beantwortung der Frage, was denn Beratung überhaupt kennzeichnen würde, die Antwort nahelegt, »einen Rat zu erteilen«. Dabei ist die Rollenverteilung klar geregelt: Es gibt in der Beratungssituation immer mindestens eine Person, die einen Rat sucht und mindestens eine, die einen Rat erteilt. Die Grundlage eines Beratungsprozesses bildet somit ganz allgemein ein Informationsdefizit auf der Seite der Ratsuchenden, das im Rahmen einer kommunikativen Interaktion zwischen den Ratsuchenden und den Beratenden reduziert werden soll. In der Regel sucht die ratsuchende Person in Ermangelung bestimmter

(fachlicher) Kenntnisse um die Beantwortung einer mehr oder weniger konkreten Frage Rat bei einer anderen Person, die aufgrund ihrer (fachlichen) Kompetenz in der Lage ist, diese Frage zu beantworten und damit das Informationsdefizit zu reduzieren.

Die Komplexität der jeweiligen Fragestellung bzw. des bestehenden Informationsdefizits spiegelt dabei die unterschiedlichen Anforderungen im Beratungsprozess wider:

Die in dieser Hinsicht einfachste Form der Beratung ist in dem Fragen nach einer spezifischen Auskunft zu sehen, wie es z. B. bei der Frage nach dem Weg zu einem bestimmten Ziel oder nach einer bestimmten Telefonnummer der Fall wäre.

Ein etwas komplexeres Anliegen läge vor, wenn seitens der Ratsuchenden ein bestimmtes Problem geschildert und hierzu eine Lösung gesucht wird. Als Beispiel sei hier die Frage nach Hilfsmöglichkeiten bei Schlafstörungen genannt. Auf seiten der beratenden Person wäre einerseits Fachwissen über die ursächlichen Bedingungen von Schlafstörungen, aber andererseits auch die Kompetenz erforderlich, die jeweiligen fachlichen Kenntnisse auf den individuellen Einzelfall anwenden und entsprechende Lösungsmöglichkeiten ableiten und anbieten zu können.

In dieser Hinsicht wesentlich komplexer fällt die Beratungsaufgabe aus, wenn die ratsuchenden Personen ihre Frage oder ihr Problem selbst nicht klar benennen können und somit das implizite Ziel der Beratung zunächst einmal in der Problemdefinition selbst besteht. Die Ratsuchenden erleben ihre Situation als belastend, weil konflikthaft und ambivalent, und das Problem eher als diffus, wobei sie den Kernpunkt des Problems nicht klar benennen und dementsprechend auch keine Lösung generieren können. Beratung hat in diesem Fall das primäre Ziel der hilfreichen Begleitung in einem selbstorientierten Klärungsprozess (Selbstklärung).

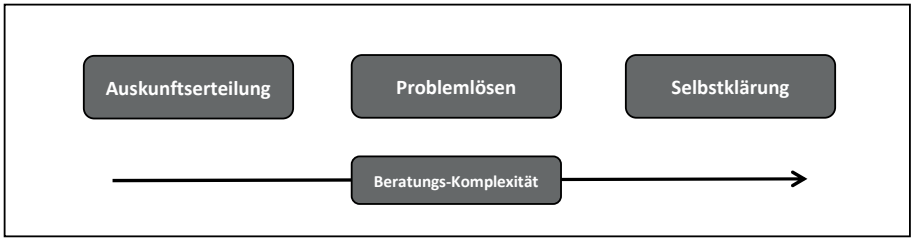

Abb. 1: Verschiedene Beratungsanliegen bilden unterschiedliche Komplexitätsgrade im Beratungsprozess

Charakteristisch hierfür ist die gänzlich andere Rolle bzw. Funktion der beratenden Person, deren Beratungskompetenz gerade nicht primär im Fachwissen, durch die eine Lösung generiert werden könnte, sondern in erster Linie in dem kommunikativen Vermögen liegt, die um Rat suchende Person durch gezielte Fragen und verbale Spiegelungen in der Problemklärung zu begleiten. Die unterschiedlichen Beratungsanliegen lassen sich also hinsichtlich ihres Komplexitätsgrades gruppieren und hierarchisch ordnen (siehe Abb.1).

Entsprechend ihres jeweiligen Komplexitätsgrades erfordern diese drei unterschiedlichen Beratungsanliegen nicht nur entsprechende Kompetenzen seitens der beratenden Personen, sondern ebenfalls entsprechend geeignete Beratungskontexte, in denen sich dieser Prozeß optimal vollziehen kann.

Beratungen des anfangs beschriebenen Komplexitätsgrades (Auskunftserteilung) vollziehen sich heute angesichts der internetbasierten Möglichkeiten weitgehend »per Selbstbedienung«. Der Begriff »Googeln« hat sich entsprechend im Wortschatz etabliert. Voraussetzung hierfür bildet der Zugang zu entsprechenden Medien, was heute größtenteils gewährleistet ist. Insofern sind für diese Beratungsanliegen beratende Personen nur noch in Ausnahmefällen erforderlich.

Hinsichtlich der zweiten Komplexitätskategorie (Problemlösung) werden durch das Angebot an Musterlösungen bereits vielfache Beratungsanliegen bedient. So bietet z. B. Youtube zahlreiche Filme an, die für bestimmte Problemstellungen die entsprechenden Lösungen modellhaft zeigen. Stimmt das angebotene Problem mit dem eigenen überein, und kann der Ratsuchende die dort gezeigte Lösung selbständig umsetzen, ist sein Beratungsanliegen erfolgreich bedient. Bei speziellen Problemstellungen, für die keine Musterlösungen angeboten werden (weil sie seltener vorkommen) oder die deutlich komplexer sind, ist allerdings i. d. R. noch eine Person erforderlich, die in der Lage ist, das Problem zu verstehen und adäquate Lösungen zu generieren. Die hierzu erforderlichen Kompetenzen umfassen neben Fachkenntnis und Intelligenz vor allem auch Kreativität. Sehr oft ergeben sich Problemlösungen gerade dadurch, daß von eingefahrenen Mustern abgewichen wird. Ob Maschinen in der Zukunft hierzu in der Lage sein werden, bleibt offen. Zwar ist die sogenannte Künstliche Intelligenz (KI) heute durch ihre Möglichkeiten des komplexen Mustervergleichs zu zahlreichen, den Menschen meist verblüffenden Leistungen in der Lage, aber ob der Mensch als zielführendes Gegenüber in einer komplexen Beratungssituation in der Zukunft obsolet sein wird, läßt sich derzeit nicht sicher beurteilen.

Dies gilt natürlich erst recht für die letztgenannte Kategorie (Selbstklärung). Die hier zielführende Kompetenz ist in erster Linie in der zwischenmenschlichen Empathie zu sehen. Zwar spielt in diesem Beratungskontext auch die Kreativität der Beratenden eine entscheidende Rolle, wenn es um die Entwicklung von Problemlösungen geht, jedoch muß das Problem zunächst erst einmal erkannt und konkret benannt werden, d. h. das Problem muß verstanden werden. Ein Verstehen auf der kognitiven Ebene reicht dazu allerdings in den meisten Fällen nicht aus, da Menschen aufgrund ihrer emotionalen Beweggründe über die logischen Zusammenhänge hinausgehende Widrigkeiten aufweisen, für deren Verstehen empathisches Einfühlen erforderlich ist, das gerade auf der Grundlage eigener gleichartiger oder zumindest ähnlicher Erfahrungen seitens der beratenden Personen erst möglich ist.

Das sich in diesem Beratungsprozess vollziehende gegenseitige Einlassen ermöglicht die Explikation des eigentlichen Problems im vermeintlichen Chaos der subjektiven Widrigkeiten, woran sich erst im nächsten Schritt die Generierung einer Lösung desselben ergibt. Diese Form der Beratung im Sinne einer begleitenden Selbstklärung ist derzeit nicht durch maschinenbasierte Interaktion zu leisten, da Maschinen keine Emotionen erleben und zum Ausdruck bringen können. Derzeit ist die KI aufgrund des unterschiedlichen Intelligenzverständnisses hinsichtlich ihrer Leistung in der Fachwelt umstritten. Unabhängig von einer Lösung dieses Diskurses und der Frage nach einer zukünftigen Möglichkeit, durch Maschinen eine Art künstlicher Emotion zu generieren, lässt sich zumindest die Absurdität eines solchen Unterfangens herausstellen. Denn neben der problemdefinierenden und lösungsgenerierenden Funktion im selbstklärenden Beratungsprozess bildet gerade die (zwischen)menschliche Begegnung ein wesentliches (kuratives) Treatment, das unabhängig von den jeweiligen expliziten Lösungen bereits implizite Weichen für eine aufbauende und damit erfolgreiche Beratung stellt.

Was ist E-Mailberatung und was charakterisiert sie?

Als E-Mailberatung wird die Interaktion zwischen Ratsuchenden und Beratenden bezeichnet, wenn sich diese primär per E-Mailverkehr vollzieht. Die E-Mailberatung bildet also kommunikationspsychologisch betrachtet einen Austausch von Texten, wobei die Frequenz des Austausches und der Textumfang stark variieren können. Textbasierte Kommunikation stellt eine spezifische Kommunikationsform mit charakteristischen Eigenschaften dar. Deren Grenzen sollen zunächst dargestellt werden:

Reduzierter Informationsgehalt

Ein Text beinhaltet die Abfolge von Zeichen, die vom Leser entsprechend encodiert werden müssen, um verstanden zu werden. Im Gegensatz zu einem persönlichen Gespräch, bei dem sich die miteinander kommunizierenden Personen gegenübersitzen und der kommunikative Austausch über zahlreiche weitere Kanäle stattfindet, ist ein Text um diese sogenannten paraverbalen Informationen reduziert. Die für das adäquate Verstehen hilfreichen Begleitinformationen, wie z. B. Tonfall, Mimik etc. fehlen, so dass viel mehr die persönliche Interpretation des Lesers das Verständnis modelliert, als weniger das ursprünglich und damit tatsächlich Gemeinte der textverfassenden Person. Die Gefahr des Mißverstehens ist demnach bei ausschließlich textbasierten Kommunikationen erhöht.

Statische Darbietung

Ein Text ist heute zwar nicht mehr in Stein gemeißelt, aber ebenso statisch, da dem Leser eine bestimmte Konstellation an Zeichen vorgegeben ist. Die in der E-Mailberatung tätigen Personen haben sich mit dem ihnen vorliegenden Text in seiner statischen Konstellation auseinanderzusetzen und können zur Klärung bestimmter Details nicht mal schnell nachfragen, wie es in einer Face-to-face-Situation möglich wäre. Damit hängt der Erfolg einer hilfreichen Beratung bereits ganz wesentlich mit dem Gelingen eines aussagekräftigen Textes seitens der Ratsuchenden zusammen.

Erhöhter Aufwand

Die Erstellung von Texten erfordert einen (nicht nur zeitlich) höheren Aufwand als die mündliche Mitteilung. Neben der Erfordernis zur mechanischen Aufreihung von Zeichen spielt auch noch die Kenntnis der Rechtschreibung eine nicht unwichtige Rolle, da die textbasierte Kommunikation immer auch das Risiko der Blamage in sich trägt, weshalb sich viele Menschen eher scheuen, sich per Text auszudrücken.

Unsichere Authentizität

Ratsuchende und Beratende begegnen sich in der E-Mailberatung weitgehend anonym und kommen nur auf der Grundlage von Texten miteinander

in Kontakt. Eine direkte Berührung von Person zu Person ist daher ausgeschlossen. Für beide Seiten ist demnach das jeweilige Gegenüber unbekannt, so dass es im Grunde als virtuell, d. h. nicht real erfahren wird. Beide Seiten des Beratungsprozesses können daher nur erahnen, wer die Person auf der anderen Seite ist und ob das Anliegen überhaupt authentisch ist. So besteht beispielsweise immer die Möglichkeit, dass sich eine vermeintliche ratsuchende Person nur einen Scherz erlaubt und die sich um eine Lösung bemühende beratende Person vergebens bemüht. Umgekehrt kann sich die ratsuchende Person nicht sicher sein, ob ihr mühselig formuliertes Anliegen tatsächlich beantwortet wird, und, falls das der Fall sein sollte, ob es sich um eine inhaltlich (fachlich) unbedenkliche Empfehlung handelt.

Geringere Interaktionskontingenz

Die schriftsprachliche Kommunikation vollzieht sich i. d. R. wesentlich langsamer als eine mündliche Kommunikation in Echtzeit, da zum einen jeweils Texte erstellt und zum anderen diese dem Anderen zugestellt werden müssen. In der Psychologie wird die Unmittelbarkeit der Folgen des eigenen Handelns als Kontingenz bezeichnet. Die Kontingenz in der direkten mündlichen Kommunikation ist relativ hoch, da die miteinander sprechenden Personen i. d. R. unmittelbar aufeinander agieren und reagieren, hingegen ist die Kontingenz in schriftsprachlichen Auseinandersetzungen wesentlich geringer, weil die Reaktion im Extremfall sehr viel später erfolgen kann.

Neben diesem Problem der Prozessverlangsamung stellt der Aspekt der geringeren Interaktionskontingenz in Form der mangelnden Rückmeldung ein weiteres nicht unwesentliches Problem für die Beratenden dar. In der Regel ist die Beratung nach einem Kontakt und in seltenen Ausnahmen bis zu drei Kontakten beendet. Eine Rückmeldung hinsichtlich eines Erfolgs oder Mißerfolgs findet meistens nicht statt. Die Beratenden erfahren daher trotz ihres Bemühens selten Erfolgserlebnisse.

Die geringe Interaktionskontingenz kulminiert hinsichtlich ihrer persönlich belastenden Komponente, die sie für die Beratenden durchaus darstellen können, im Fall von Beratungsanliegen mit einem suizidalen Hintergrund. Den Beratenden fehlt in diesem Fall jegliche Möglichkeit einer kontingenten Einflußnahme, da sie weder schnell noch direkt mit dem jeweiligen Ratsuchenden kommunizieren und die Situation deshalb kaum adäquat beeinflussen oder gar kontrollieren können. Durch diese der E-Mailberatung immanenten Grenze erleben die beratenden Personen eine subjektiv belas-

tende Hilflosigkeit, was die Notwendigkeit der regelmäßigen Supervision begründet.

Spezifische Voraussetzungen erforderlich

Um eine per E-Mail durchgeführte Beratung in Anspruch nehmen zu können, sind zahlreiche Voraussetzungen zu erfüllen. Diese umfassen neben dem Vorhandensein entsprechender technischer Geräte, Internetzugang, Stromversorgung etc. vor allem die persönliche Kompetenz im adäquaten Umgang mit diesen Komponenten.

Man könnte jetzt aufgrund der durch die beschriebenen Einschränkungen und Probleme dargestellten Nachteile nach dem Sinn des E-Mail-Beratungsangebots fragen. Warum wird ein solches, scheinbar eher problematisches Angebot mit ihrem nicht unerheblichen Aufwand für die beratenden Personen angesichts der zahlreichen Nachteile aufrechterhalten? Um diese Frage zu beantworten, sollen zunächst zwei diese Darstellung ein wenig relativierenden förderlichen Charakteristika der E-Mailberatung dargestellt werden.

Örtliche und zeitliche Flexibilität

Ein immanenter Vorteil der E-Mailberatung ist durch ihre Unabhängigkeit von Sprech- und Öffnungszeiten sowie von Örtlichkeiten gegeben. Nahezu von jedem Ort der Welt kann zu jeder Zeit, sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind, ein Beratungsanliegen formuliert werden. Dieser Vorteil gilt dabei für die Ratsuchenden und Beratenden gleichermaßen.

Mehr Zeit für die Formulierung des Problems bzw. der Lösung

In dieser Hinsicht ähnlich ist der Vorteil zu sehen, daß mehr Zeit für die Formulierungen sowohl der Beratungsanliegen als auch für deren Beantwortung zur Verfügung steht. Im Gegensatz zu direkten Gesprächen, in denen die beratenden Personen kaum Zeit für Überlegungen haben, sondern mehr oder weniger ad hoc eine Antwort formulieren müssen, können sie zur Abfassung einer Antwort noch weitere Überlegungen anstellen. Ebenso können sie bei Bedarf auch noch zu speziellen Fragestellungen recherchieren.

Für die ratsuchenden Personen bietet die Erfordernis zur Texterstellung eine Chance, ihr Problem bereits vorab zu strukturieren. Allein durch

den Prozess des Schreibens ergeben sich schon häufig positive Effekte der Selbstklärung, weshalb diese Methode auch in einigen psychotherapeutischen Kontexten Anwendung findet.

Nach diesen Analysen scheinen die Nachteile der E-Mailberatung gegenüber deren Vorteile zu überwiegen. Allerdings erfüllen die spezifischen Charakteristika der E-Mailberatung offenbar dennoch die Bedürfnisse einer bestimmten Klientel, denn aus der persönlichen Sicht erscheint für manche Ratsuchenden bzw. Beratenden gerade das als Vorteil, was sich für andere als Nachteil erweist.

Das heißt: Manche Charakteristika der E-Mailberatung erweisen sich erst im individuellen Kontext als hinderlich und damit als Begrenzung bzw. umgekehrt als förderlich und damit als Chance.

Zwei derartige individuell sehr unterschiedlich erlebte Charakteristika der E-Mailberatung werden im folgenden beispielhaft genannt:

Anonymität

Die Anonymität, die eine essentielle Eigenschaft der E-Mailberatung darstellt, bildet neben dem oben bereits beschriebenen Nachteil (siehe »Unsichere Authentizität«) für beide Seiten des Beratungsprozesses sowohl Vor- als auch Nachteile. Für viele ratsuchende Menschen bildet die Wahrung der Anonymität im Zusammenhang mit der Darstellung persönlicher, vermeintlich beschämender Inhalte eine fundamentale und unabänderliche Voraussetzung für das Eingehen einer Beratung. Die E-Mailberatung bietet in dieser Hinsicht die maximal mögliche Anonymität, da sie über die Geheimhaltung der Identität hinaus auch andere persönliche Kriterien verbirgt, wie es z. B. die Stimme im Telefonat der Fall ist.

Andererseits bildet die Anonymität unter Umständen auch für die beratenden Personen eine wichtige Voraussetzung für ihr Engagement, wenn es sich beispielsweise, wie es in der E-Mailberatung der Deutschen DepressionsLiga e. V. der Fall ist, um beratende Personen handelt, deren Expertise auf der persönlichen Betroffenheit beruht. Insofern kann die Anonymität im Beratungsprozess auch auf der Seite der Beratenden eine essentielle Voraussetzung darstellen.

Priorisierung des Schreibens

Im Zusammenhang mit persönlichen Belastungen fällt es vielen Menschen leichter, über ihre Belange zu schreiben als darüber zu sprechen. Zumal Letzteres im persönlichen Kontakt mit anderen Menschen stattfindet, bevorzugen zahlreiche Menschen eine Beratungssituation, in der sie ihre Nöte und Sorgen nicht direkt gegenüber Anderen darstellen müssen. Daher bietet die E-Mailberatung gerade für diese Ratsuchenden und aus dem gleichen Grund auch für die Beratenden ein für sie optimales Kommunikationsmedium.

Schon aufgrund dieser beiden Charakteristika läßt sich erkennen, dass die E-Mailberatung ein spezifisches Beratungsmedium darstellt, das den individuellen Bedürfnissen zahlreicher ratsuchender und beratender Menschen entspricht, woraus sich trotz ihrer im Vergleich zu anderen Beratungsformen eher suboptimalen Bedingungen und den daraus resultierenden Grenzen ihre Daseinsberechtigung ergibt. Zudem läßt die hohe Nachfrage bzgl. dieses Beratungsangebots den Schluss zu, dass viele Menschen genau diese Eigenschaften präferieren.

Die sich aus den Spezifikationen der E-Mailberatung ergebenden Vor- und Nachteile sind in der folgenden Tabelle) noch einmal überblicksartig zusammengestellt.

Tab. 1: Zusammenstellung der Vor- und Nachteile der E-Mailberatung für Beratende und Ratsuchende

	Beratende	**Ratsuchende**
Vorteile	Örtliche und zeitliche Flexibilität	
	Lösungen können besser durchdacht werden	Probleme können besser formuliert werden
	Möglichkeit zur Recherche	Effekt der Selbstklärung durch Schreiben
Nachteile	Erhöhter Aufwand durch Schreiben	
	Reduktion des Informationsgehalts	
	Geringe Interaktionskontingenz	
Kontext-abhängige Vor- bzw. Nachteile	Anonymität	
	Priorisierung des Schreibens gegenüber Sprechen	
	Scham bzgl. Rechtschreibschwierigkeiten	

Die E-Mailberatung der Deutschen DepressionsLiga e.V. – Ein Beispiel

Die Deutsche DepressionsLiga e. V. bietet seit vielen Jahren gemäß dem Credo »Beratung von Betroffenen für Betroffene« eine E-Mailberatung für Menschen, die aktuell mit Problemen aus dem Themenspektrum »Depression« konfrontiert sind. Der besondere Fokus liegt dabei auf der Expertise aus persönlicher Erfahrung. Sämtliche beratenden Personen haben persönliche Erfahrung mit depressiven Störungen und den damit zusammenhängenden Themen, wie spezifische Symptome, Therapieverfahren, Probleme mit den Angehörigen, Konflikte im Arbeitsleben, sozialrechtliche Fragestellungen etc. Das Angebot der Beratung aus Patientenperspektive ist dabei nicht als alternative Konkurrenz zu den bestehenden »professionellen« Angeboten zu verstehen, sondern viel mehr als eine diese Angebote ergänzende Perspektive. Die Deutsche DepressionsLiga e. V. ist eine bundesweit agierende Selbsthilfeorganisation, und die Expertise der in diesem Zusammenhang beratenden Personen ist mit den spezifischen positiven Wirkungen, wie sie in einschlägigen Selbsthilfegruppen umgesetzt werden, vergleichbar. Die Selbsthilfe sollte nicht als alternative Notlösung in Ermangelung einer professionellen Behandlung verstanden werden, sondern als ein diese Behandlung ergänzendes Treatment mit einer ganz eigenständigen spezifischen Wirkung.

Welche Anliegen haben die Ratsuchenden?

Die Fragen und Probleme der ratsuchenden Personen weisen insgesamt ein relativ weites Themenspektrum auf. Allerdings gibt es Themen, die regelmäßig immer wieder dargestellt werden und daher den größten Teil ausmachen. Die vier häufigsten Fragestellungen sind:

- Wie komme ich schnell an einen Therapieplatz?
- Wie soll ich mich verhalten, um meinem depressiven Angehörigen zu helfen?
- Wie kann ich meinen depressiven Angehörigen zur Therapie motivieren?
- Sozialrechtliche Fragestellungen

Welche Kompetenzen der Beratenden sind erforderlich?

Die im Rahmen der E-Mailberatung der Deutschen DepressionsLiga e. V. tätigen Personen sollten idealerweise über die folgenden Kompetenzen verfügen:

- Grundlegendes Fachwissen aus den Bereichen Psychologie/Psychotherapie, Psychiatrie (speziell zur Depression), Psychopharmakologie, Sozialrecht (objektive Perspektive)
- Persönliches Erfahrungswissen aufgrund der eigenen Erkrankung (subjektive Perspektive)
- Problemlösungsfertigkeiten, wie Intelligenz und Kreativität
- Kommunikative Fertigkeiten, wie Textverstehen, Empathie und schriftlicher Ausdruck
- Selbstfürsorge im Hinblick auf das Beachten und Achten der eigenen Grenzen

Für die in der E-Mailberatung der Depressionsliga tätigen Beraterinnen und Berater, deren Expertise sich aus der persönlichen Erfahrung mit einer depressiven Störung ergibt, bietet sich die Möglichkeit, ihre eigene unter Umständen als Makel erlebte Erfahrung in diesem Kontext zur Qualifikation neu zu konnotieren und dadurch das persönlich erlebte Leiden nutzbar und vielleicht auch nachträglich ein wenig sinnvoll zu machen.

Fazit

Die E-Mailberatung bildet eine spezielle Kommunikationsform im Beratungsprozess. Ihre im Vergleich zu anderen Kommunikationsformen innerhalb einschlägiger Beratungsangebote vordergründig eher begrenzenden Möglichkeiten und damit den Beratungserfolg eher erschwerenden Charakteristika lassen sich erst im spezifischen Kontext, der durch die an der Beratung jeweils beteiligten Personen mit ihren individuellen Bedürfnissen gebildet wird, als eine für den Beratungsprozess eher förderliche Chance oder als eine diesen eher hemmende Begrenzung identifizieren.

Eine Über- oder Unterlegenheit der E-Mailberatung gegenüber anderen Beratungsangeboten per se ist daher nicht zu rechtfertigen. Die hohe Nachfrage innerhalb dieses Segments offenbart jedoch unabhängig von diesen Aspekten, dass es für eine hinreichend große Klientel die optimale Beratungsform darstellt und dementsprechend das Angebot trotz seiner immanenten Grenzen eine relevante Alternative im psychosozialen Beratungsangebot darstellt.

Neue Wege der Selbsthilfe

Leonore Julius, Horst Harich

Das Gleiche lässt uns in Ruhe; aber der Widerspruch ist es, der uns produktiv macht.
Johann Peter Eckermann in ›Gespräche mit Goethe‹

Moderatoren:
Horst Harich, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen; Leonore Julius, GeschwisterNetzwerk.de und LV Rheinland-Pfalz der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
Teilnehmende:
Über 20 Teilnehmende aus unterschiedlichen Altersgruppen; die meisten Menschen, die eigene Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung haben sowie einige Angehörige; Frauen und Männer etwa gleichmäßig verteilt; die meisten Teilnehmenden mit mehr- oder langjähriger Erfahrung in Selbsthilfegruppierungen; einige mit Ex-In-Ausbildung

Internet und Soziale Netzwerke – neue Wege der Selbsthilfe oder nützliche Hilfsmittel?

Natürlich hat sich die Zeit mit den neuen Medien verändert: Dies führt dazu, dass es eine andere Art der Kommunikation gibt, die sich zum Beispiel in Skype-Meetings, Telefonkonferenzen, Facebook-Gruppen und »WhatsApp« -Gruppen wiederspiegelt. Dennoch zeigen die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AG 2: Das persönliche Gespräch in der Selbsthilfegruppe ist nicht ersetzbar.

Selbsthilfegruppen sollten auf jeden Fall die goldene Regel einhalten, »Was in der Gruppe gesprochen wird, bleibt auch in der Gruppe«. Es ist sehr wichtig, dass jedes Mitglied in einer »guten Atmosphäre« jedes Thema, das ihn/sie bedrückt, ansprechen kann. Darüber hinaus kann eine Selbsthilfegruppe Referentinnen und Referenten zu bestimmten Themen einladen oder gemeinsame Projekte ins Leben rufen.

Internet und die unterschiedlichen Sozialen Netzwerke – das wird derzeit häufig als die Lösung für eine Reihe aktueller Herausforderungen in der Selbsthilfe und an die Selbsthilfe kommuniziert. So stand das Thema auch bei dieser Arbeitsgruppe gleich zu Beginn im Zentrum. Der Kreis der Teilnehmenden konnte sicher nicht als repräsentativ angesehen werden,

dennoch war die übereinstimmende Bewertung doch erstaunlich: Nützliche Instrumente – ja, aber nicht mehr und nicht weniger, wie sich in der weiteren Diskussion sehr deutlich zeigte.

- Nutzung des Internet und der Sozialen Netzwerke spielen eine wichtige Rolle zur Vermittlung von Informationen, Bekanntmachung von Veranstaltungen, zur Kontaktaufnahme und ähnlichem.
  »… so können wir auch Leute erreichen, die sonst nicht kommen würden.«
- Einen Ersatz für die persönliche Begegnung im geschützten Raum sah allerdings niemand in den sozialen Netzwerken.
  »… also ich würde meine persönlichen Probleme, die ich in der Selbsthilfegruppe bespreche, glaube ich nicht auf öffentlichem Facebook ausdiskutieren.«
  Es ist nicht nur die wichtige Frage des Schutzes der sehr persönlichen Daten und Gefühle, sondern vor allem das Fehlen eines menschlichen ›Gegenüber‹, mit dem die Skepsis begründet wurde.
- Dennoch gibt es gute Gründe, zusätzlich zu Gruppentreffen die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation in der Selbsthilfearbeit zu nutzen. Dazu gehören u. a.
  - dass regionale Gruppen nicht (mehr) vorhanden sind,
  - insbesondere im ländlichen Bereich Gruppen nicht oder sehr schlecht erreichbar sind,
  - Gruppen einen größeren geographischen Raum abdecken müssen und deshalb persönliche Treffen nur in größeren Zeitabständen möglich sind.

Das GeschwisterNetzwerk entwickelt derzeit ein Modell, Präsenztreffen mit einem geschlossenen, geschützten Kommunikationssystem für Menschen zu verbinden, die sich bereits persönlich bekannt sind. Damit soll ein Weg eröffnet werden, der eine größere Reichweite für den Austausch bietet, ohne die menschliche Komponente zu vernachlässigen.

Es ist mit Sicherheit möglich, Selbsthilfegruppen über Facebook und »WhatsApp« zu gründen. Ein reger Austausch der persönlichen Probleme ist auch in diesen Gruppen möglich. Es stellt sich hier nicht nur die Frage der Datensicherheit, sondern der bereits beschriebene Austausch im persönlichen Gespräch fehlt. Wie geht es dem »Anderen« damit, wie kann ich das Problem lösen, wenn ich nur eine schriftliche Antwort bekomme, die missverständlich aufgenommen werden kann. Es fehlt also etwas Gravie-

rendes in der Kommunikation, ich kann die »Gefühle« meines Gegenübers überhaupt nicht richtig wahrnehmen.

Standortbestimmung

Eine der Kernfragen, ob die bewährten Selbsthilfegruppen mit regelmäßigen persönlichen Treffen noch zeitgemäß seien, förderte eine wesentliche Übereinstimmung zu Tage: ein Plädoyer für die persönliche Begegnungen in geschützten Räumen.

»… ich finde es auch ganz wichtig, dass wir wieder mehr auf Begegnungsräume gucken und … viele Menschen, mit denen wir zu tun haben, haben keine Begegnungsräume mehr …«

»… wo man einfach sein darf. Ich finde solche Räume gab es früher viel mehr, solche Räume gibt es so gut wie gar nicht mehr und das finde ich einen ganz wichtigen Aspekt.«

»Und ich habe gemerkt, dass es ganz wichtig ist, dass man Räume hat, wo man sich treffen kann, miteinander reden kann, das ist absolut wichtig und das muss auch bleiben.«

Bekannte Vorbehalte kamen von einigen jüngeren Aktivisten, die sich in Gruppen, mehr noch aber in den Selbsthilfeorganisationen an den Rand gedrückt fühlen.

»Ich habe wirklich das Bedürfnis, was daraus zu machen und gleichzeitig betrachte ich so das Feld der etablierten Vereine, Verbände und es gibt da gewisse Schwierigkeiten … Ich war da die letzten Jahre sehr aktiv tätig, das ist natürlich gerne gesehen, wenn da so ein junger Mensch aufschlägt. … (Es) ist natürlich nie so attraktiv, wenn man der einzige jüngere Mensch ist und vor allem ist es dann nicht mehr attraktiv, wenn man sich ambitioniert einbringen möchte und sobald es aber um Macht geht, wirkliche Mitsprache und Gestaltung, dass da ganz schnell Ende Gelände ist …«.

Auf der anderen Seite wurde aber auch Flexibilität eingefordert, wenn es darum geht, inzwischen alt (und immobil) gewordene Gruppenmitglieder nicht zu isolieren. Viel Wert wurde auf die Feststellung gelegt, dass länger bestehende Selbsthilfegruppen und -organisationen über die Jahre hinweg keineswegs statisch verharrt haben, sondern sich entwickelt haben. Dabei wurden unterschiedliche Richtungen deutlich:

- Betroffenen-Gruppen lösen sich von der Bezogenheit auf einzelne ›Diagnosen‹ oder Erfahrungen und öffnen sich für alle Interessierten mit ähnlichen Anliegen und Problemen

»… wir haben definiert, dass jeder Mensch, der unsere Ziele unterstützt, auch in unsere Selbsthilfegruppe kommen kann und das ist eine ganz neue Definition.«

»Mich hat der Begriff Psychiatrie-Erfahrene – so gut er inhaltlich ist – aber immer gestört, ich empfinde ihn heute noch als stigmatisierend und Leute die sich (so) bezeichnen … kokettieren in meinen Augen mit dem Begriff Psychiatrie-Erfahrung, denn die grenzen jene aus, die nicht in der Klinik gewesen waren …«.

- Die Vertreterinnen des Münchner Angehörigenvereins mit 17 Selbsthilfegruppen und des GeschwisterNetzwerks betonten die positiven Erfahrungen mit Angeboten, die der jeweiligen Rolle der Angehörigen in der Familienstruktur gerecht werden.

  »… Angehörige unterhalten sich mit anderen Angehörigen die dasselbe erleben, also Geschwister, Partner, usw., jeder hat so seine eigene Verständnisclique und das hat sich als sehr positiv herausgestellt, weil Eltern reden mit Kindern anders, Kinder reden mit Eltern anders, Geschwister kommen dann meistens sowieso nicht zu Wort.«
- Allen Gruppierungen von der kleinen Gruppe vor Ort bis zu einer großen Organisation wie der DGBS ist die Erfahrung gemeinsam, dass sie als ›Dienstleister‹ für Informationen genutzt werden, aber diese ›Konsumenten‹ darüber hinaus kein Interesse an Selbsthilfeaktivitäten haben und sich schnell wieder abwenden. Dies muss hingenommen werden, darüber waren sich alle Teilnehmenden einig.

Beschränkung auf die originäre Selbsthilfe – oder auch (gesellschafts-) politische Vertretung?

Diese Frage musste auch mit Blick auf eine Weiterentwicklung kontrovers bleiben. Während einzelne Teilnehmende sich explizit dafür aussprachen, nicht politisch werden zu wollen, sahen andere einen wesentlichen Teil ihres Engagements darin, in die Gesellschaft hineinzuwirken: »das ist ja auch so ein bisschen Hintergrund von NetzG.«

»Selbsthilfe kann entweder innenorientiert sein, oder außenorientiert mit Selbstdarstellung (vorpolitischer Raum); dann kommt die politische Ebene auf Landes- oder auf Bundesebene. Das muss immer in der Diskussion unterschieden werden, damit nichts durcheinandergerät. Es ist unbedingt notwendig, dass man Bezug zu seiner Gruppe hat, sonst weiß man nicht mehr, was man tut. Nur dort lernt man die Bedürfnisse der anderen kennen.«

Auch in diesem Zitat wird die herausragende und jegliches Engagement ›erdende‹ Funktion der Face-to-Face-Selbsthilfe herausgestellt.

»Und soll die Selbsthilfe jetzt wirklich den Weg gehen, als gleiche Säule neben dem Gesundheitsministerium stehen? Oder sind das nur verknüpfte Säulen? Es gibt unterschiedliche politische Vertretungen mit ungleichen Mitteln. Dafür haben wir hier Solidarität auf breiter Ebene, die wir durch die Selbsthilfe erreichen. … Mitunter wird die Selbsthilfe auch missbraucht bzw. gebraucht als billige Hilfeleistung und dafür sollte sich die Selbsthilfe auch nicht hergeben, ich bin da auch im Zwiespalt.«

Professionalisierung der Selbsthilfe – eine Frage, so alt wie die Selbsthilfe selbst

In engem Zusammenhang mit der vorherigen Frage steht die (Teil-)Professionalisierung der Selbsthilfe. Wie nicht anders zu erwarten wurde dieser Aspekt mit großer Spannbreite diskutiert.

»Professionalität in der Selbsthilfe heißt auch institutionalisiert werden und da muss man aufpassen nicht missbraucht zu werden als Statement-Man!«

»In Kanada, USA und England gibt es mehr Peer-geleitete Strömungen, anders als in Deutschland. Professionalisierung heißt: Buchhaltung, Gruppenstrukturen, Mediation und Ressourcen finden. Beteiligung ermöglichen und Beteiligungsprozesse schaffen. Das Krisenverständnis ist sehr viel weltlicher, das Erfahrungswissen ein weniger hierarchisches. Davon sollte man sich inspirieren lassen. Peer-Professionalität ist wichtig.«

- Bei der Frage, ob Selbsthilfe kostenlos sein solle oder ob ein Anspruch auf Vergütung der Leistungen bestehe, prallten die Meinungen voll aufeinander.

  »Für Selbsthilfe nimmt man nichts: Meine Motivation kommt aus der Beratung und dem Umgang in der Gruppe, diese Dankbarkeit ist meine Motivation, mich mit den Gremien rumzuschlagen.«

  »Für Gremienarbeit braucht es dennoch eine Entschädigung und das ist gerechtfertigt … 40 Euro Bezahlung pro Sitzung bzw. Stunde. Gremienarbeit können fast auch nur die Menschen machen, die nicht im Berufsleben stehen, denn dazu braucht es Zeit und die hat jemand mit Vollzeitstelle eventuell einfach nicht.«

  »Die Selbsthilfe hat einen großen Wert daraufgelegt, dass es nicht darum geht, Geld damit zu verdienen. Wir sind nicht mehr 68! Nicht mehr die Bürgerbewegung, trotzdem müssen wir uns diese alten Fragen neu stellen

und die unterschiedlichen Modelle genau anschauen. Es ist auch schön, eine Übungsleiterpauschale als Wertschätzung und Aufwandspauschale zurückzugeben.«

- Auch bei der Frage, ob EX-IN eine Weiterentwicklung der Selbsthilfe sei oder mit der Selbsthilfe nichts mehr gemein habe, gingen die Meinungen sehr auseinander.
  »Es bieten sich aber auch neue Wege der Betroffenenarbeit, also es geht ja einerseits um die Selbsthilfe, andererseits um die Selbstvertretung. Also was ganz deutlich ist, aus der Ex-In-Bewegung kommen jetzt ganz viele Impulse.«
  »Ich habe die Erfahrung mit Ex-In-lern gemacht und ich spreche jetzt hier von einem ländlicheren Raum, dass unsere Selbsthilfegruppen sich auflösen, weil diese EX-INler kein Interesse mehr daran haben, Selbsthilfe zu betreiben. Die sind da in ihren Einrichtungen und dort sind ihre Bedürfnisse genügend gedeckt, die wollen sich auch nicht mehr artikulieren in Selbsthilfe … Und ich bin jetzt ein Mensch, der EXIT-Strategien verfolgt, keine EX-IN-Strategien. Das ist also was anderes.«
- Ein ähnliches Bild zeigte sich im Hinblick auf eine Beteiligung / Nichtbeteiligung an Beratungsstellen im Rahmen des Teilhabegesetzes (EUTB).

Resümee

Die Selbsthilfegruppe der heutigen Zeit hat eine gute Überlebenschance. Hierzu gehört aber auch ein engagiertes Team, die Pflege der Medien wie Facebook, Instagram, eine Webseite mit Ansprechpartnerinnen bzw. -innen und ein Forum, das durch einen festen Ansprechpartner bzw. eine feste Ansprechpartnerin gepflegt wird.

Während die Aufrechterhaltung von Selbsthilfegruppen (überall da, wo es möglich ist) unisono befürwortet wurde, zeigten sich Differenzen, wenn es um die Offenheit ging, sich den örtlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten kontinuierlich anzupassen. Es blieb kontrovers, ob die Partizipationsansätze in den letzten Jahren der Selbsthilfe-Bewegung eher nützen oder sie beschädigen und am Ende gar überflüssig machen. Bei der Einordnung sollte aber beachtet werden, dass die Teilnehmenden sich vorwiegend aus dem großstädtischen Milieu rekrutierten und Meinungen aus dem kleinstädtischen und ländlichen Raum deutlich unterrepräsentiert waren. Dennoch gab der Workshop – so die einhellige Meinung – eine Menge Denkanstöße, die in die Tagesarbeit mitgenommen werden konnten.

Junge Selbsthilfe stärken. Oder: Social Media. Wieso? Weshalb? Warum?

Kerstin Trostmann

Ergebnisse aus der Arbeitsgruppe des BApK e. V. auf dem Selbsthilfetag der APK-Tagung zum Thema »Neue Wege der Selbsthilfe – Teilhabe und Selbstbestimmung«

Vorüberlegungen

Wie schaffen wir es, junge Menschen für die Selbsthilfe zu begeistern? Diese Frage bewegt viele Verbände und ist sicher nicht einfach zu beantworten. Ein Ansatzpunkt scheint jedoch auf der Hand zu liegen: Wenn wir junge Erwachsene erreichen wollen, müssen wir von unserer Arbeit, unseren Themen und unseren Angeboten erzählen – und zwar dort, wo wir gehört werden. Und das ist – man kann es gut finden, oder auch nicht – vor allem in den sozialen Medien.

Das haben viele gemeinnützige Organisationen bereits erkannt. Auch der BApK hat einen Instagram-Account und postet Videos auf YouTube. Doch mit den neuen Medien kommen auch neue Fragen: Welches Medium passt zu unserer Arbeit? Wie soll ich auf unseren Verband aufmerksam machen? Welche zeitlichen und personellen Ressourcen müssen dafür vorhanden sein? Und was bringt der ganze Aufwand am Ende wirklich?

Warum Social Media?

Die Kommunikation über soziale Medien hat verschiedene Vorteile. Da wäre zum einen die zielgruppengenaue Kommunikation. Denn die User der unterschiedlichen Plattformen lassen sich recht gut bestimmen: Möchte man die jungen Erwachsenen ansprechen, wählt man Instagram, soll die Zielgruppe etwas älter sein, ist man eher bei Facebook richtig.

Ein weiterer Vorteil ist die große Reichweite bei geringen Kosten. Und nicht zuletzt bieten neue Medien eine unverzichtbare Informationsquelle für die eigene Arbeit: Welche Themen werden diskutiert? Wo entstehen neue Gruppen? Werden wir mit unserer Arbeit wahrgenommen?

Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass mit der Entscheidung für Social Media auch Probleme entstehen: Das wichtigste Thema in diesem Zusammenhang ist die Unantastbarkeit der Privatsphäre und die Datensi-

cherheit. Aber auch über andere rechtliche Fragen, wie zum Beispiel das Presse- und Veröffentlichungsrecht, sollte man sich vorab informieren, um nicht in Schwierigkeiten zu geraten. Letztlich müssen jeder Verband und jede Gruppe selbst entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen sie eine ihnen geeignet erscheinende Plattform nutzen möchten.

Noch mehr Fragen

Wenn man die Frage »Wollen wir Social Media?« prinzipiell mit ja beantwortet hat, sollte man sich als nächstes unbedingt noch einmal ernsthaft fragen: Brauchen wir Social Media? Und können wir uns eine Nutzung sozialer Medien überhaupt leisten? Denn das eine ist in den letzten Jahren klar geworden: Auch im Internet gibt es nichts umsonst. Die zeitlichen und personellen Kosten können sogar recht hoch sein und – wenn man nicht aufpasst – kann aus einem Imagegewinn schnell auch ein Imageschaden werden.

Im besten Fall steht also vor der Entscheidung für oder gegen soziale Medien eine Positionsbestimmung der Ziele des eigenen Verbandes: Wer sind wir? Was möchten wir erreichen? Wen möchten wir erreichen? Und – ganz wichtig – was passiert, wenn meine Bemühungen erfolgreich sind und wirklich (junge) Menschen an die Tür klopfen und mitmachen wollen? Welche Angebote können wir machen? Gibt es jemanden, der sich verbindlich über einen bestimmten Zeitraum um neue Interessierte kümmert, gesprächsbereit ist, sich Zeit nehmen kann, damit sie nicht nur kommen, sondern auch bleiben?

Facebook, Instagram, YouTube & Co.

Sind alle Vorüberlegungen abgeschlossen geht es darum, das geeignete Medium für sich zu finden. Dabei unterliegen alle sozialen Medien Veränderungen. Im Moment sind die populärsten Facebook, Instagram und YouTube. Besonders beliebt sind temporäre Posts, die nur eine gewisse Zeit sichtbar sind.

Das größte soziale Netzwerk ist nach wie vor Facebook. Doch YouTube und das bilderstarke Instagram haben, vor allem bei den jüngeren Usern, kräftig aufgeholt. Die unterschiedlichen sozialen Netzwerke unterschieden sich nicht nur in ihren Benutzerprofilen, sondern auch in ihrer Ästhetik und ihren technischen Möglichkeiten. Hier die wichtigsten Merkmale in aller Kürze.

Facebook …

… ist – wie erwähnt – immer noch das größte soziale Netzwerk. Ein Großteil der User ist inzwischen älter als 30 Jahre. Vielleicht ist auch das ein Grund dafür, dass die Beiträge – im Ganzen gesehen – eher besser geworden sind. Dafür sind die Kommentare auch kritischer. Jeder Beitrag sollte gut überlegt sein und weniger ist manchmal mehr. Ein großer Vorteil ist, dass sich inzwischen Gruppen zu fast allen Interessen und Themen gegründet haben, mit denen man meist sehr unproblematisch in Kontakt treten kann, um die eigenen Inhalte zu platzieren. Aber nicht übertreiben. Man sollte mindestens zweimal in der Woche posten und auch das Liken nicht vergessen. Und hier, wie überall, gilt: Ein Bild sagt mehr als viele Worte. Und ein Video wird deutlich mehr Beachtung finden als ein langer Beitrag.

Problematisch ist – wie eigentlich immer in den sozialen Medien – die Wahrung der Privatsphäre und der sichere Umgang mit Daten. Die Familienselbsthilfe BApK hat sich daher 2018 gegen die weitere Nutzung von Facebook entschieden.

Instagram …

… ist ein bilderstarkes Netzwerk, das von der Authentizität der Fotos lebt. Hier will man keine Stockfotos sehen, sondern Schnappschüsse, die nicht perfekt sein müssen. Der Großteil der User ist zwischen 13 und 30 Jahre alt.

Wichtig ist ein ausdruckstarkes Profil, in dem das Anliegen des eigenen Verbandes/der eigenen Gruppe erkennbar ist. Hier sollte auch der Link zur Homepage platziert werden. Man sollte mindestens dreimal pro Woche eigene Beiträge erstellen und sich ausreichend Zeit nehmen, um andere Beiträge zu liken oder – viel besser!! – zu kommentieren. Wichtig ist außerdem das Hashtag (#). Mit ihm verbindet man den eigenen Beitrag mit einem Schlagwort, das dazu dient, Nachrichten mit bestimmten Inhalten oder zu bestimmten Themen in sozialen Netzwerken auffindbar zu machen. Dadurch erhöht man die Reichweite der eigenen Posts. Tipp: Folgen Sie selber Hashtags!

Die Familienselbsthilfe BApK e. V. hat seit November 2018 einen Instagram-Account und ist seitdem mit vielen Verbänden in virtuellem Kontakt.

https://www.instagram.com/familienselbsthilfe/

YouTube…

… kennt eigentlich wirklich (fast) jeder. Selbst einen YouTube Channel zu betreiben ist relativ aufwendig, da man regelmäßig Videos posten sollte. Dabei ist es wichtig, die Videos so zu optimieren (zu taggen), dass sie bei einer z. B. Google-Suche auch gefunden werden. Das gleiche gilt für die Überschrift und den begleitenden Text, der gut überlegt sein will. Es lohnt sich fast immer, wenn mindestens ein Verbandsmitglied ein Medienseminar besucht, um unspektakuläre Videos, zum Beispiel in Interviewsituationen selbst erstellen und bearbeiten zu können.

Twitter…

… ist ein sehr schnelles Textmedium, dessen Zeichenzahl auf 280 begrenzt ist. Der »perfekte« Tweet ist etwa 100 Zeichen lang und enthält ein Bild sowie maximal drei Hashtags. Idealerweise sollte man 4–5mal am Tag aktiv werden, am besten zwischen 8 und 19 Uhr sowie auch Tweets für das Wochenende einplanen. Außerdem sollte man auf jeden Kommentar schnell reagieren. Das gilt für alle sozialen Medien!

Snapchat …

… ist ein sogenanntes »flüchtiges Medium«. Hier eingestellte Inhalte verschwinden nach einer bestimmten Zeit. Gerade bei sehr jungen Usern (Mindestalter 13 Jahre, was aber nicht kontrolliert wird), ist Snapchat sehr beliebt. Allerdings ist es – bisher – ein eher für private Zwecke genutztes Medium. Seitdem Instagram mit seinen »Stories« ebenfalls ein »flüchtiges« Medium integriert hat, hat Snapchat deutlich an Attraktivität verloren.

Wir haben Erfolg! Und jetzt?

Mal angenommen, Sie haben alles richtig gemacht – Ihre Zielgruppe identifiziert, das entsprechende Medium gewählt und eine wirkungsvolle Kampagne gestartet. Jetzt stehen plötzlich motivierte Menschen vor Ihrer Tür und wollen mitmachen.

Dann sollten Sie, wie oben erwähnt, nicht nur die personellen Möglichkeiten geschaffen haben, um diese zu begleiten und einzubinden, sondern auch entsprechende Projekte und Tätigkeiten in petto haben. In der

Diskussion zeigte sich, dass es durchaus verschiedene Ideen gibt, um den Blick für andere Möglichkeiten einer lebendigen Selbsthilfe, jenseits des konventionellen Stuhlkreises, zu schaffen. Diese reichten von gemeinsamen künstlerischen und sportlichen Aktivitäten bis hin zu gemeinsamen Ausflügen und Reisen.

Aus der Fülle der Möglichkeiten hat sich der BApK für die Gründung einer Redaktion »Junge Selbsthilfe« entschieden. Hier sollen junge Erwachsene einen Gestaltungsraum für ihre Themen finden. Wir freuen uns sehr darauf und sind gespannt auf die Ergebnisse, über die wir gerne berichten. Vielleicht auf der nächsten APK-Tagung.

www.bapk.de/der-bapk/junge-selbsthilfe/verruecktes-leben-mach-mit-in-der-redaktion.html

Dialog und mehr … Selbsthilfebeteiligung beim Dialogprojekt

Hermann Stemmler, Jurand Daszkowski

Das Bundesministerium für Gesundheit führt in dieser Legislaturperiode einen Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.

Die Organisation des Dialogs obliegt der Aktion Psychisch Kranke (APK) e. V, die im Auftrag vom BMG eine Dialog-Geschäftsstelle eingerichtet hat.

Es gibt vielfältige Möglichkeiten der Selbsthilfebeteiligung beim Dialogforum,die insgesamt gut genutzt werden.

In dem Hauptgremium des Dialogforums, der Dialoggruppe, gibt es insgesamt 30 Expertinnen und Experten und davon sind vier Vertreter/innen der Betroffenen-und Angehörigen Selbsthilfe.

In der Lenkungsgruppe ist immerhin ein Selbsthilfevertreter.

Es finden außerdem vor den einzelnen Foren mehrere Vorbereitungstreffen statt und davon sind zwei direkt an die Selbsthilfevertreter/innen gerichtet. Bei diesen Treffen besteht die Möglichkeit, in den Arbeitsgruppen mündlich Wünsche und Forderungen zu den einzelnen Themen der Dialogforen zu formulieren, die von den Moderatoren dieser Gruppen dann verschriftlicht und in die Empfehlungen der einzelnen Foren miteinbezogen werden.

Zusätzlich gibt es die Möglichkeit für die Selbsthilfeverbände schriftliche Stellungnahmen zu den einzelnen Themen in den Foren zu verfassen. Das Thema von Forum 2 «Selbstbestimmung und Partizipation« war ein originäres Selbsthilfe-Thema, aber auch bei anderen Themen der Foren sind die Vertreter der Selbsthilfe eingeladen, Stellung dazu zu beziehen.

Die AG »Dialog und mehr … Selbsthilfebeteiligung beim Dialogprojekt« des NetzG Selbsthilfetages, diente dazu, den Dialog des BMG in der Selbsthilfe noch bekannter zu machen und Fragen zu beantworten.

Trotz nicht so großer Beteiligung gab es in der AG eine rege und konstruktive Diskussion und Austausch zum Thema Dialog.

Die Diskussion erfolgte auf den Grundlagen der beiden Stellungnahmen des Bundesnetzwerks Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG e. V.):

Stellungnahme Dialogforum 1
Versorgungsbereiche ambulante / stationäre Behandlung und medizinische Reha:

These:
Die psychiatrische Behandlung und Versorgung sind an den individuellen Bedürfnissen und Barrieren des psychisch erkrankten Menschen auszurichten. Maßstab für das gesamte Versorgungssystem müssen die Konzepte von Recovery und Empowerment sein.

1. Das von der Selbsthilfe entwickelte Recovery-Konzept versteht unter »Recovery« (dt. Gesundung, Genesung) einen persönlichen, ganzheitlichen, individuellen Entwicklungsprozess, zu dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso gehört wie die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven. Mitarbeitende der psychiatrischen Versorgung haben die Aufgabe, diesen Prozess bedarfsgerecht stützend zu begleiten. Dabei geht es ausdrücklich nicht nur um eine Symptomreduktion oder -remission. Stattdessen steht der psychisch erkrankte Mensch in seinen gesamten Lebensbezügen im Mittelpunkt. Ambulante, im Sozialraum verankerte Unterstützungsangebote sind deshalb zu stärken und flächendeckend auch für schwer psychisch erkrankte Menschen vorzuhalten
2. Psychisch erkrankte Menschen haben das Recht, selbstbestimmt über ihr Leben und über ihre medizinisch-therapeutische Behandlung und Versorgung zu entscheiden. Von diesem Grundsatz darf nur innerhalb der rechtlich festgelegten Grenzen kurzfristig abgewichen werden, um akute Gefahren abzuwehren. Im Kern muss die psychiatrische Versorgung daher darauf abzielen, den psychisch erkrankten Menschen, soweit möglich, zur Wahrnehmung seiner Autonomie zu befähigen und seine ggf. krankheitsbedingt eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräume wieder zu vergrößern (»Empowerment«).
3. Eine an Recovery und Empowerment ausgerichtete psychiatrische Versorgung benötigt das Expertenwissen der Betroffenen. Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankung und deren Angehörige müssen auf allen Ebenen einbezogen werden. Dazu gehört unbedingt der Einsatz von so genannten (Angehörigen-) »Peers« (EX-IN) in der unmittelbaren Versorgung, denn sie leisten einen unverzichtbaren, niedrigschwelligen Übersetzungsbeitrag zur bedürfnisorientierten Qualität zwischen dem erkrankten Menschen und den Behandlern bzw. Versorgern.

4. Empfehlungen:

Um eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung und Behandlung zu realisieren, bedarf es insbesondere

- einer Grundhaltung des Respekts vor dem psychisch erkrankten Menschen;
- einer zwang- und gewaltfreien Atmosphäre und Handlungsweise ohne Zeitdruck;
- einer Einbeziehung des sozialen Umfelds (Angehörige, Freunde, Nachbarschaft) auf Wunsch des Betroffenen;
- der Vorhaltung einer rund-um-die-Uhr erreichbaren, nach Möglichkeit niedrigschwelligen ambulanten Krisenhilfe unter Beteiligung von (Angehörigen-) Peers;
- umfassender individueller Unterstützungsangebote, die leistungs-/kostenträger-/sektorenübergreifend konzipiert, einzelfallbezogen koordiniert und bedarfsgerecht flexibel gestaltet bzw. angepasst werden (ambulante Komplexleistung);
- einer Betreuungs- und Behandlungskontinuität über verschiedene Settings hinweg;
- einer Aufwertung der Berufsgruppe der (EX-IN) Genesungsbegleiter (ideell und finanziell), die einhergeht mit der bedarfsgerechten Weiterentwicklung und Standardisierung entsprechender Ausbildungsinhalte;
- der Sensibilisierung und regelhaften Fortbildung des professionellen Personals, sowie der Neu-Akzentuierung der Ausbildung durch Einbezug von (Angehörigen-)Peers;
- der informierten Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten und der professionellen Akzeptanz ggf. konträrer Entscheidungen;
- der Unterstützung bei der Entwicklung individueller Vorsorgestrategien, wie beispielsweise einer Behandlungsvereinbarung, einer Vorsorgevollmacht etc.;
- einer verbindlichen, gesetzlich festgeschriebenen Beteiligung der Selbsthilfe an der Konzeption, Evaluation und Weiterentwicklung des Versorgungssystems.

Stellungnahme Dialogforum 2 »Selbstbestimmung und Partizipation« am 11.11.2019

In der Behindertenrechtskonvention (BRK) **Artikel 3a** wird »die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner innewohnenden Autonomie einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner **Selbstbestimmung**« zu einem Leitgedanken erklärt.

Ebenso wird im **Artikel 3c** »die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft …«, also die »**Partizipation**« zu einem allgemeinen Grundsatz erklärt.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden – individuell unterschiedlich und je nach der Schwere der Erkrankung – an Einschränkungen, Defiziten und selektiven Wahrnehmungsstörungen. Somit müssen in der Behandlung, Betreuung und Versorgung die durch die Erkrankung bedingten akuten oder chronischen Symptome und daraus resultierenden Barrieren Berücksichtigung finden. Das heißt:

1. Empfehlung: Selbstbestimmtes Leben

Psychisch erkrankte Menschen haben das Recht, selbstbestimmt über ihr Leben und über ihre medizinisch-therapeutische Behandlung und Versorgung zu entscheiden. Von diesem Grundsatz darf nur innerhalb der rechtlich festgelegten Grenzen kurzfristig abgewichen werden, um akute Gefahren abzuwehren. Um dem Recht auf Selbstbestimmung bei Behandlung und Rehabilitation Geltung zu verschaffen bedarf es

- eines Anspruchs auf einen individuellen, personenzentrierten, flexiblen, zielorientierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan unter verbindlicher Miteinbeziehung der/s Betroffenen und seiner Vertrauensperson, der Angehörigen, der gesetzlichen Betreuungsperson (Assistenz).
- der verpflichtenden Berücksichtigung einer bestehenden Behandlungsvereinbarung oder der Unterstützung bei der Erstellung/Aktualisierung einer Behandlungsvereinbarung.
- auf Wunsch der Hinzuziehung einer Vertrauensperson, der Angehörigen, einer gesetzlichen Betreuungsperson, eines PEERs (Peer Begleiterin bzw. Begleiter[1], Genesungsbegleiters) …(Assistenz); Beratung durch eine Ergänzende unabhängige Peer Beratungsstelle (EUTB).

1 Peer-Begleitung, S. UPSIDES, Ein Forschungsprojekt der Universität Ulm, UPSIDES@uni-ulm.de

- einer umfassenden, verständlichen und neutralen Information und Aufklärung über die unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten[2]. Dazu zählen auch:
  - Ort der Behandlung: psychiatrische Klinik, Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), Psychiatrische lnstitutsambulanz (PIA), Tagesklinik, Arztpraxis …
  - Medikamenteneinsatz: Wirkung, Nebenwirkung, Dauer, Risiken, Alternativen[3]
  - Sonstige Therapien: Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, therapeutische Pflege usw.

2. Empfehlung: Stärkung von Empowerment

Die psychiatrische Behandlung und Versorgung muss darauf abzielen, den psychisch erkrankten Menschen so weit möglich zur Wahrnehmung seiner Autonomie zu befähigen und seine ggf. krankheitsbedingt eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräume wieder zu vergrößern (»Empowerment«). Dazu zählt die bedingungslose Miteinbeziehung der/des Betroffenen in die Entscheidungen, die Wahlmöglichkeit und –freiheit der therapeutischen Behandlung, sowie Akzeptanz und Respekt vor individuellen Entscheidungen der/des Betroffenen.

Die größte Bedeutung kommt hierbei dem individuell unterschiedlichen Entwicklungszeitraum zu. Unter Zeitdruck entstehende Entscheidungen entbehren häufig der Nachhaltigkeit. Was nützt eine schnelle Entlassung, wenn auf Grund des instabilen Gesundheitszustands eine alsbaldige Wiederaufnahme oder Krisenbehandlung nötig wird? Eine verantwortungsvolle und verlässliche Behandlungsvereinbarung und auch Kostenübernahme berücksichtigt die Notwendigkeit einer zeitlich flexiblen, dem individuellen Bedarf angepassten Behandlungsplanung ohne unnötigen Druck auf den Behandler und zu Behandelten auszuüben.

Ebenso ist von Seiten der Behandler/Therapeuten zu respektieren, dass im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts die individuelle Entscheidungs-

2 Regio 2019, ein Manifest zum verantwortungsvollen Umgang mit Psychopharmaka in der psychiatrischen Versorgung, Landesverband Psychiatrie Erfahrener Baden-Württemberg e.V.

3 Aufklärungsbögen in normaler und leichter Sprache zu Antipsychotika und Antidepressiva: https://www.netzg-rlp.de/downloads/informationsbroschueren/#c451

freiheit der/des Betroffenen besteht, eine Behandlung zu beenden, eine therapeutische Maßnahme abzulehnen, wie z. B. ein medikamentenfreie Behandlung zu wählen und dieses Recht ohne direkten oder indirekten Zwang nicht eingeschränkt werden darf. Der Grundsatz »Verhandeln statt Behandeln« behält hierbei seine umfängliche Gültigkeit.

3. Empfehlung: Stärkung von Recovery

Das von der Selbsthilfe entwickelte Recovery-Konzept versteht unter »Recovery« (dt. Gesundung, Genesung) einen persönlichen, ganzheitlichen, individuellen Entwicklungsprozess, zu dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso gehört wie die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven. Mitarbeitende der psychiatrischen Versorgung haben die Aufgabe, diesen Prozess bedarfsgerecht stützend zu begleiten. Dabei geht es ausdrücklich nicht nur um eine Symptomreduktion oder -remission. Stattdessen steht der psychisch erkrankte Mensch in seinen gesamten Lebensbezügen im Mittelpunkt. Ambulante, im Sozialraum verankerte Unterstützungsangebote sind deshalb zu stärken und flächendeckend auch für schwer psychisch erkrankte Menschen vorzuhalten. Dazu zählt auch das Selbsthilfeangebot im Lebensfeld der/des Betroffenen:

- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu einer gemeindenahen Selbsthilfe
- Unterstützung beim Aufbau einer gemeindenahen Selbsthilfe
- Aufbau oder Kontaktaufnahme zu einer angeleiteten Selbsthilfe
- Aufbau oder Kontaktaufnahme zu EX-IN geleiteter Selbsthilfe
- Aufbau oder Kontaktaufnahme zu IT-gestützter Selbsthilfe und Netzwerken
- Peerbegleitete Beratungen und Informationsstellen (EUTB)

4. Empfehlung: Peer-Beteiligung während der Behandlung sicherstellen

Eine an Recovery und Empowerment ausgerichtete psychiatrische Versorgung benötigt das Expertenwissen der Betroffenen. Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankung und deren Angehörige müssen auf allen Ebenen einbezogen werden. Dazu gehört unbedingt der Einsatz von so genannten (Angehörigen-) »Peers« (EX-IN), von ausgebildeten Peer Begleitern und/oder erfahrenen Selbsthilfepersonen mit ausreichendem Erfahrungswissen.

Peers leisten einen unverzichtbaren, niedrigschwelligen Übersetzungsbeitrag zur bedürfnisorientierten Qualität zwischen dem erkrankten Menschen und den Behandlern bzw. Versorgern. Auch kann eine peergestützte Überleitung zwischen verschiedenen Versorgungssettings die vorhandene Hochschwelligkeit überbrücken.

Eine Finanzierung von individuellen Behandlungsleistungen bis zum Übergang der Finanzierung im Rahmen eines persönlichen Budgets muss sichergestellt werden.

5. Empfehlung: Mitbestimmungsrechte stärken

Einbeziehung und Beteiligung der organisierten Selbsthilfe auf politischer, strategischer, organisatorischer, planender, forschender, beratender und beschließender kommunaler-, Landes- und Bundes-Ebene. Hierbei ist es dringend erforderlich, Aufwandsentschädigungen und Vergütungen zu leisten, Anreiz- und Finanzausgleichssysteme zu schaffen, damit eine Beteiligung tatsächlich möglich ist. Rein ehrenamtliche Leistungen verunmöglichen eine Beteiligung. Aufwandsentschädigung, Sitzungsgeld, Reisekosten etc. wie in den Organisationen der ehrenamtlichen Behindertenbeiräte und Gemeindevertretungen.

Über die Vergütung der individuellen Selbsthilfeleistungen hinaus muss eine ausreichende Infrastruktur für die Selbsthilfe sichergestellt werden, die auch Fortbildung, (wissenschaftliche) Zuarbeiten, Supervision und fachliche Beratung einschließt.

Die Patientenvertreter bzw. -innen im GBA sollten mit Stimmrecht ausgestattet werden und Möglichkeiten zum Austausch mit Selbsthilfeorganisationen und Expertinnen und Experten aus der Selbsthilfe erhalten (Lockerung der Diskretionspflicht).

6. Empfehlung: Ausbildung von Peers fördern

- Durch eine Weiterentwicklung der Ausbildung von Genesungsbegleitern (EX-IN) in Form von ergänzenden, fachspezifischen Modulen, die soweit möglich den jeweiligen Einsatzbereich in der Praxis vorbereiten, kann dem Anspruch auf peergestützte und peerverantwortete Mitbehandlung Rechnung getragen werden.
- Durch enge Kooperation mit Universitäten könnten Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für ehrenamtliche Selbsthelfer/innen, Peer Begleiter/

innen entwickelt werden. Entscheidend hierbei ist jedoch der Einsatz und die Mitwirkung von selbst betroffenen Peers auf allen Ebenen der Durchführung.

- Mit entsprechender finanzieller Förderung können auch Selbsthilfe getragene und/oder peergestützte Recovery Colleges und Akademien einen gewichtigen Anteil von Ausbildung übernehmen, um dem in Zukunft weiter steigenden Bedarf an peergestützter Begleitung in Behandlung, Beratung und Betreuung gerecht zu werden.

7. Empfehlung: Aus- und Fortbildung psychiatrischer Berufsgruppen spezifizieren

Um dem Recht auf Selbstbestimmung und Partizipation von Betroffenen und dem damit steigenden Bedarf an Recovery und Empowerment gestützten Behandlungsverfahren Rechnung zu tragen, müssen die Aus- und Fortbildungsinhalte des professionellen psychiatrischen Personals weiterentwickelt werden.

Diese Neuakzentuierung und Sensibilisierung für das Thema sollte auch durch den verbindlichen Einbezug von (Angehörigen-)Peers und einer verbindlichen, gesetzlich festgeschriebenen Beteiligung der Selbsthilfe an der Konzeption, Evaluation und Weiterentwicklung des Ausbildungs- und Versorgungssystems erreicht werden.

8. Zwang und freiheitsbeschränkende Maßnahmen sichtbar machen

durch

- die Aufnahme von Bestimmungen zur Zwangsvermeidung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen im SGB V,
- die verbindliche Einführung eines Erfassungs- und Dokumentationssystems (Monitoring),
- ein unabhängiges und transparentes Beschwerdemanagement unter Beteiligung von Peers.

Das gesamte psychiatrische Behandlungs- und Versorgungssystem ist überschattet von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Zwang, Machtmissbrauch und Bedrohung.

Auf Seiten der Betroffenen äußert sich dies in Hospitalisierung, Anpassung, Misstrauen, Verschweigen, Unehrlichkeit und Traumatisierung. Folge: Echte Compliance wird verhindert, Hilfe kommt nicht an …

Es besteht die Notwendigkeit für die Aufnahme von Bestimmungen zur Zwangsvermeidung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen im SGB V.

Ein einheitliches, vergleichbares, transparentes, personenzentriertes Erfassungs- und Dokumentationssystems (Monitoring) muss in allen psychiatrischen Kliniken zur Anwendung kommen. Diese Dokumentation ist Teil der Berichtpflicht gegenüber den Leistungsträgern und der Gesundheitsberichterstattung von Kommune, Land und Bund.

Zudem muss ein unabhängiges verlässliches und transparentes Qualitäts- und Beschwerdemanagement die Aspekte von Zwang und Gewalt sichtbar machen und zur Vermeidung beitragen.

Ziel muss es sein, Zwang und freiheitsbeschränkende Maßnahmen transparent zu erfassen und nur noch innerhalb der ethisch und rechtlich festgelegten Grenzen kurzfristig zu tolerieren, wenn akute Gefahren drohen: »Ultima Ratio«.

Literatur:

UPSIDES@uni-ulm.de: Peer-Begleitung, S. UPSIDES, Ein Forschungsprojekt der Universität Ulm

Landesverband Psychiatrie Erfahrener Baden-Württemberg e. V.: Regio 2019, ein Manifest zum verantwortungsvollen Umgang mit Psychopharmaka in der psychiatrischen Versorgung,

https://www.netzg-rlp.de/downloads/informationsbroschueren/#c451: Aufklärungsbögen in normaler und leichter Sprache zu Antipsychotika und Antidepressiva:

Was soll geschehen, damit EX-IN gleichwertig wahrgenommen wird?

Werner Holtmann

Als Vorstand von EX-IN Deutschland, EX-IN-Trainer, Berufsbetreuer und Diplom-Sozialarbeiter habe ich aus unterschiedlichen Perspektiven Erfahrungen über die Entwicklung der EX-IN Bewegung machen können. Dabei ist es mir in meiner Arbeit wichtig, von allen Beteiligten gemeinsame Synergien zu nutzen und »Wir-Wissen« aufzugreifen beziehungsweise zu generieren.

Von 2005 bis 2019 galt es dabei, den Wandel von EX-IN im Fokus zu haben und den Zusammenschluss einiger Trainerinnen und Trainer mit dem Ziel, EX-IN zu etablieren, voranzutreiben. Aktuell kann man sagen, EX- IN hat sich zu einem gesellschaftspolitisch anerkannten Verein entwickelt, der nicht nur deutschlandweit aktiv und in den politischen Gremien angekommen ist, sondern auch in der Ausbildung der Genesungsbegleiter bzw. -innen eine starke Rolle spielt. So hat sich EX-IN Deutschland aus den Kinderschuhen befreit und bietet nun umfassende Angebote von Informationen über die EX-IN Ausbildung, Beratung von Betroffenen zu den Kursen, Beratung und Unterstützung von Institutionen bei der Implementierung von Ausbildungskursen, bis zur Einstellung von Genesungsbegleiter bzw. -innen im beruflichen Kontext und als Dozentinnen und Dozenten an. Zudem beteiligt sich EX-IN am Aufbau von Weiterbildungen und in Forschungsprojekten. Dabei haben wir zum Beispiel bei der der Erstellung der S3 Leitlinien mitgearbeitet, bauen gerade eine Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatungsstelle (EUTB) in Potsdam auf und sind Kooperationspartner in einigen Fachverbänden. Wir machen zweimal im Jahr eine Fachtagung und unterstützen bundesweit die Leistungserbringer und Vereine bei der Implementierung von Kursen. Dadurch haben wir mittlerweile in 36 Standorten ca. 1000 Genesungsbegleiter und -innen zertifiziert.

Zukünftig möchten wir die Weiterentwicklung tragfähiger Strukturen in den Ländern ausbauen, dazu braucht es die Etablierung von EX-IN Kursen. Auch in Bezug auf eine Qualitätssicherung gilt es die Etablierung von Peers/Experten aus Erfahrung zu stärken und die Schaffung von Arbeitsstellen für Genesungsbegleiter bzw. -innen zu gewährleisten. Peers sind als Ergänzung der psychiatrischen Strukturen unerlässlich und fördern auch bei den Professionellen eine Änderung der eigenen Haltung. Nach zehn Jahren ist die Einstellung von Genesungsbegleitern bzw. -innen regional sehr unterschied-

lich ausgeprägt und hängt in der Regel von der individuellen Einstellung der handelnden Personen ab.

Im Spannungsfeld zwischen Leistungsdenken und Selbstfürsorge zwischen Ambitionen und institutioneller Realität

Die Implementierung von Genesungsbegleitern bzw. -innen in bestehende Versorgungsstrukturen ist auf individueller und struktureller Ebene an Herausforderungen geknüpft. Ich möchte auf die Herausforderungen der Implementierung noch genauer eingehen. Genesungsbegleiter bzw. -innen sind immer noch Einzelkämpfer und Exoten in der Sozialpsychiatrie. Peers leisten Pionierarbeit und gelangen öfter im beruflichen Alltag in eine Rollendiffusion. Manchmal geht dieses »Repräsentieren beider Seiten der Medaille sowohl als Experte und Betroffener« auch auf die Kosten der eigenen Gesundheit. Es ist nicht immer einfach, im Team der Professionellen als Professioneller akzeptiert zu werden. Manche Peers entwickeln dadurch einen gewissen Frust, oder auch Überforderung. Man möchte keine Konkurrenz darstellen, sondern eine weitere personelle Ressource des Professionellen-Teams darstellen.

Hinzukommt bei den meisten Peers eine schlechte Bezahlung und ein immer wiederkehrender Kampf, den Paradigmenwechsel einer Beratung und Begleitung deutlich zu machen. Die schlechte Bezahlung liegt an der unklaren beziehungsweise nicht vorhandenen Tarifordnung, es werden so gut wie keine Finanzmittel für Genesungsbegleiter bzw. -innen zur Verfügung gestellt. Die Einstufung ins Lohnsystem ist schwierig, zudem gibt es des Öfteren unklare Stellenbeschreibungen. Länderübergreifend wünschen wir uns eine Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildungskurse. Dafür wäre eine Eingruppierung in das Tarifsystem hilfreich. Nur so können Genesungsbegleiter bzw. -innen als Berufsgruppe eine Chance haben. Es könnte zur Anerkennung für EX-IN als Beruf eine Idee sein, aus der einjährigen Qualifizierung eine richtige Ausbildung machen, sodass die Eingruppierung leichter wird. Dann könnten die Menschen, die nach der einjährigen EX-IN Qualifizierung in Vollzeit als Genesungsbegleiter und -innen arbeiten möchten, noch ein weiteres Jahr Ausbildung und Spezialisierung anhängen. Oder die Ausbildung läuft von vorn herein als Zusatzausbildung über einen großen Träger, dann könnte auch eine Anerkennung bei den Handelskammern erfolgen. Wenn die Eingruppierung klar beschrieben ist, wird im Bestfall dadurch eine Gleichwertigkeit erzielt.

Alles in allem machen diese Schilderungen deutlich, dass die Rollenklärung von EX-IN Genesungsbegleiter und -innen eine große Aufgabe sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Peers ist. Das braucht Zeit und Vorbereitung der Einrichtungs-Teams. Denn EX- IN ist keine Methode, sondern eine Haltung und es muss im Prozess dafür gesorgt werden, dass sich das System dem Einzelnen auch anpassen muss. Dafür braucht es Augenhöhe, Zeit, den Dialog und immer wieder Vermittlerinnen oder Vermittler, um eine Recovery-Orientierung zu ermöglichen. Eine Lösung des Problems könnte sein, dass mindestens zwei Genesungsbegleiter bzw. -innen pro Einrichtung gemeinsam eingestellt und eingesetzt werden. So kann Überforderung vermieden und das Berufsbild besser definiert werden. Es muss innerhalb der Institutionen klar werden, dass Genesungsbegleiter bzw. -innen eine Ergänzung zu anderen Hilfen darstellen, und niemand Konkurrenzen schüren will. Vor allem im klinischen Bereich bestehen dahingehend Ängste, dass Konkurrenz anstatt Unterstützung durch Peers entsteht. Doch auch das ist eine Form von Haltungsänderung, dazu braucht es Bereitschaft und dafür muss das Personal geschult werden. Schulungen zu genau diesem Gefälle könnten für die Einrichtungen samt allen Mitarbeitenden eine grundlegende Maßnahme sein, um Rollenprofile zu schärfen. Außerdem muss es die Aufgabe von Klinikleitung etc. sein, Akzeptanz und Aufklärung seitens des Personals zu schaffen, bevor Genesungsbegleiter bzw. -innen eingestellt werden.

Eine Möglichkeit wäre auch, Praktikumsanbieter mit in die Ausbildungsmodule zu integrieren, um dort einen Austausch mit den (künftigen) Genesungsbegleiter bzw. -innen zu ermöglichen, bzw. die Anbieter mit dem Konzept vertraut zu machen.

Genesungsbegleiter bzw. -innen haben spezielle Bedürfnisse und eine eigene Krankheitsgeschichte. Die Vorstellung davon, dass jede Person, die eine EX-IN Ausbildung durchlaufen hat, Vollzeit eingesetzt werden kann, muss abgebaut werden. Am Ende jeder Ausbildung steht eine Spezifizierung auf das jeweilige persönliche Arbeitsprofil (von Hundebetreuung für Personen, die in eine Klinik müssen, über dozierende Tätigkeiten in der Ausbildung hin zu verschiedenen Formen von Begleitung in verschiedenen Einrichtungen). Nicht alle Peers möchten in einer Klinik arbeiten, das Spektrum des Arbeitseinsatzes muss erweitert werden.

Gesellschaftspolitisch betrachtet ist es ein Fortschritt, dass die Integration von ausgebildeten EX-IN Genesungsbegleitern bzw. -innen in die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsstruktur mitgedacht wird. Peers

tauchen nun in den S3 Leitlinien 2018 unter Empfehlung 9 auf. Hier steht beschrieben, dass ein Peer-Support und die Peerberatung für mehr Empowerment und Trialog im Sinne von Recovery angestrebt werden.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden. Peer ist in Bezug auf die S3 Leitlinien immer gleichzusetzen mit qualifizierten EX-IN Genesungsbegleitern bzw. -Innen. Ich bin über die Formulierungen der S3 Leitlinien sehr froh und hoffe das in Zukunft die Entwicklung von EX-IN weiter vorangetrieben werden kann. Wir müssen für den Prozess fortwährend miteinander ins Gespräch kommen und unsere bundesweiten Erfahrungen austauschen, Themen sammeln und so auch Unterschiede und Vielfalt wahrnehmen.

Durch diese unterschiedlichen Erfahrungen können alle Akteure und Akteurinnen im System neue Perspektiven entwickeln. Dazu braucht EX- IN auch Räumlichkeiten, klare Zeiten und feste Strukturen, die einen Austausch ermöglichen, sowie Spielräume für Misserfolge bieten. EX-IN muss in die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) aufgenommen werden, um eine Vertiefung der europäischen Kooperation zu ermöglichen. Es braucht zu den Kursen Nachhaltigkeitsforschung und Evaluationen. Dafür müssen finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt werden.

Verzeichnis der Autoren und Autorinnen

Thorsten Becker, Vorsitzender Bundesverband der Berufsbetreuer/Innen e. V. (BdB), Hamburg

Dr. Frank Bergmann, Zentrum für Neurologie und seelische Gesundheit ZNS im Kapuzinerkarree; Vorstandsvorsitzender Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, Aachen/Düsseldorf

Prof. Dr. Peter Brieger, Ärztlicher Direktor, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost-Haar; Vorstand Aktion Psychisch Kranke, München

Jurand Daszkowski, Vorstand Bundesverband Psychiatrieerfahrener e. V. (BPE), Vorstand Landesverband Psychiatrieerfahrener e. V., Hamburg

Ilse Eichenbrenner, Sozialarbeiterin, Mitbegründerin des Berliner Krisendienstes, seit ihrem Ruhestand beschäftigt mit dem Aufbau des »Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie«, Berlin

Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm; Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Ulm

Dr. Udo Frank, Ärztliche Leitung Klinik für Forensische Psychiatrie Ravensburg-Weissenau, ZfP Südwürttemberg, Bad Schussenried

Jens Gräbener, Diplom -Psychologe, Leiter Berliner Krisendienst-Region West, Berlin

Nils Greve, Psychologe und Psychiater, Vorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie, Köln

Kerstin Griese, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Mitglied des Bundestages, SPD-Fraktion, Berlin/Mettmann

Dr. Dieter Grupp, Geschäftsführer, Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg und Reichenau, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Bad Schussenried

Horst Harich, Vorstand Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Bad Sachsa

Dr. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin, Alexianer St. Josef Krankenhaus Berlin-Weissensee, Berlin

Prof. Dr. Dr. Ilse Heberlein, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dipl. Psychologin, Patientenvertreterin G-BA im UA Psychotherapie und UA Qualitätssicherung, Eutin

Prof. Dr. Josef Hecken, Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA); Professor Leibniz Universität Hannover und Medizinische Fakultät Heidelberg, Neuwied

Jörg Holke, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke, Bonn

Werner Holtmann, Diplom-Sozialarbeiter, Berufsbetreuer, EX-IN Trainer, Vorstand EX-IN Deutschland, Hannover

Dr. Thomas Hummelsheim, Vorsitzender Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V., Solingen

Leonore Julius, GeschwisterNetzwerk, Vorstand Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Rheinland-Pfalz, Mainz

Bernd Kaltschnee, Sachgebietsleiter, Main-Kinzig-Kreis, Gesundheitsamt Psychiatriekoordination, Gelnhausen

Dr. jur. Heinz Kammeier, Langjähriger Lehrbeauftragter für Recht im Gesundheitswesen Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke; Fachausschuss Forensik der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Münster

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

Dr. Michael Konrad, Referent, Referat Psychiatrie und Sucht, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Stuttgart

Prof. Dr. Norbert Konrad, Direktor des Instituts für Forensische Psychiatrie, Stiftungsprofessur für Forensische Psychiatrie, Forensisch-psychiatrischer Forschungsbereich, Charité – Universitätsmedizin Berlin; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Justizvollzugskrankenhaus Berlin der JVA Plötzensee, Berlin

Thomas Künneke, Systemischer Einzel- und Familientherapeut, Kellerkinder e. V., Berlin

Jürgen Medenbach, Referent Vertragsbereich Krankenhaus Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Harald Metzger, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener BW (LVPEBW), Ulm

Ottmar Miles-Paul, Koordinator, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), Kassel

Dr. Jutta Muysers, Ärztliche Direktorin LVR-Klinik Langenfeld; Sprecherin des Arbeitskreises Forensik der Bundesdirektorenkonferenz, Langenfeld

André Necke, Büroleiter, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Berlin

Sabine Normann-Scheerer, Referentin, Referat Betreuungsrecht; Frauenpolitik, Bundesministerium für Justiz und Verbraucher-schutz, Berlin

Dr. Elke Prestin, Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG e. V.), Bielefeld

Prof. Dr. Dr. Michael Rapp, Professor Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam, Potsdam

Matthias Rosemann, Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin; Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeinde-psychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV); Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Berlin

Dr. Dieter Schartmann, Leiter des Fachbereichs Eingliederungshilfe II im Dezernat Soziales des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln

Dieter Schax, Vorstandsvorsitzender und Geschäftsführer, Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V., Mönchengladbach

Gudrun Schliebener, Vorsitzende, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK), Bonn

Regina Schmidt-Zadel, Mitglied des Bundestags a. D., Vorsitzende des Landesverbandes der Alzheimergesellschaften NRW e. V., stellv. Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke, Köln

Annette Schnellenbach, Leiterin des Referats I A 6 Betreuungsrecht; Frauenpolitik, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Berlin

Joachim Speicher, Leiter der Abteilung Soziales und Demografie des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Vorstand v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel, Professor Universität Greifswald, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Bielefeld/Greifswald

Hermann Stemmler, Dipl.-Sozialpädagoge, Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG e. V.) Hochheim

Dr. Thomas Stracke, Ministerialrat, Leiter des Referats 325, Psychiatrie, Neurologie und Pädiatrie, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Kerstin Trostmann, Referentin, Presse und Öffentlichkeit, Bundesverband der Angehöriger psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK), Bonn

Jörg Utschakowski, Leiter des Referats 46 (Psychiatrie und Sucht), Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, Bremen

Thomas Voigt, Vorstand Deutsche DepressionsLiga e. V., Kiel

Celia Wenk-Wolff, Referatsleiterin Psychiatrie und Gesundheit, Bayerischer Bezirketag, München

Peter Winterstein, Vizepräsident des OLG Rostock i. R., 1. Vorsitzender des Betreuungsrechtsgerichtstag e. V., Schwerin/ Bochum

Dr. Dyrk Zedlick, Chefarzt, Klinikum St. Georg gGmbH, Verbund Gemeindenahe Psychiatrie, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Leipzig

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

Band 45 **Planen - umsetzen – bewerten: Psychiatriepolitik gestalten**
Tagung am 05. und 06. November 2018 in Berlin

Band 44 **»Perspektiven für seelische Gesundheit und psychiatrische Hilfen«**
Tagung am 29. und 30. Mai 2017 in Berlin

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

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

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

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

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

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

Band 37 **»Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!«**
Tagung am 08. und 09.11.2010 in Kassel

Band 36 **»Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im Verbund«**
Tagung am 18. und 19.06.2009 in Berlin

Band 35 **»Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«**
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel

Band 34 **»Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«**
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel

Band 33 **»Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«**
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin

Band 32	**»Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden«** Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
Band 31	**»Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«** Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
Band 30	**»Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven«** Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
Band 29	**»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«** Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
Band 28	**»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«** Tagung am 30.11. und 01.12.2001 in Bonn
Band 27 **1 + 2**	**»25 Jahre Psychiatrie-Enquete«** Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
Band 26	**»Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
Band 25 *vergriffen*	**»Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«** Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
Band 24 *vergriffen*	**»Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
Band 23 *vergriffen*	**»Qualität in Psychiatrischen Kliniken«** Tagung vom 08. bis 10.05.1996 in Bonn **»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«** Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
Band 22 *vergriffen*	**»Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«** Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
Sonderdruck *vergriffen*	**»Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«** Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn

Sonderdruck Selbstverlag	**»Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«** Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
Band 21 *vergriffen*	**»Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«** Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
Band 20 *vergriffen*	**»Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«** Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
nicht dokumentiert	**Regionalkonferenzen über den Bericht** **»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«** im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
Band 19 *vergriffen*	**»Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«** Tagung am 29./30.11 und 01.12.1990 in Berlin
Band 18 *vergriffen*	**»Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«** Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
Band 17 *vergriffen*	**»Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«** Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
Band 16 *vergriffen*	**»Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«** Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
Band 15	**»Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«** Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
Band 14 *vergriffen*	**»Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«** Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
Band 13 *vergriffen*	**»Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«** Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
Band 12 vergriffen	**»Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«** Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
Band 11 *vergriffen*	**»Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«** Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn

Band 10	**»Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«** Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
Band 9 *vergriffen*	**»Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
Band 8 *vergriffen*	**»Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 19.11.1982 in Bonn
Sonderdruck *vergriffen*	**»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«** Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
Band 7 *vergriffen*	**»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«** Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
Band 6 *vergriffen*	**»Ambulante Dienste in der Psychiatrie«** Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
nicht dokumentiert	Informationsveranstaltung zum **»Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung«** am 31.01.1980
Band 5 *vergriffen*	**»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD –** fünf Jahre nach der Enquete« Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
Band 4 *vergriffen*	**»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«** Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
nicht dokumentiert	**»Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«** Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
Band 3 *vergriffen*	**»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«** Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
Band 2 *vergriffen*	**»Rechtsprobleme in der Psychiatrie«** Tagung 07.10.1977 in Hamburg
nicht dokumentiert	**»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«** Tagung am 24. und 25.06.1977 in Loccum
nicht dokumentiert	**»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
nicht dokumentiert	**»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«** Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt

Band 1 **»Gemeindenahe Psychiatrie«**
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:
Aktion Psychisch Kranke e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter: www.apk-ev.de

Notizen

Notizen

Notizen