

Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation

Tagungsdokumentation
03. und 04. November 2015
in Berlin

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß
Andreas Heinz

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.).

Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation

1. Auflage

ISBN 978-3-88414-657-6

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 2016

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Ludwig Janssen, Ruth Forster

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Inhalt

Begrüßung und Einführung <i>Peter Weiß</i>	9
Grußwort des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit <i>Lutz Stroppe</i>	11
A Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation	
Menschenrechte und mitgestaltete Anspruchsrechte <i>Margret Osterfeld</i>	16
Warum die Psychiatriereform dringend weiter zu führen ist <i>Andreas Heinz</i>	28
Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss <i>Jurand Daszkowski</i>	35
Grundzüge des Rechts auf Selbstbestimmung im Betreuungsrecht <i>Heinz Kammeier</i>	40
Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie <i>Peter Lehmann</i>	46
Selbst- und Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und seelischer Behinderung <i>Jörg M. Fegert</i>	73
Respekt vor der Autonomie eines psychisch kranken Menschen oder unterlassene Hilfeleistung <i>Hans Jochim Meyer</i>	90
Bundesteilhabegesetz, nationaler Aktionsplan zur UN-BRK und andere behindertenpolitische Vorhaben <i>Rolf Schmachtenberg</i>	99

Schief lagen – Die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland Teilhabe und Chancenverteilung in Balance? <i>Elisabeth Wacker</i>	117
---	-----

Die Arbeit von Besuchskommissionen <i>Elisabeth Scheunemann</i>	137
--	-----

B Debatte

Hilfe oder Folter in psychiatrischen Einrichtungen? <i>Moderation: Matthias Rosemann</i> <i>Valentin Aichele, Michael von Cranach, Ulrich Krüger, Uwe Wegener</i>	142
---	-----

C Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Selbsthilfe und zivilgesellschaftliches Engagement

Einleitung <i>Reinhard Peukert</i>	152
---------------------------------------	-----

Die MUT-TOUR <i>Sebastian Burger</i>	154
---	-----

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen <i>Wolf Hartmann</i>	163
--	-----

Projekt »Leben mit Demenz« – Alzheimer Gesellschaft NRW <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	167
--	-----

Abstinenz als Ziel bei Abhängigkeit? Sichtweise der Suchtselbsthilfe <i>Wiebke Schneider</i>	169
--	-----

II Rechtliche Regelungen

Reform des Maßregelvollzugs

Heinz Kammeier

175

Landesrechtliche Ordnungen zur Unterbringung
und zu vorrangigen Hilfen

Jörg Holke

186

III Psychiatrieerfahrene – Profis

Einleitung

Dyrk Zedlick

191

»Selbstbestimmt und partizipiert?« Zehn Jahre EX-IN.
Symbol und Instrument der Veränderung

Gyöngyvér Sielaff

193

Recovery als Erfahrung, Beruf und Berufung

Frank Rettweiler

199

Betroffene Profis

Cornelia Brummer

205

IV Krankenhausfinanzierung und Patientenrechte

Einleitung

Heinrich Kunze

208

Patientenrechte und Krankenhausfinanzierung
aus der Sicht der APK

Heinrich Kunze

209

Krankenhausfinanzierung und Patientenrechte

Stefan Wöhrmann

215

Gute Behandlung in der psychiatrischen Klinik

Rainer Höflacher

219

V Die Bedeutung von »Selbsthilfe« für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Einleitung	
<i>Jörg M. Fegert</i>	223
ADHS Deutschland e. V.	
<i>Patrik Boerner</i>	225
Autismus Deutschland	
<i>Maria Kaminski</i>	227

VI Public Mental Health

Einleitung	
<i>Anja Esther Baumann</i>	231
Gemeinschaftliche Selbsthilfe in Prävention und Gesundheitsförderung	
<i>Daniela Rojatz</i>	238
Von der Nutzerorientierung zu Ko-Produktion	
<i>Jörg Utschakowski</i>	247
Antistigma-Interventionen und Coming Out Proud / In Würde zu sich stehen	
<i>Nicolas Rüsch</i>	253

VII Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Nichts über uns ohne uns in der Teilhabeplanung	
<i>Ottmar Miles-Paul</i>	257

VIII Selbsthilfe – Stand und Perspektiven

Selbsthilfe in Deutschland und anderswo

Vicky Pullen

259

Selbsthilfe – Stand und Perspektiven

Franz-Josef Wagner

267

Psychiatrie ohne Selbsthilfe?!

Hermann Stemmler

274

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

282

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

287

Begrüßung und Einführung

Peter Weiß

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie auf das Herzlichste und heiße Sie willkommen zur Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE – nun zum dritten Mal im AVZ-Logenhaus.

Ganz besonders begrüße ich Sie, Herr Staatssekretär Stroppe, und bedanke mich dafür, dass Sie sich die Zeit nehmen und gleich mit Ihrem Beitrag die Veranstaltung eröffnen.

Diese Tagung ist nur möglich dank der Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Auch dafür mein herzlicher Dank.

Vor 40 Jahren wurde die Psychiatrie-Enquete vorgelegt und anschließend im Bundestag und Bundesrat zustimmend zu Kenntnis genommen. Diese Analyse und die darin enthaltenen Empfehlungen waren der Ausgangspunkt für die grundlegende Reform der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Seither sind entscheidende Fortschritte erreicht worden.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wurde im Zusammenhang der Erstellung der Psychiatrie-Enquete gegründet. Die APK hat die Geschäftsführung der Enquete-Kommission übernommen und die sich anschließenden Modellprogramme des Bundes federführend begleitet.

Das 40. Jubiläum der Psychiatrie-Enquete und der Gründung der APK verleihen der heutigen Tagung eine besondere Bedeutung.

Herr Staatssekretär, Sie haben in dieser Legislatur bereits wichtige Gesetze eingebracht, die Menschen mit psychischer Erkrankung betreffen. Mit den Pflegestärkungsgesetzen 1 und 2 werden Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen verbessert. Im Versorgungsstärkungsgesetz ist der Zugang zu Psychotherapie erleichtert worden. In der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) erwarten wir mit Spannung und Hoffnung das Bundesteilhabegesetz, in dem das von der APK entwickelte und erprobte Konzept der personenzentrierten Hilfen aufgegriffen werden soll. Unter Federführung des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) wird das Maßregelvollzugsrechts reformiert. Im Rahmen der von Bundeskanzlerin Angela Merkel initiierten und geleiteten Demographiestrategie ist unter Leitung des BMG und des BMFSFJ die »Allianz für Menschen mit Demenz« gebildet worden.

Die Bundesregierung ist also in vielen Bereichen aktiv für Menschen mit psychischen Erkrankungen und wir sind froh, als APK diese Prozesse begleiten zu können. Diese Aktivitäten zeigen, dass die Psychiatrie-Reform auch 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete noch offene Aufgaben hat. Die Gleichstellung psychisch kranker Menschen ist noch nicht erreicht und das Hilfesystem bedarf weiterhin der Verbesserung.

Bei der diesjährigen Tagung geht es allerdings primär nicht um sozial-rechtliche Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Themen sind dieses Mal die Rechte psychisch kranker Menschen, ihre Beteiligung an Entscheidungsprozessen und die Stärkung der Selbsthilfe.

Die Regelung und Überwachung der Rechte von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie hat eine herausgehobene Bedeutung. In der Psychiatrie gibt es Behandlung ohne und gegen den geäußerten Willen der Patientinnen und Patienten. Das wirft schwierigste ethische, politische, rechtliche und psychiatrisch-fachliche Fragen auf.

Die Vermeidung von Zwang und Gewalt ist ein herausragender Qualitätsaspekt bei der psychiatrischen Behandlung. Dies muss berücksichtigt werden bei der Ausgestaltung sozialrechtlicher Ansprüche, bei der Finanzierung von Leistungen und bei der Qualitätssicherung. Ein wichtiges Instrument ist dabei, die betroffenen Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, ihre Positionen ernst zu nehmen und zu berücksichtigen.

Der Schutz von Patienten, von Mitpatienten, von Mitarbeitern in der Psychiatrie und von sonstigen Bürgerinnen und Bürgern muss, wenn nur irgend möglich, mit anderen als freiheits-einschränkenden Maßnahmen erreicht werden. Dieses Prinzip wollen wir mit dieser Tagung unterstreichen. Gleichzeitig wollen wir dazu beitragen, die bestehenden Selbsthilfeorganisationen und -initiativen bekannter zu machen und einen Beitrag zur weiteren Stärkung der Selbsthilfe leisten.

Ich wünsche Ihnen und uns, dass wir über diese Tagung ein wenig schlauer werden und freue mich auf den ersten Beitrag dazu – von Ihnen, Herr Staatssekretär Stroppe.

Grußwort des Staatssekretärs im Bundesministerium für Gesundheit

Lutz Stroppe

Sehr geehrter Herr Weiß, sehr geehrte Frau Schmidt-Zadel, sehr geehrter Herr Prof. Heinz, meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, heute bei Ihnen sein zu dürfen und die Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu eröffnen. Sie haben die Tagung unter ein Thema gestellt, das nicht nur für die jüngere Geschichte der Psychiatrie in Deutschland von großer Bedeutung ist. Es ist ein aktuelles Thema, nicht zuletzt vor dem Hintergrund internationaler Menschenrechtsabkommen – hier ist insbesondere die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen zu nennen.

Es war insbesondere die APK, die schon vor über 40 Jahren bei der großen Psychiatrie-Reform der 1970er Jahre die psychisch erkrankten Menschen und deren besondere Bedürfnisse in den Blick genommen hat. Durch die damalige Reform wurde nicht zuletzt auch die Partizipation und Selbstbestimmung der Betroffenen und ihrer Angehörigen erheblich gestärkt. Seither sieht sich die APK als die Interessenvertretung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, und dies mit besonderem Augenmerk auf die Gruppe der schwer und chronisch psychisch Erkrankten.

In der Gestaltung der Versorgung hat die Aktion den Begriff des »Personenzentriertes Ansatzes«, geprägt und vertritt diesen umfassend bis heute. Eine daran orientierte Versorgung stellt die Betroffenen in den Mittelpunkt und ermittelt deren individuellen Hilfebedarf. Gleichzeitig werden die Patientinnen und Patienten nicht Objekt, sondern Subjekt in der Behandlung.

Man darf sagen, dass die Psychiatrie dank solcher Entwicklungen durchaus so etwas wie eine Vorreiterrolle für das gesamte Gesundheitswesen einnimmt. Die Stärkung der Patientenrechte – und von nichts anderem reden wir hier – ist auch ein zentrales Anliegen der Behindertenrechtskonvention. Die Bundesregierung ist ihren daraus resultierenden Verpflichtungen in den letzten Jahren nachgekommen. Mit einer Vielzahl gesetzgeberischer Maßnahmen wurden die Rechte von Patientinnen und Patienten ausgebaut und gestärkt.

Ein Meilenstein war sicherlich das im Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz. Im Grundsatz gilt: Jeder Mensch, unabhängig von Bildung und Ansehen, hat das Recht auf eine würdevolle Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt. Jede Patientin und jeder Patient hat das

Recht, Art und Umfang der medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen. Das heißt, alle medizinischen Maßnahmen setzen eine wirksame Einwilligung der Patientin oder des Patienten voraus. Und die Patientin oder der Patient muss durch Aufklärung in die Lage versetzt werden, beurteilen zu können, was die konkret vorgesehene Behandlung für sie oder ihn persönlich bedeuten kann.

Eines, meine Damen und Herren, kommt mir allerdings bei der Diskussion um Patientenrechte oftmals zu kurz: Das höchste und wichtigste Patientenrecht ist eine gute Behandlung, die im Bedarfsfall auch rasch verfügbar ist. Deshalb bleibt die Weiterentwicklung und – da wo notwendig – die Verbesserung der Versorgungssituation eine ständige und wichtige Aufgabe.

Ich glaube, Sie sind mit mir einig, wenn ich feststelle, dass wir in Deutschland eine psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau haben. In den rund 40 Jahren seit der Psychiatrie-Enquete wurde ein flächendeckendes therapeutisch und rehabilitativ ausgerichtetes System von unterschiedlichen Hilfsangeboten auf stationärer, teilstationärer und ambulanter Ebene aufgebaut und kontinuierlich weiterentwickelt. Anders als in vielen anderen Staaten werden alle Einrichtungen und Dienste im Wesentlichen durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme finanziert.

Auf dieser Erfolgsgeschichte ruhen wir uns aber keineswegs aus, denn nach wie vor beschäftigen uns auch Schwachstellen im System. Ein Mensch in einer psychischen Notlage benötigt eine rasche Hilfe. Er kann sich nicht wochen- oder monatelang einen freien Psychotherapie-Platz suchen. Deshalb haben wir mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, seine Psychotherapie-Richtlinien umfassend zu überarbeiten. Eines unserer Ziele dabei ist die Einrichtung »psychotherapeutischer Sprechstunden«. Sie sollen von Menschen mit psychischen Problemen auch kurzfristig aufgesucht werden können. Dadurch sollen die Betroffenen zeitnah untersucht und die richtigen Unterstützungsangebote vermittelt werden. Außerdem müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Daher wurden mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auch bei der psychotherapeutischen Bedarfsplanung deutliche Verbesserungsmöglichkeiten geschaffen.

Ein weiterer Punkt, der auch der APK besonders am Herzen liegt, ist die Zukunft der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Hier ist es unser Ziel, die Vergütung der Leistungen auf eine zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Die Weichen für ein leistungsorientiertes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik hat der Gesetzgeber in den letzten

Jahren bereits gestellt. Bei der Entscheidung der damaligen großen Koalition für ein neues Entgeltsystem im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich sollten die Veränderungen darauf zielen, den Behandlungsaufwand transparent werden zu lassen und die Leistungsgerechtigkeit zu verbessern. Seit dieser Weichenstellung beschäftigt uns die Debatte, ob die bisher vorgesehenen Regelungen geeignet sind, diesen Zielen Rechnung zu tragen. Diskutiert werden dabei verschiedene Ansätze zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Dabei ist der Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung des Vergütungssystems und der sektorenübergreifenden Versorgung ein zentrales Thema. Unterschiedliche Vorstellungen bestehen zudem dazu, ob die Kalkulation auf der Basis empirischer oder normativer Grundlagen erfolgen soll. In dieser Situation hat sich die Koalition im Koalitionsvertrag zu zweierlei bekannt. Nämlich erstens zu sagen: »An dem Grundsatz Leistungsgerechtigkeit und mehr Transparenz halten wir fest« und gleichzeitig »Wir sind zu systematischen Veränderungen des Vergütungssystems bereit«. Ein Zurück zum alten System tagesgleicher Pflegesätze wird es also nicht geben.

Gleichzeitig haben wir aber auch immer wieder deutlich gemacht, dass die vorgesehenen Regelungen nicht in Stein gemeißelt sind. Wir nehmen uns die Zeit, auch grundsätzliche Anmerkungen noch einmal neu zu gewichten. Aus diesem Grund haben wir schon im letzten Jahr eine zweijährige Verlängerung der Optionsphase beschlossen und gesetzlich realisiert. Um diese Zeit zu nutzen, wurden verschiedene Psychiaterverbände und weitere Akteure, darunter auch Vertreter der APK, eingeladen, den aus ihrer Sicht bestehenden Handlungsbedarf im Hinblick auf die Weiterentwicklung der setting-übergreifenden Versorgung zu benennen. Ziel des dazu von Herrn Minister Gröhe etablierten Dialogs ist es zu klären, ob und inwieweit gesetzliche Änderungen am Psych-Entgeltsystem und seinen Rahmenbedingungen erforderlich sind, die vor dem Ende der Optionsphase im Jahr 2016 umzusetzen sind. Dies gilt sowohl für die Weiterentwicklung des PEPP-Systems und möglicher Alternativen dazu, als auch für die Weiterentwicklung der Versorgung insgesamt. Auf Basis der vorgelegten Stellungnahmen hat eine erste Sitzung des Dialogs im Mai dieses Jahres stattgefunden.

Im Lichte der konstruktiven Diskussion wurden die Beteiligten gebeten, ergänzende Stellungnahmen vorzulegen. Insbesondere im Spätsommer dieses Jahres, aber auch in den Monaten davor und noch im laufenden Monat, haben uns Stellungnahmen und Vorschläge der beteiligten Verbände erreicht. Sie werden derzeit von uns ausgewertet und dienen als Basis für den weiteren

Dialog. Sie sehen daran, dass wir die durch die Optionsphase gewonnene Zeit verwenden wollen, um darüber zu reden, wie man Rahmenbedingungen ausgestaltet – ganz im Sinne eines lernenden Systems. Ich bin sicher, dass die APK diese Diskussion auch weiterhin konstruktiv begleiten wird.

Nicht nur gesetzgeberische Maßnahmen dienen der Weiterentwicklung der Versorgung. Erkenntnisse aus Modell- und Forschungsvorhaben können wichtige Grundlage für entsprechende Überlegungen sein. Die APK ist auch hier ein wichtiger Partner. Ganz aktuell führt die APK für das BMG eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland durch. Das Projekt, das in Zusammenarbeit mit der Universität Ulm durchgeführt wird, nimmt sowohl die ambulante und stationäre Behandlung sowie die Rehabilitation in den Blick. Neben der Versorgungssituation sollen unter anderem Aspekte der Verzahnung der Leistungen – z. B. mit der Kinder- und Jugendhilfe –, der Zugänglichkeit und Zielgruppenerreichung und der Behandlungsergebnisse genauer untersucht werden.

Ich habe eingangs auf die Bedeutung der Partizipation im Gesundheitswesen hingewiesen. Die Partizipation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist elementar für eine »trialogische« Psychiatrie, in der die Versorgung der Betroffenen in einem Austausch auf Augenhöhe zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und den professionell Tätigen gestaltet wird. Aus meiner Sicht hat der bereits in den 90er Jahren geprägte Begriff bis heute nicht an Aktualität verloren. Auch deshalb begrüße ich sehr, dass die APK die »Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Partizipation« als diesjähriges Tagungsthema gewählt und zahlreiche Vertreter der Selbsthilfe dazu eingeladen hat. Diesen möchte ich an dieser Stelle besonders danken, dass Sie sich persönlich für das Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen und auch, dass Sie diese Tagung mitgestalten. Dafür wünsche ich Ihnen allen in den kommenden zwei Tagen gute Begegnungen, spannende und aufschlussreiche Diskussionen und natürlich insgesamt eine schöne Zeit hier in Berlin.

A Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation

Menschenrechte und mitgestaltete Anspruchsrechte

Margret Osterfeld

»Der Arzt vermag zu befreien. Er vermag auch zu verurteilen. Wen er als geisteskrank erklärt, gilt durch den ärztlichen Ausspruch allein als solcher und verliert seine persönliche und wirtschaftliche Freiheit. Sein ganzes sittliches Dasein. Er verliert mehr als der Verbrecher.« (SCHROEDER 1890)

Vor 40 Jahren, am 25. November 1975 hat die Enquete-Kommission ihren Bericht zur Lage der Psychiatrie der Bundesregierung überreicht. Meinem Text sei daher die kleine Präambel vorangeschickt. Sie ist mehr als einhundert Jahre alt und reflektiert die Rechtsstellung eines psychisch kranken Menschen. Auch vor 40 Jahren war es überfällig, die Missstände in der Psychiatrie aufzuzeigen. Das Schlagwort von den »elenden, unwürdigen Zuständen« nahm direkten Bezug auf die Menschenwürde der chronisch psychisch kranken und langfristig verwahrten Menschen. Die Uraufführung des Filmklassikers »Einer flog über das Kuckucksnest« fand in der gleichen Zeit (November 1975) statt. Der Film prangert die Machtverhältnisse in der Psychiatrie seiner Zeit an und erhielt vier Oskars.

Sicher hat sich seitdem vieles geändert, manches ist besser geworden in der Psychiatrie. Doch über einen Zeitraum von 40 Jahren gilt es auch kritisch zu schauen, wo Reformprozesse steckengeblieben sind und wo die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung weiter fortgeschritten ist als die Entwicklung der Psychiatrie.

Das Buch »Das Recht im Irrenwesen« aus dem Jahr 1890, aus dem die Präambel stammt, wurde in diesem Jahr neu aufgelegt. Das Inhaltsverzeichnis belegt seine Aktualität: »Die Folgen der heutigen Rechtszustände«, »Die ungerechtfertigte Beschränkung der persönlichen Freiheit«, »Vergebliche Beschwerdeführung«, »Die Sanktionierung des Verbrechens« – so lauten die Titel einzelner Kapitel. Alle diese Themen beschäftigen uns im 21. Jahrhundert immer noch. Doch werfen wir zunächst einen Blick auf die positiven Aspekte, die sich für die Zukunft abzeichnen.

Erstmals wird es 2016 ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Forschungsprojekt »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem« geben. Im Rahmen dieses Projektes besteht die Möglichkeit, sowohl die bundesrechtliche als auch die länderrechtliche Legitimation des psychiatrischen Freiheitsentzugs und der oft folgenden Zwangsmedikation zu evaluieren. Ziel des ausgeschriebenen Forschungsprojektes ist es, »neue

Erkenntnisse zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland und zu Möglichkeiten der Vermeidung von Zwang durch alternative freiwillige Behandlungsmöglichkeiten zu gewinnen. Diese Erkenntnisse sollen genutzt werden, um Zwang in der psychiatrischen Versorgung auf das unbedingt Notwendige zu begrenzen und damit zur Verbesserung der psychiatrischen Hilfesysteme insgesamt beizutragen.« (BMG 2015) Das Bewerberfeld für die Bundesmittel wird sich wohl aus psychiatrischen Professoren rekrutieren, die selbst nie erlebt haben, wie sich eine Zwangseinweisung oder Zwangsmedikation anfühlt. Wäre die bundesdeutsche psychiatrische Selbsthilfe besser entwickelt und vernetzt, könnte sie sich direkt und aktiv als Kooperationspartner einbringen, die Forschung mitgestalten und so den Anspruch auf Partizipation durchsetzen.

In Nordrhein-Westfalen hat sich durch die direkte Beteiligung von Diagnosebetroffenen an der Besuchskommission nach dem Psych-KG ein fundiertes Gruppenwissen über Zwangskulturen in unterschiedlichen Kliniken entwickelt. Diese Gruppe weiß aus Erfahrung, dass die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen dazu beitragen, dass professionelle Akteure sich in der psychiatrisch-stationären Behandlung viel zu oft über den Patientenwillen hinwegsetzen. Aktuell ist zu hoffen, dass der Zuschlag dieser Forschungsmittel an eine Forschungsgruppe geht, der die Partizipation von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wichtig ist. Letztere sind weit eher Expertinnen und Experten zur Vermeidung von Zwang als die akademische Psychiatrie und die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen ist ein menschenrechtliches Gebot.

Die Entwicklung des Rechts in Deutschland

Die Menschenrechte und die von den Vereinten Nationen entwickelten Konventionen haben die gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland in den letzten vierzig Jahren deutlich vorangetrieben. Selbstverständlich muss heute eine Ehefrau nicht mehr den Gatten um Erlaubnis fragen, bevor sie selber Geld verdienen darf. Vor vier Jahrzehnten war dies noch der Fall. Der Diskriminierungsschutz durch die Menschenrechtskonventionen wird beim Thema Homosexualität und Gesellschaft noch deutlicher. Noch bis 1992 wurde Homosexualität als Krankheit angesehen und hatte eine eigene ICD-Ziffer. Heute gehören gleichgeschlechtliche händchenhaltende Paare zum öffentlichen Straßenbild. Noch vor zehn Jahren wäre dies undenkbar gewesen. Heute weiß jeder Lehrer, dass er ein Kind nicht schlagen darf,

die körperliche Züchtigung ist kein zulässiges Erziehungsinstrument mehr. Die Kinderrechtskonvention hat diese Entwicklung mit vorangetrieben. Der Menschenrechtsdiskurs, die Idee der unveräußerlichen Menschenrechte ist eine wichtige Kraft für die gesellschaftliche Entwicklung.

Ohne die positiven Entwicklungen in der Psychiatrie in Abrede stellen zu wollen, müssen wir feststellen, dass die institutionalisierte Psychiatrie trotz der Psychiatriereform eine ähnlich positive gesellschaftliche Entwicklung für ihre Patientinnen und Patienten in den letzten 40 Jahren nicht bewirken konnte. Sie wurde immer medikamentenzentrierter, sie wurde immer biologisch determinierter und ist immer noch krankenhauszentriert. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern haben wir heute bezogen auf die Bevölkerungszahl die meisten teuren Krankenhausbetten. Weit entfernt sind wir immer noch von psychiatrischen Hilfen, die Menschen in ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehen. Eine aufsuchende psychiatrische Hilfe in Krisensituationen wird von Interessenvertretungen der Psychiater und den Krankenkassen gleichermaßen blockiert. Ob die Krankenhauspsychiatrie, fokussiert auf ihre einseitige biologische Sicht und auf rasche Medikalisierung zur reinen Symptomreduktion, ihre Effizienz und Evidenz für gelungene langfristige Genesungswege wissenschaftlich belegen kann, darf bezweifelt werden.

Ein neuer, menschenrechtlich orientierter Schwung kam mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in die Psychiatriedebatte. Auf Seiten der professionellen Psychiatrie gab und gibt es allerdings ein erhebliches Abwehrverhalten. Bestritten wurde zunächst, dass die UN-BRK überhaupt etwas mit dem psychiatrischen Arbeitsfeld zu tun hat. Zu sehr war und ist der Fürsorgegedanke bei Interessenvertretungen der Psychiater verankert, das eigene eingefahrene Tun soll möglichst nicht hinterfragt werden. Auch, und gerade nachdem 2011 das Bundesverfassungsgericht (BVG) seine Rechtsprechung zur Zwangsmedikation direkt und unmittelbar auf die Behindertenrechtskonvention bezogen hatte und ein Jahr später der Bundesgerichtshof (BGH) folgte und erklärte, es gäbe keine hinreichende gesetzliche Grundlage für die psychiatrische Zwangsmedikation. Dies führte lediglich zu einer sehr lebhaften interessengeleiteten Medienwoge, in der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wahlweise als völlig hilflose, selbstbestimmungsunfähige und sich gefährdende oder aber als gefährliche Mitbürger dargestellt wurden. So wurde überstürzt im Februar 2013 eine Gesetzesänderung (§ 1906 Abs. 3 BGB) erreicht und eine Legitimierung der Zwangsmedikation festgeschrieben.

Die Gesetzesänderung im Betreuungsrecht ist sicherlich ein Fortschritt, weil die Voraussetzungen für eine Zwangsmedikation klarer normiert werden und der Rechtsschutz der Patientinnen und Patienten verbessert wurde. Problematisch ist allerdings vielerorts die Umsetzung des Gesetzes. Als Mitglied verschiedener amtlicher Besuchskommissionen stelle ich immer wieder fest, dass nicht konkrete individuelle Gefährdungsbegründungen bei klar dokumentierter krankheitsbedingt fehlender Einwilligungsfähigkeit Anlass für einen Antrag auf Genehmigung der Zwangsmedikation sind, sondern allgemeine aus der Diagnose und statistischen Werten abgeleitete Gefährdungsprognosen. Das klinisch-psychiatrische System hat primär die selbst definierte Behandlungsbedürftigkeit im Blick und begreift eine Krankheit stets als zu bekämpfende Gefahr. So wird die Anpassung der eigenen Praxis an die Gesetzesnorm verweigert. Eine Profession sollte allerdings fähig sein dazu zu lernen, sollte überprüfen, ob und wie weit ihr eigener Blickwinkel aus überzogener Fürsorglichkeit nicht zu beengt geworden ist.

Der Staat, die Anspruchsrechte und die Konventionen

Uns allen sind die Bürgerrechte ein Begriff. Bürgerrechte bezeichnen die staatlich garantierten Freiheitsrechte. Der Kampf um die Freiheitsrechte hat eine jahrhundertelange Tradition. Wir alle haben den Anspruch, dass der Staat heute unsere Freiheitsrechte nicht willkürlich beschneidet. Der Entzug der Freiheit ist die gravierendste Strafe, die der deutsche Rechtsstaat kennt. Der Anspruch, dass der Staat nicht ungerechtfertigt in unsere Freiheit eingreift, ist uns zur Selbstverständlichkeit geworden. In einem freiheitlichen Rechtsstaat hat die Verfassung primär die Funktion, die Bürger vor Übergriffen des Staates zu schützen. Der Begriff der Anspruchsrechte im engeren Sinne umschreibt die sozialen Rechte und die Teilhaberechte, die ebenfalls in Menschenrechtskonventionen verbrieft sind.

So ist es gemeinhin ein Anspruch und es scheint uns ein selbstverständliches Recht, in diesem Land, in dieser Gesellschaft möglichst gesund zu leben. Doch es gibt kein Recht auf Gesundheit. Die Feststellung mag überraschen, denn selbstverständlich wird im Gesundheitsmarkt häufig mit diesem »Recht« argumentiert. Doch ist uns eigentlich allen bewusst, Gesundheit, auch seelische Gesundheit, ist etwas, das von vielen inneren und äußeren Umständen abhängt. Kein Rechtssystem, keine Konvention kann sie garantieren. Sie mag von einer höheren Macht gegeben sein, durch »gesunden Lebensstil« gefördert werden. Schnell kann sie durch

einen Unfall oder andere Ereignisse genommen werden, ein »Recht« darauf, gibt es nicht.

In verschiedenen Menschenrechtskonventionen verankert ist hingegen das Recht auf die »beste erreichbare Gesundheit«. Praktisch bedeutet dies, dass jede Bevölkerungsgruppe, gleichgültig ob es sich um Flüchtlinge, Strafgefangene oder um Menschen mit psychiatrischen Diagnosen handelt, ein Recht darauf hat die bestmögliche erreichbare Gesundheit, die beste Behandlung zu erhalten. Genau dies war ein wichtiges Anliegen der Enquete-Kommission: Psychisch kranke Menschen sollten nicht nur verwahrt, sondern auch medizinisch-psychiatrisch behandelt werden. Welches nun die »beste« Behandlung ist und welche alternativen Behandlungsformen die klinische Psychiatrie anbieten kann oder will, darüber besteht seit Jahren wissenschaftlicher Dissens. In der Fachdebatte wird aus meiner Sicht die Notwendigkeit der Medikation oft zu einseitig betont. Psychisch kranken Menschen wird, begründet allein aus der Diagnose, häufig die Wunsch- und Willensfähigkeit abgesprochen.

Ehe dieses Problem näher beleuchtet wird, sei noch kurz aus menschenrechtlicher Sicht auf die Mitbestimmung, die Teilhabe oder Partizipation eingegangen. Einen Anspruch auf Teilhabe an der Gesellschaft haben alle Menschen, auch die Gruppe, die chronisch psychisch krank genannt wird. Aktuell wird von der Bundesregierung ein neues Bundesteilhabegesetz vorbereitet, es soll noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden. Von diesem Gesetz wird die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung betroffen sein, das betreute Wohnen, die Tagesstätten und manch andere Angebote, die sich seit dem Bericht der Enquete-Kommission für chronisch psychisch krank genannte Menschen, Menschen mit psychosozialen Behinderungen, entwickelt haben. Bei der Erarbeitung des Gesetzentwurfes waren meines Wissens nur vereinzelt Menschen mit psychiatrischen Diagnosen beteiligt. Auch dies spiegelt die Tatsache wider, dass die psychiatrische Selbsthilfe noch nicht hinreichend verbandlich organisiert ist, um politisch wahrgenommen zu werden. Als Vertreter der Menschen mit Behinderungen war Ottmar Miles-Paul dort beteiligt, auf seinen Beitrag in diesem Band (Seite 257) sei verwiesen.

An dieser Stelle wird ersichtlich, wie wenig in Gesetzgebungsprozessen Menschen mit psychiatrischen Diagnosen als kompetent genug zur Mitgestaltung wahrgenommen werden. Dazu später ein konkretes Beispiel. Hier ein Hinweis in eine andere Richtung: Der Anspruch auf vernünftige finanzielle Ressourcen gehört auch zu den Anspruchsrechten. Im Bundesteilhabegesetz geht es auch um das Persönliche Budget. Alle Menschen mit

psychiatrischen Diagnosen hier im Saal engagieren sich, sie haben teil, sie treiben Reformprozesse mit voran. Sie bekommen keine Lohnfortzahlung, keine Spesenerstattung, keine Fahrtkosten für ihre politische Beteiligung. Sie leisten dieses bürgerschaftliche Engagement oft mit Hartz IV-Bezügen. Ein Persönliches Budget könnte solche Aktivitäten finanziell ermöglichen. Das ist zwar rechtlich heute schon möglich, wird aber kaum praktiziert. In dem neuen Gesetz müsste das Persönliche Budget gestärkt werden. Es ist ein gutes Recht der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen staatliche Hilfen zur Teilhabe selbstbestimmt einsetzen zu können. Sie haben nicht nur einen Anspruch auf »Versorgung«.

Rechtsentwicklungen für Menschen mit seelischen Behinderungen

In einer Art persönlichen Jahresrückblicks möchte ich jetzt beschreiben, welche Rechtsentscheidungen mich in den letzten Monaten beeindruckt haben, wo ich Fortschritte sehe und wo Reformbedarf im psychiatrischen aber auch im politischen Denken besteht. Das Jahr begann für mich mit der Lektüre des ZEIT-Artikels »Es hätte nicht passieren dürfen.« (FISCHER 2014) Diese Bewertung des BGH-Richters Thomas Fischer und die Lektüre des dort besprochenen Buchs von Gerhard Strate über den Mollath-Prozess lehrten mich viel über die Einengungen des psychiatrischen Denkgebäudes, das immer wieder auf die Aussagen Dritter zurückgreift und die Persönlichkeit und psychosoziale Situation des Betroffenen wenig berücksichtigt. Sieben Jahre psychiatrisch begründeter Freiheitsentzug, diesen Preis musste Herr Mollath bezahlen, und ohne das bürgerschaftliche Engagement aus seinem Umfeld säße er wohl heute noch in der Forensik.

Wichtiger für unsere Debatte ist, dass im Januar 2015 das Landgericht Berlin ein Urteil wegen einer nicht hinreichend begründeten Zwangsmedikation fällte (AZ. 86 O 88/14 vom 28. 1. 2015). 5.000 Euro hat das Landgericht dem Opfer zugesprochen. Ausführlich wurde die Höhe des Schmerzensgeldes begründet. Für die Nichtbeachtung der Menschenwürde sind 5.000 Euro immerhin eine erste Zahl. Inzwischen hat das OLG Karlsruhe (AZ 9 U 78/11 vom 12. November 2015) einem anderen Opfer von psychiatrisch begründetem Freiheitsentzug und Zwangsmedikation 25.000 Euro Schmerzensgeld zugesprochen. Wichtig bei diesem Urteil ist die Feststellung, dass die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach Psych-KG/UBG eine Amtshandlung ist, und das Schmerzensgeld daher im Rahmen der Amtshaftung von der Klinik bezahlt werden muss. Die oft gehörte Behauptung, für stän-

dig steigenden Unterbringungszahlen seien ja die Gerichte verantwortlich, nicht die klinische Psychiatrie, wird durch diese Rechtsfortbildung hinfällig. Beide Urteile zeigen aber auch, dass sich die Rechtsprechung durchaus des menschenrechtlichen Rahmens bewusst ist. Die klinische Psychiatrie muss ihre Haltung und ihr Handeln dem anpassen.

Eine ganz andere Form der Mitgestaltung bei Anspruchsrechten erlebte ich auf der Tagung zur Forensikreform (siehe www.dgsp-ev.de/tagungsberichte/psychiatrische-massregel-und-gemeindepsychiatrie.html) am 27. Mai 2015 in Berlin. Nur wenige Tage vorher wurde der Referentenentwurf zur Reform des § 63 StGB (forensische Unterbringung) vom Justizministerium veröffentlicht und er wurde auf der Tagung vom Ministerium stolz präsentiert. Berichtet wurde, dass der Entwurf in einer 15-köpfigen Arbeitsgruppe erstellt worden sei. Fünf Psychiater seien als Vertreter der Zivilbevölkerung beteiligt gewesen. Partizipation von Forensikbetroffenen und ihren Angehörigen wurde nicht für möglich gehalten, da eine größere Gruppe kaum arbeitsfähig sei. Ist das Partizipation oder ist es einseitige Interessenvertretung? Ob die Zahl der Menschen, denen mit der Legitimierung des § 63 StGB die Freiheit entzogen wird, durch solch eine Gesetzesreform sinkt oder sich weitere Mollath-Fälle entwickeln, bleibt abzuwarten.

Im Sommer beschäftigten sich das Bundesverfassungsgericht und der Bundesgerichtshof wiederholt mit psychiatrischem Zwang und seiner Berechtigung vor dem Hintergrund der Grund- und Menschenrechte. Die Verfassungsbeschwerde (BvR 1549/14, 1550/14 vom 14. Juli 2015) einer über sechzigjährigen Frau hatte Erfolg. Ihr war wegen einer schizoaffektiv genannten Störung von Familie und Psychiatern zunächst nach Psych-KG und dann nach dem Betreuungsrecht die Freiheit entzogen worden, nachdem sie – und hier zitiere ich aus der Urteilsbegründung – »sich seit längerer Zeit in einem sich gegen den Einsatz von Psychopharmaka engagierenden Verein« (Randziffer Rz 10) betätigt und ihre psychopharmakologische Medikation abgesetzt habe. Es mag unbestritten sein, dass es dieser Frau in Psychiateraugen schlechter ging, doch belegt die Urteilsbegründung – dies entsetzt mich – wie die Psychiatrie und Dritte mit allen Mitteln versuchten, der Patientin die freie Willensbildung auch rückwirkend und begründet allein durch die Diagnose abzusprechen, um eine Legitimation der Zwangsmedikation zu erhalten. Die Urteilsbegründung sollte jedem psychiatrisch Tätigen zu denken geben. Sie kann helfen, die fachliche Haltung zu Zwangsmaßnahmen wieder zeitgemäßer auszutarieren. An anderer Stelle betont das Verfassungsgericht noch einmal die hohe Bedeutung der Freiheitsrechte mit den Worten, »dass das Landge-

richt daraus, dass die Entscheidung der Beschwerdeführerin zur Absetzung der Medikamente von durchschnittlichen Präferenzen abweicht und aus der Außenansicht unvernünftig erscheinen dürfte, auf die (eingriffslegitimierende) Unfähigkeit der Beschwerdeführerin zu freier Selbstbestimmung geschlossen hat. Damit verkennt es, dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit als Freiheitsgrundrecht das Recht einschließt, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der – jedenfalls in den Augen Dritter – den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft.« (Rz 30) Die Psychiatrie kann sich nicht stets auf die Vernunftlosigkeit der Experten zurückziehen, wenn Patienten ihren Behandlungswillen nicht teilen.

Der zweite Fall, den ich vorstellen möchte, wurde vom Bundesgerichtshof mit einem Vorlagebeschluss (BGH XII ZB 89/15) an das Bundesverfassungsgericht beantwortet. Klären sollte dieses, ob die Neufassung des § 1906 Abs. 3 BGB – die Zwangsmedikation nach Betreuungsrecht – verfassungskonform ist. Doch schauen wir uns zunächst die Leidensgeschichte der Patientin an, soweit sie sich aus der Urteilsbegründung erschließen lässt. Auch diese Frau ist über 60 Jahre alt, auch sie wurde als schizoaffektiv gestört diagnostiziert. Im Frühjahr 2014 wurde eine gesetzliche Betreuung eingerichtet. Die Patientin wurde wenige Monate später stationär aufgenommen. In der Klinik wurden eine Autoimmunkrankheit und der Verdacht auf eine Brustkrebserkrankung diagnostiziert. Die Behandlung des Brustkrebses lehnte die Frau ab, die schizoaffektive Störung wie auch die Autoimmunkrankheit wurden zwangsweise über eine Magensonde medikamentös behandelt. Trotzdem ist sie inzwischen bettlägerig und pflegebedürftig und hat all die verstrichene Zeit mit Unterbringungsbeschluss auf einer geschlossenen Demenzstation verbracht. Auf Veranlassung der Betreuerin soll jetzt eine Krebsbehandlung, das heißt Brustamputation, Bestrahlung und Chemotherapie ohne die Zustimmung der Patientin durchgeführt werden. Formaljuristisch kann aber ein Mensch, der sich nicht fortbewegen kann, also von diesem Freiheitsrecht zur Flucht aus der Klinik keinen Gebrauch machen kann, nicht untergebracht werden. Die Unterbringung ist aber die rechtliche Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung – daher der Vorlagebeschluss.

Mich beschäftigt hier nicht das Formaljuristische, sondern das Schicksal dieser Frau, das nach den Regeln medizinischer Wahrscheinlichkeitsprognosen rasch auch mein eigenes werden könnte. Trotz der Zwangsmedikation per Magensonde hat sich ihr körperlicher Gesundheitszustand extrem verschlechtert. Sie ist bewegungsunfähig geworden. Trotz der Zwangsmedikation ist ihre angebliche krankheitsbedingte Einwilligungsunfähigkeit anscheinend

bestehen geblieben. Ihr Wunsch, die Krebserkrankung nicht zu behandeln, wird von Psychiatern gleichermaßen wie von Richtern gar nicht ernsthaft als respektabel betrachtet. Stattdessen wird mit dem »Anspruch des Betroffenen auf Schutz und Behandlung, auch wenn er krankheitsbedingt keinen freien Willen bilden kann« (RZ 51) argumentiert und damit indirekt ein Anspruchsrecht auf Gesundheit nach ärztlichen Vorstellungen auch ohne jede Mitbestimmung des psychiatrisch diagnostizierten Menschen postuliert. Das Recht, eine Behandlung abzulehnen, gibt es nicht mehr, Menschen werden zu willensunfähigem Humankapital der Gesundheitswirtschaft. Mir bleibt nur, vorbeugend hier zu erklären, dass ich selbst entscheiden möchte, ob und wie eine Krebserkrankung bei mir behandelt wird. Mit einer erzwungenen Krebsbehandlung lässt sich vielleicht ein Leben verlängern, doch der Preis, den Patientinnen und Patienten dafür durch unerwünschte Nebenwirkungen und seelische Traumatisierung zahlen müssen, ist oft hoch. Eine solche Zwangsdurchsetzung als menschenwürdig zu bezeichnen, erscheint mir als ein Hohn.

Dass das Bundesverfassungsgericht umgehend noch im Juli dieses Jahres 13 verschiedene Verbände (auch die APK) um eine Stellungnahme zu diesem Vorlagebeschluss bat, hat mich hingegen gefreut. Das Bundesverfassungsgericht ist also um Partizipation und Teilhabe bemüht und will sich erst einmal ein umfassendes Bild zu der rechtlich und menschlich schwierigen Frage verschaffen. Die Stellungnahme der APK lässt sich inzwischen auf der Internetseite nachlesen (APK 2015). Vielleicht lässt sich durch solche Art des verbandlichen Engagements die gesellschaftliche Entwicklung beeinflussen. Vielleicht kann mit den Stellungnahmen der verschiedenen Verbände deutlich werden, dass wir den menschenrechtlich gebotenen Schritt weg von der ersetzenden Betreuerentscheidung und hin zur unterstützenden Entscheidungsfindung endlich beschreiten müssen. Es kann nicht sein, dass all das medizinisch und technisch Mögliche stets im Namen eines diffusen Patientenwohls durchgeführt wird, ohne wohlinformierte Zustimmung.

Neben der durch das Bundesverfassungsgericht ermöglichten Partizipation hat das vergangene Jahr noch weitere positive Beispiele gebracht. In Nordrhein-Westfalen wird ein neuer Landespsychiatrieplan erarbeitet und zwar unter sehr breiter Beteiligung nicht nur von berufspolitischen Fachverbänden, sondern auch verschiedener Selbsthilfegruppierungen. Es wurden Unterarbeitsgruppen zu einem breiten Themenspektrum gebildet, und in jeder Gruppe sind Betroffene und Angehörige vertreten, nicht nur die professionellen Verbände und die Krankenkassen. Eine Erfahrung aus dem

Unterausschuss »Selbsthilfe und Partizipation« möchte ich hier berichten. In den Diskussionen reklamierten Ärztekammervertreter, DGPPN-Vertreter, ja sogar Krankenkassenvertreter, dass sie am besten die Selbsthilfe- und Partizipationsinteressen der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen vertreten, da sie diese am besten kennen. Es ist schon eigenartig, dort instrumentalisieren sie alle die Betroffenen, nur ernsthaft über deren Argumente nachdenken und ihre eigene Praxis ändern, das wollen die professionellen honorierten Interessenvertreter nicht so gern.

Auch die Überarbeitung des Psych-KG in Nordrhein-Westfalen wird mit breiter Betroffenenpartizipation vorangetrieben. Es ist aus menschenrechtlicher Perspektive nicht hinnehmbar, wenn im Jahr 2014 allein in NRW 23.684 Menschen (mündliche Mitteilung anlässlich der Sitzung des Unterausschuss Zwang zum Landespsychiatrieplan) auf der ordnungsrechtlichen Grundlage des Psych-KG die Freiheit entzogen wurde (betreuungsrechtliche Unterbringungen in der gleichen Größenordnung sind noch hinzu zu rechnen), während im gleichen Jahr in der ganzen Bundesrepublik nur 61.872 Menschen (Statistisches Bundesamt) eine Freiheitsstrafe wegen strafrechtlichen Handelns verbüßen müssen. Die beiden Zahlen geben uns eine Dimension dafür, dass der Mantel der Fürsorge zu oft genutzt wird um psychosoziale Probleme mit psychischen Symptomen zu verdecken und aus der öffentlichen Wahrnehmung verschwinden zu lassen. Behoben werden sie so nicht.

Die Würde an die erste Stelle setzen

Am Welttag der seelischen Gesundheit, dem 10. Oktober 2015, veröffentlichten die Sonderberichterstatterin der Vereinten Nationen für Menschen mit Behinderungen, Catalina Devandas-Aguilar, und der Sonderberichterstatter für Gesundheit, Dainius Puras, einen Appell zur Abschaffung unfreiwilliger psychiatrischer Behandlung unter der Überschrift: »Dignity must prevail«

Die Übersetzung (MISCHE und OSTERFELD 2015) dieses zukunftsweisenden Textes soll mir Zusammenfassung und Schlusswort sein:

»Anlässlich des Welttags der seelischen Gesundheit drängen die unabhängigen Experten die Regierungen willkürlicher Inhaftierung, Zwangsinstitutionalisierung und Zwangsmedikation ein Ende zu setzen, um sicherzustellen, dass Menschen mit Entwicklungsstörungen und psychosozialen Behinderungen mit Würde behandelt und ihre Menschenrechte respektiert werden.

Eingeschlossen in Institutionen, fixiert mit Haltevorrichtungen, häufig in Isolation, zwangsinjiziert mit Medikamenten und überdosiert, versetzt mit Elektroschock – dies sind nur einige Beschreibungen der Mittel, mit denen Menschen mit Behinderungen, oder die als solche wahrgenommen werden, ohne ihre Einwilligung behandelt werden; mit schweren Konsequenzen für ihre physische und psychische Integrität.

Weltweit treffen Menschen mit Entwicklungsstörungen und psychosozialen Behinderungen auf Diskriminierung, Stigma und soziale Ausgrenzung und sind sowohl in Einrichtungen für psychisch Kranke als auch in der Gesellschaft emotionalen und physischen Misshandlungen ausgesetzt. Jedes Jahr werden in Folge von unfreiwilliger psychiatrischer Behandlung die Rechte und die Würde von hunderttausenden Menschen auf der ganzen Welt verletzt.

Allzu oft wird Menschen mit Entwicklungsstörungen oder psychosozialen Behinderungen offiziell oder inoffiziell ihre Rechtsfähigkeit abgesprochen, ihnen wird willkürlich in psychiatrischen Krankenhäusern, anderen spezialisierten Institutionen oder ähnlichen Einrichtungen ihre Freiheit entzogen.

Würde kann mit Praktiken der Zwangsbehandlung, die sehr oft auf Folter hinauslaufen, nicht vereinbar sein. Dringend müssen Staaten dieser Situation Einhalt gebieten und die Autonomie jedes Menschen respektieren, mitsamt seinem Recht sich für oder gegen eine Behandlung oder Pflege zu entscheiden. Ohne die Freiheit von Gewalt und Misshandlung, ohne Autonomie und Selbstbestimmung, ohne Inklusion in die Gesellschaft und Teilhabe bei der Entscheidungsfindung, wird die inhärente Würde der Person zu einem leeren Konzept. Die internationale Gemeinschaft muss das Ausmaß dieser Verstöße anerkennen, die weithin im Namen der Psychiatrie als medizinische Praxis akzeptiert und gerechtfertigt werden.

Das Konzept der »medizinischen Notwendigkeit« hinter Unterbringung und Behandlung ohne informierte Zustimmung ist wissenschaftlich nicht hinreichend belegt und ihm fehlen stichhaltige Maßstäbe. Eingriffe ohne Zustimmung werden sehr oft übermäßig und oft auch fehlerhaft eingesetzt. Dies verwandelt eine Ausnahme zu einer Regel.

Das Altsystem des exzessiven Gewaltgebrauchs der Psychiatrie verstößt gegen das medizinische Grundprinzip »primum non nocere« (vor allen Dingen nicht schaden) und sollte nicht mehr akzeptiert werden. Die UN-BRK schafft einen vielversprechenden Anlass für einen Paradigmenwechsel bei Methoden und Leitlinien zur seelischen Gesundheit.

Am diesjährigen Welttag der seelischen Gesundheit soll mehr denn je die Notwendigkeit neuer, auf gemeindepsychiatrischen Angeboten basierenden

Modelle und Praktiken, die die Würde und Integrität des Menschen respektieren, hervorgehoben werden.

Es ist an der Zeit Bilanz zu ziehen aus der Gültigkeit der UN-Behindertenrechtskonvention, und einen Dialog aller Beteiligten zu eröffnen, den Betroffenen, den politischen Entscheidungsträgern und dem psychiatrischen Fachpersonal, um praxisnahe Lösungen zu erarbeiten, die Aufschluss geben können auf die aus den Konventionsstandards entstandenen Fragen.

Wir rufen die Staaten auf, alle Fälle willkürlicher Unterbringung, erzwungener Institutionalisierung und Zwangsmedikation zu beenden und die würdevolle Behandlung von Menschen mit Entwicklungsstörungen und psychosozialen Behinderungen sicherzustellen. Gewährleistet werden müssen beide Rechte, zum einen das auf jederzeitiger Respektierung der persönlichen Entscheidung, zum anderen das auf Zugang zur notwendigen Unterstützung und Versorgung, um solch eigene Entscheidungen effektiv mitzuteilen.«

Literatur

- APK – AKTION PSYCHISCH KRANKE (2015): Stellungnahme zum Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundesgerichtshofs vom 1. Juli 2015 (XII ZB 89/15). Online verfügbar unter www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_-_Stellungnahme_Bundesgerichtshof_17.09.2015.pdf.
- BMG (2015): Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der Ressortforschung zum Thema »Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem«. Online verfügbar unter www.dlr.de/pt/en/Portaldata/45/Resources/a_dokumente/gesundheitsforschung/Bekanntmachung_Zwangsmassnahmen.pdf.
- FISCHER, T. (2014): Es hätte nicht passieren dürfen. Online verfügbar unter www.zeit.de/2014/53/justiz-gustl-mollath-gerhard-strate.
- MISCHE, L.; OSTERFELD, M. (2016): Persönliche Übersetzung, Original unter: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16583&LangID=E.
- SCHROEDER, E. A. (1890): Das Recht im Irrenwesen. Neu herausgegeben von U. Prem 2015, Norderstedt.
- STRATE, G. (2015): Der Fall Mollath: Vom Versagen der Justiz und Psychiatrie. Orell Füssli Verlag.

Warum die Psychiatriereform dringend weiter zu führen ist

Andreas Heinz

Die derzeitige gesetzliche Rahmenlage würde es erlauben, die Versorgung psychisch Kranker an den Vorgaben der Personenzentrierung, also der konsequenten Ausrichtung an individuellen Bedürfnissen, zu orientieren, Autonomie und Selbstbestimmung zu stärken und Interventionen gegen den akut geäußerten Willen von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen ihrer Erkrankung die Schwere ihrer Eigengefährdung nicht erkennen können, auf ein Minimum zu beschränken, das eine Bedrohung des Lebens und einen schweren Gesundheitsschaden abwehrt. Die UN-Behindertenrechtskonvention gibt hier mit der Inklusion als Ziel der Behandlung psychisch kranker Menschen eine Vorgabe, die weit über bisherige Versorgungskonzepte hinausgeht (United Nations 2006). Sie bezieht sich auf alle Bereiche der gesellschaftlichen Teilhabe, also neben der eigentlichen Gesundheitsversorgung auch auf die Teilhabe an Arbeit und gesellschaftlicher Aktivität ebenso wie die Integration im Wohnbereich.

Der Alltag der Versorgung psychisch Kranker spricht aber eine ganz andere Sprache: Gerade in Berlin sehen wir, dass im Wohnbereich Möglichkeiten des Lebens in der Gemeinde durch die zunehmende Verteuerung der Wohnungen fast unmöglich gemacht worden ist. Offenbar ist es lukrativer, Wohnungen aufzukaufen und illegal an Gäste zu vermieten als an Menschen, die in Berlin wohnen.

Bei der Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt sieht es ähnlich aus. Gerade in Regionen mit relativ hoher Arbeitslosigkeit ist diese fast überhaupt nicht für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erreichbar. Mit dem Motto »zuerst platzieren, dann trainieren« wird eine Vorgabe gemacht, die sowohl der gesellschaftlichen Teilhabe dient als auch auf vielfältige und zum Teil auf langjährige Projekterfahrungen verweisen kann. So haben wir im Hedwig Krankenhaus mit der sogenannten »Arbeitstherapie am anderen Ort« sehr gute Erfahrungen gemacht: Zuerst wird für die interessierten Personen ein Arbeitsplatz gefunden, dann wird die Arbeit dort ergotherapeutisch unterstützt. Wie viele andere Modellprojekte ist dies aber auf weniger als 100 Menschen begrenzt und reicht dabei in einer Großstadt wie Berlin bei weitem nicht aus, den Versorgungsbedarf auch nur annähernd zu denken.

Auch die Rehabilitation psychisch Kranker (RpK) ist nicht bundesweit umgesetzt.

Selbst in der Gesundheitsversorgung ist die Psychiatriereform seit den siebziger Jahren bei allen hoffnungsvollen Ansätzen auf halbem Wege stehen geblieben. So gibt es nach wie vor viel zu wenig niederschwellige Maßnahmen jenseits einer Klinikbehandlung. Letztere dauert derzeit in Berlin im Schnitt drei Wochen, ist also eine Art Krisenintervention. Die alltägliche Versorgung findet also woanders statt, nämlich in der Gemeinde. Dies ist ein Erfolg der Psychiatriereform und sehr positiv – noch in den achtziger Jahren gab es im Berliner Beschwerdezentrum Betroffene, die zuvor bis zu 18 Jahre in einer psychiatrischen Klinik untergebracht worden waren. Es ist ein Erfolg der Psychiatriereform, dass es so etwas nicht mehr gibt. Was aber als niederschwellige Alternative zur Klinikbehandlung fehlt sind Kurzzeitpsychotherapien, gerade auch für psychisch Kranke, denen mit den Standardverfahren (Verhaltenstherapie und psychoanalytisch orientierte Verfahren) oft nicht adäquat geholfen werden kann, aber auch für Menschen mit Trauma-Erfahrungen oder in akuten Krisen.

Hinzu kommt, dass neben den Standardverfahren der gesamte Bereich der humanistischen Psychotherapien bei der Versorgung psychisch Kranker zu kurz kommt. Ich selbst komme aus der Gesprächs-Psychotherapie, die zu den ersten psychotherapeutischen Verfahren gehört, die sich einer empirischen Überprüfung gestellt haben. Nach wie vor – wie viele andere humanistische Psychotherapieverfahren auch – wird sie aber von den Krankenkassen nicht anerkannt. Angesichts der großen Zahl der Menschen, die zu uns kommen, wäre es sehr wichtig, niederschwellige und personenzentrierte Therapieverfahren anzubieten, in denen die Tradition der humanistischen Psychotherapie eine wichtige Rolle spielen.

Auch bei der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung erscheint es notwendig, ihre eigenen Ressourcen zu unterstützen, beispielsweise durch Selbsthilfegruppen, in denen sie sich über ihre Erfahrungen austauschen können. Hilfreich sind auch einfache Entspannungsverfahren wie Muskelrelaxation oder Atemübungen und Informationen darüber, wo im deutschen Gesundheitssystem angemessene Hilfsangebote gegeben sind. Der Hinweis auf die Selbsthilfe für geflüchtete Menschen zeigt, wie wichtig Selbsthilfe und Ressourcenaktivierung überhaupt ist. Deswegen ist zu betonen, wie wichtig die Ausbildung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu Expertinnen und Experten ist, die als sogenannte EX-INler das Team im Krankenhaus, aber hoffentlich demnächst auch im niedergelassenen Bereich ergänzen.

Für den Krankenhausbereich stellt sich zudem die Frage, ob angesichts der Regelungen in den psychiatrischen Krankengesetzen der Länder und

im Betreuungsrecht zur ersetzenden Entscheidungsfindung bei Einsichts-unfähigkeit nicht die »ersetzende« durch eine »unterstützende« Entscheidungsfindung ergänzt werden müsste (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze bei der Bundesärztekammer 2016). Allerdings ist hier dringend zu klären, wie eine solche unterstützende Entscheidungsfindung im Einzelfall aussehen sollte. Einerseits ist zu fordern, dass in jedem Betreuungsverhältnis und damit auch in der ersetzenden Entscheidungsfindung die Betreuerin oder der Betreuer sich so weit wie irgend möglich nach den Wünschen der betreuten Personen richtet. Andererseits stellt sich die Frage, ob eine unterstützende Entscheidungsfindung nicht weitergehender gesetzlicher Regelungen bedarf, beispielsweise die Einbeziehung von Angehörigen oder Freunden betreffend. Selbstverständlich gehört zu jeder Form der Entscheidungsersetzung oder -unterstützung die Berücksichtigung der Wünsche der betroffenen Person selbst, auch wenn diese momentan nicht selbst einwilligungsfähig ist. Wie dies genau aussehen kann und welche Vorgaben und Regelungen hier möglich sind, bedarf einer engagierten und intensiven Diskussion zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen, Professionellen und Juristen.

Ein weiterer Punkt, der dringend zu verfolgen wäre, ist die Frage eines bundeseinheitlichen Psychiatrischen Krankengesetzes: Derzeit gibt es dies nicht, obwohl es nicht sein kann, dass die Regeln zur Akutbehandlung (die PsychKGs) in jedem Bundesland anders geregelt sind. Es gibt durchaus Fälle, in denen solche bundeseinheitlichen Regelungen dringend notwendig sein können: Zu der Zeit als das Betreuungsrecht aufgehoben war, wurde uns über eine Patientin berichtet, die sich im Rahmen ihrer psychotischen Erkrankung im Winter eine Erfrierung ihres Fußes zugezogen hatte und der für sie lebenswichtigen Amputation nicht zustimmte. Im Rahmen der damaligen Rechtsunsicherheit hat sich die betroffene Klinik nicht dazu entscheiden können, eine solche Operation zu veranlassen. Es ist nachvollziehbar, dass in solchen dringenden Fällen juristischer Entscheidungsbedarf besteht und eine ersetzende Entscheidungsfindung im Einzelfall ethisch richtig ist. Es ist aber auch die Frage nach den Willensäußerungen der betroffenen Personen zu stellen und zu klären, wie ihr in dieser Situation am besten geholfen werden kann, um eine Entscheidung informiert unter Abwägung der Risiken zu treffen.

Besonders wichtig ist dieser Aspekt im Zusammenhang mit einer Behandlung gegen den geäußerten Willen bei Einwilligungsunfähigkeit und/oder Fremdgefährdung. Eine Behandlung ist in einigen Bundesländern erlaubt,

in anderen nicht. Es kann aber nicht sein, dass man je nach Bundesland mit juristisch ganz anderen Regelungen zurechtkommen muss.

Jenseits solcher Einzelfälle sagt die UN-Behindertenrechtskonvention eindeutig, dass institutionelle Gründe, ökonomische Kalkulationen oder Sparzwänge keine Rechtfertigung dafür bieten dürfen, Zwangsmaßnahmen anstelle der Berücksichtigung von Patientenwünschen zu setzen. Leider geht die politische Entwicklung bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems in die falsche Richtung. An Stelle eines allgemein verbindlichen Personalschlüssels, der es ermöglichen, vielfältige therapeutische Angebote zu schaffen, mit den Betroffenen zu sprechen, Stationstüren zu öffnen und gegen ihren Willen eingewiesene Patienten davon zu überzeugen, dass ihnen eine stationäre Behandlung vielleicht helfen kann oder abzuklären, ob eine Unterbringung gegen ihren Willen notwendig ist, drohen fabrikartig organisierte Therapieabläufe zu treten, die Menschen umso besser durchlaufen können, je gesünder sie sind.

Das neue Entgeltsystem belohnt die Versorgung weniger schwer erkrankten Personen, die – ähnlich wie in einer Reha-Klinik der somatischen Medizin – nicht akut im alltäglichen Leben beeinträchtigt sind und sich einem vielfältigen Psychotherapieprogramm unterziehen können. Schwer Kranke brauchen dagegen oft sehr viel persönlichen Kontakt und sehr viel Zeit, dies allerdings flexibel. So kann ein Mensch mit einer akuten Manie am Tag 30 Personen oder dieselbe Person 30 Mal ansprechen, ohne eine einzige Psychotherapiesitzung mit Dauer von 50 Minuten oder anderthalb Stunden nutzen zu können.

Die Öffnung von Akutstationen, die Zwangsbehandlungen, aggressive Interaktionen und ein Verlassen der Station gegen ärztlichen Rat deutlich reduzieren kann, benötigt bei ca. 16 bis 20 behandelten Patienten ungefähr drei Pfleger pro Schicht, mit weniger ist eine Öffnung der Akutstationen nicht durchsetzbar (LANG et. al. 2010). Dies entspricht ziemlich genau den Vorgaben der Psychiatriepersonalverordnung. Sie wird aber in vielen Bereichen nicht eingehalten, und ohne weitere Verhandlung mit den Krankenkassen kann sie nur zu 90 Prozent erfüllt werden. Viele Professionelle wissen nicht, ob ihre Klinikleitungen mit den Krankenkassen die Psychiatriepersonalverordnung zu 90 oder zu 100 Prozent verhandelt haben. Ihre Ausstattung beläuft sich aber in aller Regel auf 90 Prozent der gesetzlichen Vorgaben oder auf noch niedrigere Zahlen, die häufig nicht transparent sind.

Hinzu kommt, dass viele Leitungspositionen in Kliniken heute nur noch zeitlich befristet vergeben werden und ihre Vergütung an die wirt-

schaftlichen Ziele der Klinik gekoppelt werden. Mit anderen Worten: Das Sparen von Personalkosten erhöht das Einkommen des Leitungspersonals, was diese in ein persönliches Dilemma stürzen kann: Stimmen sie einer Unterschreitung der gesetzlichen Vorgaben stillschweigend zu oder gefährden sie ihr Einkommen? Das ist heute eine wichtige Frage für viele angestellte Leitungspersonen in Kliniken, im ärztlichen Bereich wie in der Krankenpflege. Die ist eine absolut ungute Situation, die dringend verändert werden muss.

Nach LANG u. a. (2010) reduziert die Öffnung der Akutstationen die Zahl der Zwangshandlungen um etwa die Hälfte. Wenn dies durch mobile Teams, die auch zuhause oder am Arbeitsplatz helfen können, ersetzt wird, ist dies offenbar in noch größerem Umfang der Fall. So berichten Kolleginnen und Kollegen aus Hamburg, dass sie ihre Zwangsmaßnahmen mit solchen Teams um bis zu 90 Prozent reduzieren konnten. Solche mobilen Teams sind finanzierbar im Rahmen von Modellvorhaben, die das Krankenhausrahmengesetz ermöglicht (BOCK und HEINZ 2016). Dies ist politisch durchaus gewollt, wird in Deutschland aber kaum umgesetzt.

Dies liegt daran, dass bisher in nur ganz wenigen Regionen derartige Verträge mit den Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern abgeschlossen wurden. So kommt es bestenfalls zu einem Flickenteppich unterschiedlichster Angebote, und schlimmstenfalls zu einer kompletten Abwesenheit derartiger Modellvorhaben. Ich muss also konstatieren, dass das gesamte Reformprogramm in diesem Bereich weitgehend versandet ist und dass sich außer in wenigen Vorzeigeregionen kaum noch etwas bewegt.

Damit geht die Schere zwischen den menschenrechtlichen Vorhaben der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesverfassungsgerichts und den realen Umsetzungsmöglichkeiten im klinischen Alltag immer weiter auf; zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, aber auch all jenen, die in Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten und sich dem Wohl ihrer Patientinnen und Patienten verschrieben haben.

Gegen diesen unhaltbaren Zustand erscheint es unabdingbar, die Psychiatriereform, die seit den siebziger Jahren weitgehend stecken geblieben ist, wieder in Gang zu bringen. Dazu gehört die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Psychiatriepersonalverordnung. Dazu gehört auch die flächendeckende Umsetzung von Modellprojekten mit Kontrahierungszwang für Krankenkassen, wenn ihre Mehrheit einem Modellprojekt zugestimmt hat. Damit kann eine einzelne Kasse ein solches Modellprojekt nicht mehr verhindern und damit zu dem oben genannten

Flickenteppich unterschiedlichster Angebote oder zur völligen Abwesenheit jeglicher Modellprojekte beitragen.

Dazu gehört auch die flächendeckende Einstellung von EX-INlern und ihre Aufnahme in die Psychiatriepersonalverordnung oder einer Nachfolgeregelung. Dazu gehört schließlich auch die dringend notwendige gesellschaftliche Diskussion über die Frage der ersetzenden versus unterstützenden Entscheidungsfindung sowie die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. Entscheidend hierfür, wie für alle oben genannten Punkte, ist die triologische Beteiligung von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen an dieser Diskussion. Unsere Klinik hat einen triologischen Beirat eingerichtet, der alle wesentlichen Strukturentscheidungen und therapeutischen Planungen der Klinik begleitet.

Im Dialog, den das Bundesministerium für Gesundheit derzeit bezüglich des neuen Entgeltsystems führt, fehlen Vertreter der Angehörigen und Betroffenen. Eine solche Beteiligung ist aber unabdingbar, wenn die menschenrechtlichen Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention tatsächlich im klinischen Alltag und bei den grundlegenden ökonomischen und rechtlichen Entscheidungen eine Rolle spielen sollen und müssen. Die Frage der Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist also immer eine strukturelle. Dazu gehören stationersetzende Angebote in der Gemeinde, mit hinreichendem Personal ausgestattete Kriseninterventionsmöglichkeiten und die Beteiligung von Angehörigen und Betroffenen auf allen Ebenen der Entscheidungsfindung.

Gesetzliche Personalvorgaben zu unterschreiten ist ähnlich fatal wie es der Versuch wäre, die Hygienevorschriften im Bereich der Operationssäle aufzuheben und dem freien Spiel der Kräfte beziehungsweise der Marktwirtschaft oder einem »lernenden System« anzuvertrauen: Niemand käme auf die Idee, eine sachgerechte Sterilisation der Operationsinstrumente durch Keimabtötung im Dampfkochtopf zu ersetzen. Genauso wenig ist es akzeptabel, wenn sich die in den Kliniken vorzuhaltende Zahl des Personals – und damit der wesentliche Qualitätsindikator psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung – dem freien Spiel der Kräfte überlassen wird. Intensive und flexible Einzelkontakte, die gerade schwer kranke Menschen benötigen, können nicht durch schablonenhaft ablaufende Behandlungsprogramme ersetzt werden, die mit immer weniger Personal und immer mehr Routine ablaufen.

Selbstverständlich kommt es nicht nur auf die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, sondern ganz wesentlich darauf, was diese tun – die Sta-

tionstüren öffnen, mit den Patientinnen und Patienten intensiv sprechen, sich an deren Wünschen orientieren, flexible Behandlungsprogramme gestalten, Hausbesuche machen und die Wiederaufnahme der Arbeit betreuen, im Bezirk eine Wohnung finden und diese sichern etc. Personal ist also nicht alles, aber ohne Personal ist alles nichts – die monetäre Ausrichtung der Entgelt-Entwicklungen in Psychiatrie und Psychotherapie ist falsch und für die Betroffenen, ihre Angehörigen und all die Menschen schädlich, die eine sinnvolle Arbeit leisten wollen.

P. S.: Mittlerweile hat der allgemeine Protest zur Überarbeitung der BMG-Vorschläge geführt. Es bleibt zu hoffen, dass das die Situation verbessert.

Literatur

- BOCK, T.; HEINZ, A. (2016): Psychosen – Ringen um Selbstverständlichkeit. Psychiatrie Verlag.
- LANG, U. E.; HARTMANN, S.; SCHULZ-HARTMANN, S.; GUDLOWSKI, Y.; RICKEN, R.; MUNK, I. et al. (2010): Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *The European Journal of Psychiatry*; 24: 199–204.
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- Zentrale Kommission zur Wahrnehmung ethischer Grundsätze bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2016): Stellungnahme zur Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Online verfügbar unter www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellEntscheidung2016.pdf.

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Jurand Daszkowski

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Der Auftrag des GBA ist es, die Richtlinien innerhalb des gesundheitspolitischen Rahmens zu beschließen, die den Charakter untergesetzlicher Normen haben. Insbesondere bestimmt der GBA auch, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von den gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen (GKV) erstattet werden.

Im GBA sind auch über 100 Patientenvertreter ehrenamtlich beteiligt. Sie werden von den vier folgenden Organisationen zur Mitwirkung im GBA benannt:

- Deutsche Behindertenrat (DBR)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Die Hälfte der Patientenvertreter müssen Selbstbetroffene oder Angehörige von Betroffenen sein. Die anderen Patientenvertreter können professionell in der Patientenberatung Tätige oder auch nicht selten pensionierte Ärzte sein.

Die Patientenvertreter – im Gegensatz zu anderen Bänken – haben Beratungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht, was umstritten ist. Es wird teilweise argumentiert, dass die Patientenvertreter durch Stimmrecht überfordert wären und möglicherweise zwischen den Interessen der Krankenkassen (Kostenträger) und Vertreter der Ärzte und Krankenhäusern als Leistungserbringer zerrieben werden. Patientenvertreter werden von der Stabstelle Patientenbeteiligung des GBA, die fachlich unabhängig ist, juristisch und methodisch unterstützt.

In dem neu gegründeten Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIK) – mit der GBA-Stiftung als Träger – gibt es in wesentlichen Gremien wie Vorstand und Beirat keine Patientenvertreter, was unter anderem auch vom Geschäftsführer der BAG-Selbsthilfe, Dr. Martin Danner, scharf kritisiert wurde.

Ich bin seit 2011 in der Arbeitsgruppe Psychische Erkrankungen und seit einem Jahr in der Arbeitsgruppe Personalaustattung in Psychiatrie und

Psychosomatik (PPP) im Unterausschuss Qualitätssicherung als Patientenvertreter tätig.

Den Umgang in den Arbeitsgruppen miteinander finde ich grundsätzlich gut und ich habe den Eindruck, dass unsere Stimmen als Patientenvertreter gehört werden, auch wenn sie nicht immer berücksichtigt werden. Aus den anderen Arbeitsgruppen hörte ich aber auch eher negative Meinungen dazu. Ich habe solche negativen Erfahrungen aber nicht gemacht. Ich habe zwar auch mitbekommen, dass die Patientenvertreter, die Sprecher einzelner Unterausschüsse bzw. ihre Stellvertreter miteinander streiten, aber ich als themenbezogener Patientenvertreter versuche meine Aufgaben soweit wie möglich zu erfüllen und nehme an den Streitigkeiten nicht teil, auch weil ich mich mit manchen Vorgängen im GBA nicht ausreichend auskenne.

Ich möchte jetzt meine Tätigkeit in den beiden Arbeitsgruppen, in denen ich Mitglied bin, kurz vorstellen.

Arbeitsgruppe Psychische Erkrankungen

In der Arbeitsgruppe Psychische Erkrankungen wurde nach mehreren Sitzungen und umfassender Beratung der Auftrag an das AQUA-Institut in Göttingen erteilt, die entsprechenden Indikatoren und Instrumente zu entwickeln, um sektorenübergreifend (ambulant und stationär) die Qualität in der Psychiatrie zu messen und zu vergleichen. Der Auftrag wurde begrenzt auf schwer psychisch erkrankte Patienten mit der Diagnose schizophrene Psychosen.

Das AQUA-Institut hat diese Indikatoren in drei Panelsitzungen mit Beteiligung der externen Experten und auch GBA-Patientenvertretern entwickelt und dazu einen Bericht verfasst. Zu diesem Bericht haben die Patientenvertreter dieser Arbeitsgruppe eine kritische Stellungnahme geschrieben.

Ich finde es immerhin positiv, dass mehrere vom AQUA vorgeschlagene Indikatoren die sogenannten restriktiven Maßnahmen (Zwangsmaßnahmen) in psychiatrischen Krankenhäusern abbilden und dadurch die Häufigkeit dieser Maßnahmen und der Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten genauer bewertet und verglichen werden kann.

Als negativ empfinde ich die Tatsache, dass bei diesem ersten Schritt zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung keine Patienten- und Angehörigenbefragung vorgesehen war.

Bald ist die Abnahme des AQUA-Berichtes durch den GBA vorgesehen und dann wird voraussichtlich auch die zurzeit pausierende Arbeitsgruppe Psychische Erkrankungen wieder aktiv.

Übrigens: das AQUA-Institut wird bis zum Jahresende alle Aufgaben, die mit GBA-Aufträgen verbunden sind, an das neugegründete IQTIK-Institut übergeben, das ab 2016 für GBA-Aufträge zuständig sein wird.

Arbeitsgruppe Personalausstattung

Die Arbeitsgruppe Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP) wurde einberufen, um im Rahmen der Strukturqualität die Mindestanforderungen bzw. verbindliche Empfehlungen was Zahl und Qualifikation des therapeutischen Personal betrifft, nach Auslaufen der PsychPV und Einführung des neuen Entgeltsystems festzulegen.

Die Arbeitsgruppe hat mehrere Experten aus Deutschland zu diesem Thema eingeladen und auch einige namhafte Experten aus dem Ausland kontaktiert, um danach festzustellen, dass keine evidenzbasierten Daten vorliegen, die Zusammenhänge zwischen Zahl und Qualifikation des therapeutischen Personals und der Qualität der Behandlung in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen belegen könnten.

Die Fachberatung Medizin des GBA hat im Auftrag der Arbeitsgruppe auch eine Literaturrecherche in dem Bereich durchgeführt, die aber auch keine relevanten Ergebnisse gebracht hat.

Die Arbeitsgruppe PPP vertritt deshalb in ihrem Fazit zu den Ergebnissen der Literaturrecherche und Expertenbefragungen die Meinung, dass die Erarbeitung der Standards, die Personalbesetzung und Qualifikation betreffen, nur normativ erfolgen kann und der Bewertung auf der empirischen Grundlage bedarf.

Die Arbeitsgruppe PPP beabsichtigt deshalb, von dem nächsthöheren GBA-Gremium, dem Unterausschuss Qualitätssicherung, beauftragt zu werden, um eine empirische Studie zur Erfassung des Ist-Zustandes der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik in Auftrag zu geben und ein formales Konsensverfahren mit Expertinnen und Experten zur Erarbeitung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik einzuleiten (ähnlich wie Empfehlungen bei wissenschaftlichen Leitlinien).

Der Hintergrund des Auftrages ist die angestrebte Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie (PEPP), verbunden mit dem Auslaufen der bisher geltenden Psychiatriepersonalverordnung. Weil dieses neue Entgeltsystem die Zahl und Qualifikation des Personals und auch seine tarifliche Vergütung mit entsprechenden Erhöhungen nicht abbilden kann, erscheint es als notwendig und sinnvoll, die verbindlichen Mindestanforderungen bzw.

Empfehlungen bezüglich der Personalausstattung normativ festzulegen, um eine leitliniengerechte und auch patientenzentrierte Behandlung in psychiatrischen Kliniken zu ermöglichen.

Die Wichtigkeit dieses Vorhabens mit Strukturqualität als Schwerpunkt wurde auch von dem unparteiischen Vorsitzenden des GBA, Prof. Josef Hecken, eindeutig in einem Gespräch mit der DGPPN-Präsidentin Dr. med Iris Hauth über die Stärkung der Versorgung bei psychischen Erkrankungen bestätigt (Die Präsidentin der DGPPN ... 2015).

Aktuell besteht aber die Hoffnung, dass das PEPP-System vor dem Aus steht und stattdessen möglicherweise ein budgetbasiertes Entgeltsystem eingeführt wird, das auch sektorenübergreifende Behandlung und alternative Modellvorhaben nach § 64b SGBV, wie z. B regionales Budget ermöglicht (HINRICHS 2015 a).

Die Patientenvertreter in der Arbeitsgruppe PPP setzen sich jedenfalls unabhängig von dem künftigen System für verbindliche Mindestanforderungen, bundesweit einheitliche Personalstrukturen und auch dafür ein, dass die verbindlichen Überprüfungen der Personalausstattung alle psychiatrischen Kliniken und Abteilungen und nicht nur ausgewählte Bereiche umfassen sollen.

Fazit

Ich bin der Meinung, dass die ehrenamtliche Arbeit der Patientenvertreter im GBA sehr sinnvoll und notwendig ist. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn noch einige Psychiatrie-Erfarene bereit wären, diese Tätigkeit in Zukunft, außer in den von mir erwähnten Arbeitsgruppen, beispielsweise noch im Unterausschuss Psychotherapie übernehmen würden.

Obwohl die Patientenvertreter im GBA kein Stimmrecht haben, können sie durch ihre Statements und Anträge zumindest punktuell Bündnispartner bei einzelnen Bänken finden und auch bis zu einer gewissen Grenze die GBA-Entscheidungen beeinflussen.

Die Patientenvertreter werden von der Stabsstelle Patientenbeteiligung auch angemessen unterstützt und erhalten für ihre Tätigkeiten vom GBA Reisekostenerstattung nach dem Bundesreisekostengesetz, pauschales Sitzungsgeld als Aufwandsentschädigung, Verdienstausschlag bei Berufstätigkeit und auch die Möglichkeit, an internen und teilweise auch externen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen kostenlos teilzunehmen.

Gleichzeitig benötigt wird für die Arbeit als Patientenvertreter im GBA

eine gewisse Sachkunde, Fähigkeit zu verhandeln und Kompromisse einzugehen, körperliche und psychische Stabilität und ein langer Atem.

Der GBA ist durch seine Struktur so ausgerichtet, dass es sehr lange dauern kann, bis relevante Entscheidungen getroffen werden.

Obwohl man meistens mit kurzfristigen Erfolgserlebnissen nicht rechnen kann, sollen sich Patientenvertreter dadurch nicht entmutigen lassen, sondern weiterhin mit viel Geduld und Beharrlichkeit versuchen, so viel wie möglich für betroffene Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Literatur

Die Präsidentin der DGPPN Dr. Iris Hauth im Gespräch mit Prof. Josef Hecken, dem unparteiischen Vorsitzenden des gemeinsamen Bundesausschusses (2105): »Psychische Erkrankungen: Versorgung stärken«. In: Psyche im Fokus (Magazin der DGPPN), 1/2015, S. 16–20.

HINRICHS, A. (2105 a): »PEPP vor dem Aus?« In: Eppendorfer – Zeitschrift für Psychiatrie, 10/2015, S. 1.

HINRICHS, A. (2015 b): »Mit dem Wind« (Kommentar zu PEPP). In: Eppendorfer – Zeitschrift für Psychiatrie, 10/2015, S. 2.

Grundzüge des Rechts auf Selbstbestimmung im Betreuungsrecht

Heinz Kammeier

Entwicklung des Rechts der Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen in Bezug auf ihre Behandlungsangelegenheiten ist nicht mit den wegweisenden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) in den Jahren 2011 und 2013 wie ein Blitz vom Himmel gefallen. Diesen Entscheidungen ging eine längere Entwicklung voraus. Deshalb führe ich zunächst einige Stichworte zum Wachsen und Erstarken des Selbstbestimmungsrechts, insbesondere im Blick auf die Rechte von Patienten, auf.

In der gesellschaftlichen Umbruch- und Aufbruchzeit der 1968er Jahre ging eine starke Gruppe von Frauen unter dem Slogan auf die Straße: »Mein Bauch gehört mir!« und erstritt damit schließlich die 1975 in Kraft getretene Reform des Rechts zum Abbruch einer Schwangerschaft, nach der die schwangere Frau innerhalb einer gewissen Frist selbstbestimmt entscheiden konnte, ob sie ihren Embryo austragen oder entfernen lassen will. Allerdings wurde diese »Fristenlösung« später wieder aufgehoben.

Im Jahr 1978 trat der Jurist Uhlenbruck mit seinem Vorschlag an die Öffentlichkeit, mittels eines Patienten-Testaments, wie er damals noch formulierte, nicht mehr gewollte Behandlungen zu verweigern und Ärzten zu ihrer Fortführung die Zustimmung zu entziehen.

Im Jahr 1981 judizierte das BVerfG (E 58, 208 ff.), auch dem psychisch Kranken sei in gewissen Grenzen die »Freiheit zur Krankheit« zu belassen.

1981 äußerten die Juristen Uhlenbruck und Tröndle sich so: Heute habe der Grundsatz des *voluntas aegroti* (»Der Wille des Kranken«) absoluten Vorrang vor dem – ärztlich definierten – *salus aegroti* (»Das Wohl des Kranken«).

Das BVerfG judizierte 1983 im so genannten »Volkszählungsurteil«: Das allgemeine Persönlichkeitsrecht gewährleistet die Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen. Damit war das »Recht auf informationelle Selbstbestimmung« geboren, das der Entwicklung der Selbstbestimmung auch in anderen Lebens- und Rechtsbereichen einen sehr starken Auftrieb gab.

1992 trat das Betreuungsrecht mit der Orientierung des Betreuerhandelns an den subjektiven Wünschen des Betreuten in Kraft.

1994 entschied der BGH im so genannten Kempten-Fall, dass auch der nur als »mutmaßlich« ermittelte Wille eines Betroffenen, der zu einer autonomen

Entscheidung nicht mehr fähig ist, als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten für das Handeln des Arztes rechtlich bindend sei.

1997 war es die sexuelle Selbstbestimmung der Ehefrau, die durch eine Änderung des § 177 StGB als zu schützendes Rechtsgut anerkannt wurde und die Ehefrau damit der fremdbestimmten Verfügungsgewalt ihres Ehemannes – wenigstens rechtlich betrachtet – entzog.

Am 17. März 2003 entschied ein BGH-Zivilsenat über das Recht zum Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen: Lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen müssen unterbleiben, wenn dies ein einwilligungsunfähiger Patient zuvor – etwa in Form einer Patientenverfügung – als seinen Willen so geäußert hat.

Im Jahr 2004 stellten die Enquete-Kommission des Bundestags »Recht und Ethik der modernen Medizin« und die so genannte »Kutzer-Arbeitsgruppe« des Bundesjustizministeriums ihre Regelungsentwürfe zu einer Patientenverfügung vor.

Zwei BGH-Entscheidungen aus dem Jahr 2005:

- (28. April) Sturz-Fall: Beachtung der Autonomie auch bei sturzgefährdeten Personen, statt Fixierung aus Gründen der Haftungsvermeidung.
- (8. Juni) Pflegeheim-Fall: Eine künstliche Ernährung gegen den Willen des Patienten bzw. des Bewohners aus ethischen Motiven des Personals oder des Trägers ist unzulässig; eine entsprechende Anordnung des Betreuers auf Nicht-Aufnahme oder Einstellung der künstlichen Ernährung auf Grund des »mutmaßlichen Willens« der betroffenen Person ist bindend.

Am 1. Juli 2007 tritt § 1896 Abs. 1 a BGB in Kraft: »Gegen den Willen eines Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.«

Im Jahr 2009 traten zunächst die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) mit ihrer Bindungswirkung für Deutschland und im Herbst das Patientenverfügungsgesetz (§§ 1901 a und 1901 b BGB) in Kraft.

Beide führten zu einer bedeutenden Aufwertung des Selbstbestimmungsrechts, nicht nur somatisch erkrankter, sondern auch behinderter und damit auch psychisch erkrankter Personen. Letztere dürfen rechtlich und versorgungspraktisch nicht anders gestellt werden als andere Kranke. Beide Regelungen sehen keine Bereichs- oder Reichweitenbegrenzung der Selbstbestimmung vor.

Und noch bevor im Jahr 2011 das BVerfG seine erste Entscheidung zur grundsätzlichen Geltung und Beachtung der Selbstbestimmung auch

im Maßregelvollzug traf, befand sich bereits das später ins BGB eingefügte Patientenrechtegesetz (§§ 630 a ff. BGB), das längst geltende Regelungen über Aufklärung, Einwilligung und Selbstbestimmung normativ festschreiben sollte, in der parlamentarischen Bearbeitung.

Grundzüge der Selbstbestimmung im Betreuungsrecht

Als 1992 das Betreuungsrecht an die Stelle des Vormundschaftsrechts trat, sollte es nicht nur die – entwürdigende – Entmündigung ablösen, sondern eine »Assistenz« bei der Bewältigung defizitärer Lebensbewältigungsfähigkeiten schaffen. Auch wenn ein Betreuer als »gesetzlicher Vertreter« vom Staat durch die Entscheidung eines Gerichts bestellt wird, sollte dies – seit 2007 – nicht gegen den Willen einer entscheidungsfähigen volljährigen Person erfolgen dürfen. Insoweit wurde ihre Autonomie gestärkt.

Mit dem so genannten Patientenverfügungsgesetz, der Einfügung der §§ 1901 a und 1901 b ins BGB, wurde das Selbstbestimmungsrecht einer unter Betreuung stehenden Person, aber nicht nur dieser, weiter gestärkt. Die Struktur des Rechts einer Patientenverfügung sieht umfassende antizipierende Regelungsmöglichkeiten im Hinblick auf Untersuchungen, Heilbehandlungen und für ärztliche Eingriffe vor. Rechtlich noch ungeklärt ist eine mögliche Kollision des Ausschlusses einer »Untersuchung« durch eine Patientenverfügung aufgrund des Bundesrechts des BGB mit anderem Bundesrecht nach der Strafprozessordnung (StPO), wichtiger noch bei einer durch landesrechtliches PsychKG angeordneten Untersuchung im Zusammenhang mit der Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus aus Gründen des Selbstschutzes oder des Schutzes der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.

Das Patientenverfügungsgesetz stärkt die Durchsetzung des eigenen Willens mittels der Assistenz-Funktion des Betreuers: Er hat dem Willen des Betroffenen »Ausdruck und Geltung zu verschaffen«. »Hat« heißt, er »muss« den Willen durchsetzen. Er darf keinen eigenen ethischen Vorbehalt geltend machen und die Durchsetzung verweigern oder unterlaufen, wenn er den Willen des Betroffenen aus persönlicher Überzeugung nicht mittragen kann.

Adressat einer Patientenverfügung ist der Betreuer. Jedenfalls in erster Linie. Er hat den in der Verfügung zum Ausdruck gebrachten Willen des Betroffenen festzustellen. Dazu muss er ggf. in Kommunikation mit dem Arzt treten. Ist der in der Verfügung zum Ausdruck kommende »Wille«

nicht exakt ermittelbar, hat er anhand der textlichen Äußerungen die Behandlungs-»Wünsche« festzustellen. Oder ist auch dies nicht möglich, hat er den aufgrund von eigener Kenntnis oder durch Hinweise anderer Personen »mutmaßlichen Willen« zu ermitteln. Danach richtet er seine Entscheidung aus und teilt diese dem Arzt mit. Bei diesem Regelungsmodell kommen sowohl »assistierende« als auch entscheidungs-»ersetzende« Faktoren ins Spiel. Um hier weitere und klarere Handlungs- und Rechtsschutzmöglichkeiten zu bekommen, bedarf es wohl künftig noch eines »Vollzugsrechts«.

Was gilt, wenn jemand ein Schreiben verfasst hat, über dem »Patientenverfügung« steht, es ist aber kein Betreuer bestellt? In diesem Fall ist das Geschriebene vom Arzt als Behandlungswunsch festzustellen und umzusetzen. Ein solcher Behandlungswunsch ist für ihn rechtlich bindend.

Der Extremfall einer offensichtlich notwendigen »zwangsweisen Behandlung«:

- Eine zwangsweise Behandlung ist nur bei einer vorherigen Unterbringung nach § 1906 BGB durch einen Betreuer mit Genehmigung des Gerichts zulässig. Mit anderen Worten, ihr geht eine freiheitsentziehende Maßnahme voraus.
- Zu einer zwangsweisen Behandlung kann es nur kommen, wenn eine »ärztliche Maßnahme« – besser wäre es gewesen, der Gesetzgeber hätte von einer »ärztlichen Indikation« gesprochen – dem »natürlichen Willen« der betreuten Person widerspricht. Im »natürlichen« Willen einer ansonsten nicht mehr einwilligungsfähigen Person findet gleichsam ein »Rest von Autonomie« seine Gestalt und Ausdruckskraft.
- Neben anderem erforderlich ist auch vor der Vornahme einer zwangsweisen Behandlung die Aufklärung durch einen Arzt und der Überzeugungsversuch, durch die Darstellung der Notwendigkeit der Durchführung der ärztlicherseits indizierten Maßnahme doch noch zu einer Einwilligung zu gelangen. Dieses Bemühen ist nach der Rechtsprechung des BGH durch eine »überzeugungsbereite und überzeugungsg geeignete Person« vorzunehmen. Dies muss nicht unbedingt der behandelnde Arzt sein. So kann auch der Betreuer oder eine andere nahe Bezugs- bzw. Vertrauensperson des Betroffenen hierfür infrage kommen.

Nebenbei: Die Feststellung von Einwilligungsunfähigkeit ist von der vorgenommenen Bestellung eines Betreuers zu unterscheiden. Nicht jeder Betreute ist einwilligungsunfähig, und auch nicht immer und nicht in allen Behandlungshinsichten.

Wie sieht es mit dem Recht auf Selbstbestimmung bei einer Unterbringung nach PsychKG bzw. in einer strafrechtlichen Maßregel aus? Es sind mehrere Aspekte bzw. rechtlich relevante Blickrichtungen zu unterscheiden und auseinander zu halten.

Bei diesen beiden Unterbringungsarten geht es primär um die Abwehr von Gefährdungen und Gefahren, vor allem für die öffentliche Sicherheit und Ordnung (beim PsychKG), bzw. aufgrund der staatlichen Schutzpflicht für die Allgemeinheit (Maßregel) vor weiteren Verletzungen und Gefährdungen erheblicher Rechtsgüter Dritter. Von dieser Schutzpflicht zu unterscheiden ist das Behandlungsrecht.

Der Vollzug einer Unterbringung nach PsychKG oder nach einer Maßregelanordnung ist hoheitliches Handeln. Diesen Vollzug normativ zu regeln, dafür ist nach der Aufteilung der Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern das jeweilige Land zuständig. Es geht hierbei vor allem darum, zulässige Eingriffe in Grundrechte der betroffenen Person gesetzlich genau festzulegen.

Es ist richtig, wenn inzwischen zahlreiche Landesgesetzgeber von einer »untergebrachten Person« sprechen anstelle von dem früher üblichen Terminus »Patient«. Dies hat zwei Gründe: Die UN-BRK lässt eine freiheitsentziehende Unterbringung nur zum Schutz Dritter zu, nicht aus Behandlungsgründen. Und zu einem »Patienten« wird jemand erst dann – und nur dann –, wenn er sich auf eine Behandlung einlässt, sonst bleibt er eine untergebrachte Person.

Das Behandlungsrecht ist zunächst vorgängig als Bundesrecht gültig und auch im Vollzug einer nach Landesrecht durchzuführenden Unterbringung zu beachten.

Dann ist danach zu unterscheiden, ob es um die Behandlung der Anlass-Erkrankung geht, also derjenigen Krankheit, die ursächlich dazu beigetragen hat, dass jemand krankheitsbedingt die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährdet oder bereits strafrechtlich relevant Rechtsgüter anderer verletzt hat. Davon abzugrenzen ist die Behandlung einer sonstigen Erkrankung, wie sie jedermann treffen kann, unabhängig von einer Unterbringung.

Bei der hoheitlichen Behandlung der Anlass-Erkrankung überlagern (einige) vollzugsrechtliche Anforderungen, die im Landesrecht zu regeln sind, aus Kompetenzgründen das Bundesrecht.

Zum Problem der »Eingangsuntersuchung« siehe oben.

Zulässigkeit einer zwangsweisen Behandlung ohne vorherige Unterbringung durch den Betreuer?

Bei einer Unterbringung nach PsychKG oder aufgrund einer Maßregelanordnung ist eine zwangsweise Behandlung der sonstigen Erkrankung – und nur hierum kann es bei dieser Frage gehen, denn für die Behandlung der Anlass-Erkrankung ist der Betreuer gar nicht zuständig – nicht zulässig, da nicht der Betreuer die Unterbringung nach § 1906 BGB veranlasst hat, sondern ein Gericht aufgrund anderer Gesetze. Im Betreuungsrecht bedeutet Unterbringung Freiheitsentzug. Ein Freiheitsentzug ist aber nur zulässig, wenn die betroffene Person nicht nur den Willen hat, sondern (noch) über die physische Fähigkeit verfügt, sich von A nach B zu bewegen. Fehlt diese Bewegungsmöglichkeit von vornherein und ist eine dem Wohl dienende stationäre Behandlung indiziert, der aber der natürliche Wille des Betroffenen entgegensteht, ist eine Unterbringung auf der Grundlage von § 1906 BGB mit der Möglichkeit einer Zwangsbehandlung nach § 1906 Abs. 3 BGB rechtlich nicht zulässig. Was kann getan werden? Auf eine Behandlung verzichten oder ambulant zwangsweise behandeln? Diese Problematik hat den BGH beschäftigt. Er hat die Frage nach der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der Koppelung von Zwangsbehandlung an eine vorherige Unterbringung dem BVerfG zur Entscheidung vorgelegt. Man darf auf die Entscheidung gespannt sein.

Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie

Wann wird die Aktion Psychisch Kranke aktiv?

In Gedenken an Klaus Laupichler

Peter Lehmann

Zusammenfassung: In der Psychiatrie-Enquete von 1975 waren psychiatrische Menschenrechtsverletzungen kein Thema. Ungebrochen finden in der Psychiatrie fortwährend Menschenrechtsverletzungen statt, insbesondere psychiatrische Behandlung ohne informierte Zustimmung. Informiert wird auch nicht über Frühwarnsymptome, mit denen sich behandlungsbedingte Erkrankungen ankündigen. Die enorme Vulnerabilität psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die sich in einer um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verminderten Lebenserwartung widerspiegelt, wird bei der Verabreichung potenziell riskanter Psychopharmaka nicht berücksichtigt. Die Betroffenen erhalten keine Hilfe, wenn sie nach ihrer Entscheidung, die Einnahme von Psychopharmaka zu beenden, unter Entzugsproblemen leiden. Neuroleptikabedingte Suizidalität wird ebenso ignoriert wie das Nichtvorhandensein therapeutischer Angebote für Menschen, die durch psychiatrische Zwangsbehandlung traumatisiert sind. Die Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin kann dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden. Es ist dringend nötig, evaluierte humanistische Alternativen für Menschen in psychosozialen Notlagen einzuführen. Die in der UN-Behindertenrechtskonvention enthaltene Forderung nach Gleichheit psychiatrischer Patientinnen und Patienten vor dem Recht beinhaltet auch die Forderung nach Gleichheit von Psychiatern vor dem Recht, insbesondere dem Strafrecht. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. ist aufgefordert, sich gemäß § 230 Absatz 1 StGB für die Strafverfolgung wegen der systematischen und ohne informierte Zustimmung begangenen psychiatrischen Körperverletzungen einzusetzen.

Menschenrechtsverständnis in der Psychiatrie-Enquete

Viele verbinden mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 die Beendigung der inhumanen Zustände in der Psychiatrie und die Gewährung von Menschenrechten auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (»psychisch

Kranke«). Unter der Überschrift »Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken« wurde seinerzeit gefordert:

»Dem psychisch Kranken muss prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.« (Deutscher Bundestag 1975, S. 205)

Allerdings ging es nicht um Menschenrechte auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, insbesondere das Recht auf körperliche Unversehrtheit und den Schutz der Menschenwürde. Die Formulierung bezog sich vielmehr auf Fragen des Leistungs- und Versicherungsrechts, des Kassenarztrechts, des Arbeitsrechts, der Verantwortung von in der Versorgung Tätigen, der Freiheitsentziehung, der Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts, der Heimunterbringung, der Postkontrolle, der Schuldunfähigkeit bei verwirrten alten Menschen, des Datenschutzes und der Registrierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (ebd., S. 33f.). Dass selbst Sterilisation ohne Einwilligung wieder legalisiert werden sollte, zeigt den Zeitgeist in der Psychiatrie-Enquete:

»Eine gesetzliche Regelung, die auch die Sterilisation solcher geistig behinderter Personen zulässt, die einwilligungsunfähig sind und bei denen der Eingriff in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse angezeigt ist, wäre anzustreben.« (ebd., S. 34)

Festgeschrieben wurde die neurobiologische Grundausrichtung der Psychiatrie:

»Die Sachverständigen-Kommission vertritt daher nachhaltig die Auffassung, dass die psychiatrische Krankenhausversorgung grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin ist. Hierbei sind die besonderen Beziehungen der Psychiatrie zur Neurologie in Rechnung zu stellen. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden.« (ebd., S. 205)

Mit der Aussage, psychisch Kranken müsse prinzipiell auf dem gleichen Wege geholfen werden, war die einseitige medizinische Herangehensweise festgeschrieben, mit der Menschen von ihren psychischen Nöten befreit werden sollten. Dass die baulichen Gegebenheiten, deren Modernisierung als Erfolg der Psychiatrie-Enquete bis heute gepriesen wird, für psychiatrisierte Menschen wichtig ist, versteht sich von selbst; wer möchte schon in Bettensälen mit 50 Leidensgenossen und maroden sanitären Einrichtungen dahinvegetieren? Niels Pörksen, bekannt durch eine langjährige Vorstandsarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) und der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK), brachte das Verständnis von Menschenwürde in der Psychiatrie-Enquete auf den Punkt:

»Vieles, was in der Psychiatrie-Enquete noch als menschenunwürdige Zustände bezeichnet wurde, änderte sich nach und nach. Bauprogramme und Renovierungsprogramme sorgten dafür, dass betonierte Krankenabteilungen im Krankenhausstil auf dem noch freien Parkgelände gebaut wurden und alte Bausubstanz erneuert wurde.« (PÖRKSEN 1983)

Zu der Zeit, als die Psychiatrie-Enquete erstellt wurde, war auch die Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK) aktiv, die sich – gefördert unter anderem durch den Literaturnobelpreisträger Heinrich Böll – um Ausreißer aus Erziehungsheimen, um Obdachlose und Psychiatriebetroffene kümmerte (GOTHE und KIPPE 1970; STÖCKLE 2005, S. 152–155). In einer Rede vor dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbands Rheinland in Köln rief Lothar Gothe, einer der Gründer des SSK, die psychiatrischen Menschenrechtsverletzungen in Erinnerung. In der Psychiatrie-Enquete, an deren Erstellung keine kritischen Organisationen und keine Psychiatriebetroffenen beteiligt waren (LEHMANN 2001), waren Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie verständlicherweise kein Thema. Gothe rekapitulierte:

»Unser Hauptvorwurf war und ist, dass die universellen Menschenrechte der Insassen auch mehr als 30 Jahre nach dem 2. Weltkrieg ständig, massiv und systematisch verletzt wurden. (...) Der Skandal ist, dass Menschen wie Vieh gehalten werden können, mit Dämpfungsmitteln vollgestopft. Wer bei diesem Drogenmissbrauch stirbt, wird sang- und klanglos unter die Erde gebracht.« (GOTHE 2011)

Psychiatrische Menschenrechtsverletzungen heute

Die Verhältnisse in der heutigen Psychiatrie sind das Ergebnis zurückliegender fortwährender Reformen. Menschenrechtsverletzungen werden gerne als Missstände vergangener Zeiten abgetan. Doch damit sind sie nicht aus der Welt geschafft. Wie die folgenden Kapitel zeigen werden, werden die Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen akut und systematisch verletzt.

Behandlung ohne informierte Zustimmung

Untersuchungen jüngerer Datums, die von unabhängigen Betroffenen mitorganisiert wurden, wie zum Beispiel die europäische Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen«, kamen zum Ergebnis, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen Menschenrechte strukturell vorenthalten werden. In dieser multinationalen Studie im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001–2006« (siehe Abb. 1) der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung und Soziales, fragten Verbände von psychiatrisch Tätigen, Psychiatriebetroffenen und Angehörigen aus England, Wales, Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit einem belgischen Forschungsinstitut nach Erfahrungen im Gesundheitssystem. Ergebnis war: Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich und in der Psychiatrie systematisch diskriminiert. Psychiatrische Behandlung findet ohne informierte Zustimmung statt, krankhafte Psychopharmakawirkungen werden zum Symptom der diagnostizierten psychischen Krankheit umdefiniert, Beschwerdeaktionen pathologisiert (siehe Abb. 2).



Abb. 1 Poster der europäischen Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« (AKTIONSPROGRAMM 2005 a, Vorderseite).

Die wesentlichen

Erkenntnisse über Diskriminierung und Schikane im Gesundheitsbereich

Überall in Europa diskriminiert man Menschen, die unter psychiatrischen Problemen leiden bzw. die man als psychisch krank oder psychisch behindert bezeichnet. Das heißt, sie werden schlechter behandelt als Menschen mit medizinischen Diagnosen:

- Physische Erkrankungen werden nicht ernst genommen, sondern als psychische Symptome heruntergespielt.
- Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken.
- Beschwerden werden als Zeichen einer psychischen Erkrankung abgetan.
- Das Recht auf Einsicht in die eigenen Behandlungsunterlagen wird verwehrt.
- Lehnen Patientinnen und Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung.

Aus diesem Grund führten Mental Health Europe, seine Partnerorganisationen und die beteiligten Experten ein europäisches Projekt durch, mit dem auf die Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitsbereich aufmerksam gemacht und Strategien zu deren Bekämpfung entwickelt werden sollen.

Weitere Informationen erhalten Sie von Mental Health Europe, Boulevard Clovis 7, B-1000 Brüssel,
eMail: info@mhe-sme.org
Internet: www.mhe-sme.org

Informationen über das Programm der Europäischen Kommission zu Gleichberechtigung und Antidiskriminierung (z.B. den Jahresbericht 2003 mit allen Grundlageninformationen) erhalten Sie kostenfrei bei: Europäische Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Referat D4, B-1049 Brüssel, oder im Internet unter: www.stop-discrimination.info

Abb. 2 Poster der europäischen Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« (ebd., Rückseite)

Eine Aufklärung, die ihren Namen verdienen würde, findet zu Beginn der Behandlung nicht statt, nicht in deren Verlauf und nicht beim Übergang zur Langzeitbehandlung (LINDEN 1980). Aus dem Wissen über Verstoß gegen Recht und Ethik folgen jedoch keine Konsequenzen.

2012 wurde beispielsweise Hanfried Helmchen, ehemaliger DGNP-Vorsitzender, vom späteren DGPPN-Präsidenten Frank Schneider *in Anerkennung seiner Expertise, seiner Erfahrung und seines Engagements* in den DGPPN-Beirat berufen (DGPPN 2012). Welches Engagement Helmchen seinen Kollegen in Sachen Aufklärung vorschlug, erläuterte er 1981 am Beispiel der Warnung vor den gefürchteten tardiven Dyskinesien in dem Buch »Psychiatrie und Rechtsstaat«. Über das Risiko einer tardiven Dyskinesie (oft bleibenden oder erst beim oder nach dem Absetzen auftretenden, nicht behandelbaren und mit einer Verkürzung der Lebenszeit einhergehenden veitstanzartigen Muskelstörung) meint er, spätestens zum Zeitpunkt ihrer beginnenden Sichtbarwerdung informieren zu müssen, oder aber drei Monate oder ein Jahr nach Beginn der Behandlung, denn:

»Vermutlich wäre die Ablehnungsrate sehr hoch, wenn alle akut schizophrenen Patienten über dieses Nebenwirkungsrisiko vor Beginn einer notwendigen neuroleptischen Behandlung informiert würden.« (HELMCHEN 1985, S. 83)

Aus dem Verständnis der Unheilbarkeit von Schizophrenie und dem Übereinkommen über die Notwendigkeit der Dauerverabreichung von Neuroleptika ergibt sich, dass auch nach Abklingen akuter Verrücktheitszustände meist nicht aufgeklärt wird.

Exkurs: Zur Strafbarkeit der Behandlung ohne informierte Zustimmung

Der Eindruck drängt sich nicht unbedingt auf, dass es Psychiatern ein starkes Anliegen ist, die Menschenwürde ihrer Patientinnen und Patienten zu schützen und ihnen das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu gewähren (LEHMANN 2015 a). Dabei ist jeder ärztliche Heileingriff tatbestandlich eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB; 823 I BGB, das heißt ein Straftatbestand. § 223, Absatz 1 StGB (Körperverletzung) besagt:

»Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.«

Nur die wohlinformierte Zustimmung einer Patientin bzw. eines Patienten befreit den Arzt vom strafrechtlichen Vorwurf der Körperverletzung. Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung gilt ein Eingriff ohne Einwilligung auf-

grund unzureichender Aufklärung auch dann als rechtswidrig, wenn die Behandlung an sich als sachgerecht gilt (BGH 2007). § 823 I BGB regelt die daraus resultierende Schadenersatzpflicht:

»Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.«

In der Praxis haben Psychiatriebetroffene nahezu keine Chance, ihr Recht auf Schadenersatz und Schmerzensgeld durchzusetzen (LEHMANN 2012 a, S. 17).

Laut »S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie« der DGPPN soll über die Risiken von Psychopharmaka, über die Bedeutung auftretender Symptome und über erforderliche Kontrolluntersuchungen aufgeklärt werden:

»Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. (...) Patient, Angehöriger und Betreuer sollten nicht nur über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Zeichen (Symptome) hierfür informiert und bezüglich der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden. (...) Patienten, Angehörige und Betreuer sollten über die erforderlichen Kontrolluntersuchungen ausreichend informiert werden. Insbesondere sollte über das Risiko von Diabetes, Gewichtszunahme und Fettstoffwechselstörungen explizit aufgeklärt werden und die klinischen Zeichen einer Hyperglykämie (erhöhter Blutzuckerspiegel) wie Müdigkeit, Durst und Polyurie (krankhaft erhöhte Urinausscheidung) erläutert werden.« (DGPPN 2006, S. 189, 203 und 205)

Bei der Fachtagung »Das Recht auf Sexualität« des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. im November 2014 in Wittlich befragte der Autor dieses Artikels am Ende seines Vortrags die Anwesenden, wer über die Bedeutung einer psychopharmakabedingten Prolaktinerhöhung, damit einhergehenden Sexualstörungen und Risiken einer Tumorbildung in den Brustdrüsen sowie über die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen hingewiesen wurde. Keiner der anwesenden Patientinnen und Patienten meldete sich. Einzig der Chefarzt Michael Lammertink der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Verbundkrankenhauses Bernkastel/Wittlich ergriff das Wort: für eine Risikoaufklärung sei keine Zeit vorhanden, das tue ihm leid. (LEHMANN 2015 b, S. 29)

Wenn notwendige Kontrolluntersuchungen aus Zeitmangel nicht erläutert werden, kann man annehmen, dass sie auch nicht durchgeführt werden.

Psychiatrische Behandlung und drastisch erhöhte Sterblichkeit

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung haben eine um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung (ÖSBY et al. 2000; COLTON und MANDERSCHIED 2006; ADERHOLD 2008, 2010 und 2013; WEINMANN et al. 2009). Die Sterblichkeit von Psychiatriepatientinnen und -patienten steigt seit drei Jahrzehnten in alarmierender Weise kontinuierlich linear an (SAHA et al. 2007, S. 1126). Die Firma Janssen Pharmaceuticals, Hersteller unter anderem von Haloperidol (Haldol®), Paliperidon (Invega®) und Risperidon (Risperdal®), schrieb 2012:

»Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung. Herz- und Atemwegserkrankungen, Diabetes und Infektionen (...) sind die häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.« (Janssen Pharmaceuticals 2012)

Für manche ist die toxische Wirkung der Psychopharmaka Ursache für diese Katastrophe (die in der Diskussion der Mainstreampsychiatrie allerdings keinerlei Rolle spielt), für manche sind es die prekären Lebensverhältnisse, unter denen die meist arbeitslos gewordenen Psychiatriebetroffenen ihr Leben fristen müssen.

Joe Parks, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors, wies schon Jahre vor der Firma Janssen Pharmaceuticals auf die große Zahl früh sterbender Patientinnen und Patienten »mit schwerer psychischer Erkrankung« hin. Als solche gelten Menschen mit Diagnosen wie »Schizophrenie«, »bipolare Störung«, »schwere Depression« und »Persönlichkeitsstörung«.

Er warnte:

»Es ist seit Jahren bekannt, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung. Allerdings zeigen jüngste Ergebnisse, dass sich die Rate für Anfälligkeiten (Krankheit) und Sterblichkeit (Tod) in diesem Personenkreis beschleunigt hat. Tatsächlich sterben Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung nunmehr 25 Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.« (PARKS 2006)

Gemeinsam mit seinen Kolleginnen und Kollegen wies er auf den Zusammenhang des um mindestens 25 Jahre früher eintretenden Todes mit den sogenannten atypischen Neuroleptika hin:

»Allerdings sind mit zunehmender Zeit und Erfahrung die antipsychotischen Medikamente der zweiten Generation stärker mit Gewichtszunahme, Diabetes, Dyslipidemie (*Fettstoffwechselstörung*), Insulinresistenz und dem metabolischen Syndrom in Verbindung gebracht worden, die Überlegenheit des klinischen Ansprechverhaltens (außer für Clozapin) wurde bezweifelt. Andere psychotrope Medikationen, die ebenfalls mit Gewichtszunahme verbunden sind, können ebenso Anlass zur Sorge geben.« (PARKS et al. 2006, S. 6)

Würde man – wie die Mehrzahl der Mainstreampsychiater – alleine den angeschlagenen Gesundheitszustand als ursächlich für ihren massenhaften frühen Tod ansehen, stellte sich nicht nur die Frage, ob es noch irgendeine Rechtfertigung gibt, dieser vulnerablen Patientengruppe riskante und potenziell toxische Wirkstoffe zu verabreichen – oft gar unter Nötigung, Drohung und Gewaltanwendung. Unter Einbeziehung der potenziell toxischen Effekte psychiatrischer Psychopharmaka wird diese Frage noch drängender – mit Blick auf überfällige straf- und zivilrechtliche Konsequenzen, insbesondere im Hinblick auf den nicht allzu lange zurückliegenden psychiatrischen Massenmord im rechtsfreien Raum, der deutschen Psychiatern während der Zeit des Hitlerfaschismus gewährt worden war (PAPE 1980). Auch die DGPPN sieht die Psychiatrie in einer besonderen Pflicht, wie sie in ihrer »ethischen Stellungnahme« 2014 betonte:

»Die Selbstbestimmung von Patienten hat im 20. Jahrhundert im Zuge allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen mit Stärkung der persönlichen Freiheitsrechte und eines gewachsenen Patientenselbstbewusstseins sowie in Reaktion auf gravierendes ärztliches Fehlverhalten in der medizinischen Forschung in der modernen Medizin einen hohen ethischen und rechtlichen Stellenwert erlangt. In Deutschland spielten bei dieser historischen Entwicklung nicht zuletzt die schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus eine entscheidende Rolle, an denen auch viele Psychiater beteiligt waren. Der hohe Stellenwert der Patientenselbstbestimmung hat für den Arzt und alle anderen an der Behandlung von Patienten beteiligten Professionen ethische, rechtliche und berufspraktische Konsequenzen.« (DGPPN 2014)

Psychiatrische Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, vermögen eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und seelischer Leiden hervorzu-

rufen. Zu nennen sind Gewichtszunahme und Fettleibigkeit, chronischer Diabetes, erhöhter Cholesterinspiegel, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, Metabolisches Syndrom, Schlaganfall, Herzinfarkt, irreversible Muskel- und Bewegungsstörungen, erhöhter Prolaktinspiegel, Tumore in den Brustdrüsen, Leberschäden, Verletzungen des Sehnervs, Grauer Star, Karies, Defizitsyndrom, Verminderung der Grauen Substanz der Hirnrinde und der Intelligenzwerte, Suizidalität, Delire, Chronifizierung von Psychosen und Depressionen. Viele Frühwarnzeichen sich entwickelnder chronischer oder zum Tode führender psychopharmakabedingter Erkrankungen sind bekannt (LEHMANN 2014 a). Der dänische Internist Peter Gøtzsche schätzt,

»dass 200.000 der 20 Millionen mit Zyprexa behandelten Patienten an den unerwünschten Wirkungen des Medikaments gestorben sind. Besonders traurig daran ist, dass viele dieser Patienten nie mit Zyprexa hätten behandelt werden müssen. Da Zyprexa nicht das einzige Medikament ist, muss die Zahl der Opfer noch höher sein.« (GÖTZSCHE 2015, S. 351)

Ähnliche Zahlen hatte 1992 der englische Psychologe David Hill von MIND geliefert, der britischen Variante der DGSP. Hill bezog sich nicht auf ein spezielles Neuroleptikum, sondern eine einzelne unerwünschte Wirkung: das Maligne Neuroleptische Syndrom (MNS), ein lebensbedrohlicher Komplex bestehend aus Bewusstseinseintrübung, Muskelsteifheit und starker Körpertemperaturerhöhung. Ausgehend von einer Gesamtzahl von 500 Millionen Neuroleptikabehandelten weltweit bis zum Jahre 1992 schrieb er im Clinical Psychology Forum:

»Schätzungen gehen bei Neuroleptikaempfängern von einem MNS-Vorkommen zwischen 0,2 % und 1,4 % aus. Zwischen 19 % und 30 % sterben innerhalb weniger Tage. Die zurückhaltendsten Schätzungen (0,2 % und 19 %) kommen bis heute auf grob eine Million MNS-Fälle, von denen ungefähr 190.000 tödlich endeten.« (HILL 1992, S. 35)

Angeichts des Ausmaßes der Risiken wäre es für Psychiatriebetroffene von existenzieller Wichtigkeit, die Frühwarnzeichen dieser iatrogenen Erkrankungen und notwendige Kontrolluntersuchungen zu kennen. Kennen sollten sie zudem – wie auch ihre Angehörigen und Psychiater – das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 24. Februar 2015: Eine Mutter hatte auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens geklagt, nachdem ihr Sohn aufgrund unterbliebener Kontrolluntersuchung der Herzfähigkeit von Seiten des Psychiaters und trotz bekannter Herzstörungen unter einer hohen Dosis des Neuroleptikums Amisulprid an Herzversagen gestorben war; der BGH

urteilte, dass das Absehen von einer aus medizinischen Sicht gebotenen Befunderhebung einen groben ärztlichen Fehler darstellt (BGH 2015).

Psychiater kennen die Frühwarnzeichen. 2002 traf sich ein Team um Stephen Marder vom Neuropsychiatrischen Institut und Hospital der University of California in Los Angeles, um die vorhandene Literatur zu Gesundheitsproblemen von Menschen mit Schizophrenie-Diagnosen auszuwerten und einen Konsens zu entwickeln, wie deren Gesundheitszustand zu überwachen ist, wenn man ihnen fortwährend Neuroleptika verabreicht. Sie schrieben zwei Jahre später:

»Menschen mit Schizophrenie haben eine um 20 % kürzere Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung und eine größere Anfälligkeit für mehrere Krankheiten einschließlich Diabetes, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck und Emphysema (*übermäßiges oder ungewöhnliches Vorkommen von Luft in Körpergewebe und -organen*). Eine Reihe von Erklärungen für diese Anfälligkeiten weisen auf die Lebensgewohnheiten von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, die oft mit schlechter Ernährung, Fettleibigkeit, viel Rauchen und dem Konsum von Alkohol und Drogen verbunden ist. Wie in diesem Artikel später beschrieben, sind antipsychotische Medikamente in Verbindung gebracht worden mit Gewichtszunahme, dem Entstehen von Diabetes, steigenden Plasmalipidspiegeln (*Blutfettspiegel*) und unregelmäßigen Elektrokardiogrammbefunden. Zusätzlich zu ihrem bei Schizophrenie üblichen Potenzial, körperliche Probleme zu verschlimmern, sind Antipsychotika in Verbindung gebracht worden mit anderen Nebenwirkungen, die die Gesundheit angreifen, einschließlich Prolaktinerhöhung, der Ausbildung eines Katarakts (*Grauer Star, Trübung der Augenlinse*), Bewegungs- und Sexualstörungen. Wegen der gestiegenen Gesundheitsrisiken, die mit Schizophrenie und der zu ihrer Behandlung verwendeten Medikamente verbunden sind, ist die Überwachung der körperlichen Gesundheit als Mittel der Gesundheitsförderung bei dieser Patientengruppe besonders wichtig. (...) Wenn Hyperprolaktinämie während der Behandlung auftritt und mit Menstruations- und Sexualstörungen verbunden ist, sollte man den Wechsel der Medikamente des Patienten zu prolaktinschonenden Wirkstoffen mit geringer Wirkung auf den Prolaktinspiegel in Betracht ziehen, um eine kostenträchtige Abklärung zur Bestimmung der Ursache des erhöhten Prolaktinspiegels zu vermeiden. Psychiater sollten sich bewusst sein, dass selbst eine minimale bis moderate Hyperprolaktinämie der Vorbote eines ernsthaften zugrundeliegenden Problems wie zum Beispiel ein Hypophysentumor sein kann.« (MARDER et al. 2004, S. 1334 und 1342)

Exkurs: Zur Strafbarkeit eventualvorsätzlicher Körperverletzung oder Tötung

Bei Psychiatern mit ihrem Medizinstudium kann man davon ausgehen, dass sie Symptome kennen, die einen sich entwickelnden Krankheitsverlauf anzeigen. Ignorieren sie sich entwickelnde Krankheiten, die infolge der Verabreichung von Psychopharmaka auftreten, und ändern sie nichts an ihrer Behandlung, sind sie – eigentlich – wegen Verstoßes gegen § 223 Absatz 1 StGB (Körperverletzung) zu belangen. Der Paragraph sagt:

»Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.«

Allgemein herrscht unter Juristen Einigkeit, dass für die Strafbarkeit einer Tat Eventualvorsatz ausreicht und das Ausmaß der Verantwortlichkeit gleich zu bewerten ist, egal ob der Schadensverursacher rücksichtslos oder vorsätzlich handelt. Eventualvorsatz liegt nach herrschender Rechtsauffassung vor, wenn der Täter den Taterfolg – in diesem Fall wäre es Körperverletzung durch Psychopharmakaverabreichung mit möglicher Körperschädigung oder gar Todesfolge – als Konsequenz seines Handelns ernsthaft für möglich hält und den Schaden zugleich billigend in Kauf nimmt und sich damit abfindet. Auch für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit genügt der bedingte Vorsatz.

2006 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (»Gesetz zu dem Übereinkommen« 2006). Per Definition gehören Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zum Personenkreis der Behinderten. Die allgemeinen Menschenrechte gelten für alle Menschen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen überall strukturell missachtet werden. So wurde die UN-Behindertenrechtskonvention als zusätzliche Maßnahme verabschiedet, um für Menschen mit Behinderungen die überfällige Gleichheit vor dem Recht herzustellen.

Menschen mit Behinderungen sollen dieselben Rechte zugestanden werden, wie sie auch Menschen ohne Behinderungen gewährt werden. Gleichzeitig verpflichteten sich die Staaten, die die Konvention ratifiziert haben, proaktiv Maßnahmen zu unternehmen, die Gleichheit von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen vor dem Recht herzustellen. Eine Enquete, die die in deutschen psychiatrischen Einrichtungen strukturell verübten Menschenrechtsverletzungen erfasst, steht allerdings noch aus. Sie wäre dringend notwendig. 2011 erkannte das Bundesverfassungsgericht nach einer Verfassungsbeschwerde eines in Baden-Württemberg im Maßregel-

vollzug Untergebrachten mit dem Beschluss zum Verfahren 2 BvR 633/11, dass (auch) in diesem Bundesland jahrzehntelang die Menschenrechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit ohne Rechtsgrundlage verletzt wurden. Im Folgejahr rügte der Bundesgerichtshof mit seinem Beschluss zum Verfahren XII ZB 99/12 die fehlende Rechtsgrundlage für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine Zwangsbehandlung. Beide Urteile zeigen, dass Psychiater und mit ihnen Regierungs- und Verwaltungsabteilungen sowie psychiatrische Einrichtungen und Organisationen Verstöße gegen Menschenrechte psychiatrischer Patientinnen und Patienten als Selbstverständlichkeit hingenommen und noch nicht einmal als Menschenrechtsverstöße wahrgenommen haben.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die aufgrund unerkannt verlaufender gefährlicher Psychopharmakawirkungen, ausbleibender Kontrolluntersuchungen, ausbleibender Aufklärung über Risiken und Alternativen sowie Frühwarnzeichen schwer geschädigt werden oder zu Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Verweigerte Hilfe beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka

Psychiater verabreichen Psychopharmaka, helfen Betroffenen jedoch in der Regel nicht mit Rat und Tat, wenn diese sich entscheiden, die Einnahme der Psychopharmaka zu beenden, beispielsweise, weil sie die mit der Einnahme verbundene Gesundheitsrisiken nicht länger tragen oder ein Kind ohne das Risiko von Fehlbildungen in die Welt setzen wollen. Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health von 2001 bis 2003, schrieb im Vorwort von »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«:

»Lassen wir unsere PatientInnen nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?« (LAHTI 2013, S. 11)

Ähnlich meint heute der Psychiater Asmus Finzen, 1970 Gründungsmitglied der DGSP und von 1971 bis 1975 Mitarbeiter bei der Psychiatrie-Enquete:

»Man mag es für merkwürdig halten, wenn ein Arzt sich über das Absetzen von Psychopharmaka auslässt. Seine Aufgabe ist es doch, Medikamente zu verordnen. Ärzte lernen das. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. (...) Ich will an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wann und

wie lange Psychopharmaka unter welchen Bedingungen notwendig sind oder nicht. Hier geht es darum, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen. Behandelnde Ärzte reagieren darauf immer noch allzu häufig verstockt. Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langfristig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.« (FINZEN 2015, S. 16)

Schon ab Mitte der 1950er Jahre wiesen Mediziner auf die Toleranzbildung beim Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin hin. Diese sei nicht zu vermeiden und trete vorwiegend bei niederpotenten Neuroleptika auf, auch bei relativ niedriger Dosierung. Die neueren Neuroleptika (LEHMANN 2014b) und Antidepressiva (LEHMANN 2016) scheinen mit ihren speziellen Rezeptorenveränderungen das Risiko der körperlichen Abhängigkeit gar noch zu vergrößern. Entzugsprobleme bei Neuroleptika und Antidepressiva würden sich in nichts von Entzugsproblemen bei Alkaloiden (Morphium gehört zu dieser Substanzgruppe) und Schlafmitteln unterscheiden, warnte Mitte der 1960er Jahre Rudolf Degkwitz, späterer DGPN-Präsident. Bei einem unbekannten Teil der chronisch Behandelten sei das Absetzen wegen der unerträglichen Entzugserscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich (LEHMANN 1996, S. 353–456). Doch ohne über Abhängigkeitsrisiken aufzuklären, verordnen Medizinerinnen und Mediziner unentwegt diese Substanzen – ein zivil- und strafrechtlich relevanter Tatbestand. In Einklang mit den Interessen der Pharmaindustrie und unterstützt von psychoedukativen Mitstreiterinnen und Mitstreitern verneinen sie jedoch jegliches Abhängigkeitsrisiko bei Antidepressiva und Neuroleptika und bagatellisieren deren Risiken (LEHMANN 2013).

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die sich entscheiden, ihre Psychopharmaka-Einnahme beenden zu wollen, erhalten weder Informationen über mögliche Entzugssymptome noch über Möglichkeiten, Psychopharmaka risikoarm abzusetzen. Sie ernten für ihre Probleme kein Verständnis, in der Regel auch nicht bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Da es noch keine Diagnose der Abhängigkeit von Neuroleptika oder Abhängigkeit von Antidepressiva – vergleichbar der Abhängigkeit von Benzodiazepinen – gibt, können Medizinerinnen und Mediziner unterstützenden Tätigkeiten beim Absetzen nicht abrechnen (selbst wenn sie es wollten), und es gibt

auch keine Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen. An dieser Situation wird sich vermutlich erst dann etwas ändern, wenn wie in den 1980er Jahren Hersteller und Anwender von Neuroleptika und Antidepressiva zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt werden, da sie nicht vor der Gefahr körperlicher Abhängigkeit von diesen Substanzen gewarnt haben. Sollte diese Situation eintreten, ist allerdings rechtzeitig sicherzustellen, dass die Einschränkung von Antidepressiva und Neuroleptika nicht zu einer verstärkten Verabreichung von Elektroschocks oder den Rückgriff auf die nicht minder barbarischen Insulin- und Kardiazolschocks oder gar Lobotomien führt.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die aufgrund fehlender Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka zu Schaden oder gar Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Tabuisierung der neuroleptikabedingten Suizidalität

Suizid ist mittlerweile eine der häufigsten Todesursachen von Menschen mit der Diagnose »Psychose« oder »Schizophrenie«. Nach Einführung von Neuroleptika zu Beginn der 1950er Jahre stieg die Suizidrate dramatisch – nicht von ungefähr. Der US-amerikanische Psychiater Frank J. Ayd schrieb schon vor 40 Jahren:

»Es besteht nun eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum auftreten können, ebenso wie sie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum vorkommen können. Diese depressiven Veränderungen der Stimmung können zu jeder Zeit während depotneuroleptischer Behandlung auftreten. Einige Kliniker haben Depressionen kurz nach Behandlungsbeginn bemerkt; andere machten diese Beobachtung Monate oder Jahre nach Behandlungsbeginn.« (AYD 1975, S. 497)

Schaut man sich Programme der Suizidprophylaxe und dort aufgelistete Risikofaktoren an, fällt das komplette Fehlen des Risikofaktors »antipsychotische Medikamente« auf. Gleichzeitig stechen die Namen der Sponsoren dieser Programme ins Auge: Janssen-Cilag, Lundbeck, AstraZeneca, Eli Lilly, Pfizer, GlaxoSmithKline und so weiter. Allesamt Herstellerfirmen von Neuroleptika. Deren Vertreter sponsern nicht nur Tagungen und Fortbildungen zum Thema Suizidprophylaxe, sondern sind auch bei deren Planung beteiligt und bieten ihren Referentinnen und Referenten beste Podien zur karrierefördernden Selbstdarstellung und Anpreisung der eigenen Produkte (LEHMANN 2012b).

Es gibt selbstverständlich viele Umstände, die Depressivität und Suizidalität bewirken können, beispielsweise politische, soziale und ökonomische Faktoren. Möglich sind auch körperliche Faktoren: neurologische Erkrankungen wie Parkinson; zerebrovaskuläre Störungen; Tumore; Infektionen wie AIDS oder Hepatitis; endokrinologische Störungen wie Morbus Cushing; Stoffwechselstörungen wie Dehydrierung; Krebs; Alkoholabhängigkeit; genetische Abnormitäten im Serotoninsystem – vielerlei Störungen können Depressionen auslösen (HÄRTER et al. 2007).

An sich führen Psychiater nahezu jedes psychische Problem auf Stoffwechselstörungen zurück. Ein anschauliches Beispiel liefert die Aussage von Brigitte Woggon, Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich:

»Alles, was wir fühlen, ist eben Chemie: seelenvoll in den Sonnenuntergang blicken, Liebe, Anziehung, was auch immer – alles sind biochemische Vorgänge, wir haben ein Labor im Kopf.« (zitiert nach ALLES 2000, S. 54)

Dass ihre Kollegenschaft ausgerechnet die von ihnen verabreichten Neuroleptika mit ihrer potenziell suizidfördernden Wirkung komplett ausblenden, spricht für sich.

Aus diesem Grund war die Einrichtung eines Suizidregisters eine der Forderungen, die sich aus der oben genannten europäischen Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« ergaben (Aktionsprogramm 2005 b; LEHMANN 2010 a und 2010 b). In Schweden gibt es bereits ein solches Suizidregister. Gemäß dem dortigen Gesetz zur Regelung professioneller Handlungen im Gesundheitsbereich (»Lex Maria«) müssen seit Februar 2006 alle Suizide, die innerhalb von vier Wochen nach dem letzten Besuch einer Stelle des Gesundheitssystems begangen werden, der Nationalen Behörde für Gesundheit und Soziales gemeldet werden. Die dortige Datenauswertung zeigte die massive Beteiligung aller Arten von Antidepressiva und Neuroleptika an Suiziden (LARSSON 2009). Es ist dringend erforderlich, auch hierzulande ein Suizidregister auf den Weg zu bringen – als unabhängiges Projekt und unter Mitwirkung unabhängiger, keinen pharmafirmengesponserten Verbänden angehörender Psychiatriebetroffener und Angehöriger.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund der potenziellen suizidalen Eigenwirkung von Antidepressiva und insbesondere Neuroleptika das Leben nehmen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Traumatisierung durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen

Ein Risikofaktor für Suizidalität sind traumatische Erfahrungen mit psychiatrischer Gewalt und das Nichtvorhandensein traumatherapeutischer Maßnahmen für die Opfer psychiatrischer Zwangsmaßnahmen. Für viele Psychiatriebetroffene stellt die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt (LEHMANN 2012a). Es gibt zwar hierzulande vielfältig ausgerichtete Traumatherapien, doch wenn Psychiatriebetroffene nach Hilfe bei der Verarbeitung von Traumata suchen, die durch psychiatrische Gewalt ausgelöst werden, finden sie nirgendwo Hilfe. In der Traumalogie findet psychiatrische Gewalt als Entstehungsfaktor für Traumata nicht statt. Dabei gesteht selbst die DGPPN die potenziell traumatisierende Wirkung psychiatrischer Zwangsbehandlung ein:

»Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden.« (DGPPN 2014)

Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt hat oft massive Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg. Die Betroffenen wenden sich nicht nur vom psychiatrischen System ab, was das geringere Problem scheint, sondern haben große Probleme, mit dieser Gewalterfahrung weiterzuleben, so der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer:

»Für eine Zwangsbehandlung wird, wenn nötig, das ›Aufgebot‹ herbeigerufen: Bis zu acht zu körperlicher Gewalt bereite Pfleger stehen einem oder einer einzelnen wehrlosen Betroffenen gegenüber. Auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch sind dies traumatisierende Konfrontationen. Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Infantilisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird als erzwungene Regression bezeichnet. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierte Ich versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität

nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen werde. In diesem Moment besteht für die Betroffenen die Gefahr, in einen Zustand der totalen Verwirrung zu fallen. Das Trauma löst das Gefühl der existenziellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. (...) Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft zurückbleibt, ist ein Gefühl der Schuld wie auch die Tendenz, Selbstmord zu begehen.« (RUFER 2007, 404f.)

Die Zahl traumatisierter psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die sich nach psychiatrischer Zwangsbehandlung und infolge des Fehlens therapeutischer Hilfe beim Verarbeiten der iatrogenen Traumata das Leben nehmen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Verweigerte Hilfe bei psychischen Problemen maßgeblich sozialer Natur

Bekommen Menschen psychische Probleme maßgeblich sozialer Natur, stehen ihnen – wie eingangs ausgeführt – gemäß den Vorgaben der Psychiatrie-Enquete von 1975 im psychiatrischen System medizinisch und neurologisch ausgerichtete Hilfen zur Verfügung: die psychiatrische Krankenhausversorgung sei grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin, wobei die besonderen Beziehungen der Psychiatrie zur Neurologie in Rechnung zu stellen seien. Dank dieses Paradigmas haben humanistische Alternativen zur Psychiatrie, die Menschenrechte respektieren und Zwangsmaßnahmen massiv reduzieren oder komplett ausschließen, keine Chance, Teil der Standard-»Versorgung« zu werden. Dabei handelt es sich um gut evaluierte Ansätze.

Soteria: Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe in einer psychiatrischen Klinik schulp psychiatrisch Behandelte zeigte sich beim kalifornischen Soteria-Projekt des humanistisch orientierten Psychiaters Loren Mosher, dass der Gebrauch von Psychopharmaka bei der Soteria-Gruppe auch noch nach zwei Jahren sehr gering war, dafür war die persönliche Entwicklung der Patientinnen und Patienten besser. Mosher sah das normalerweise als »Psychose« bezeichnete Phänomen als Bewältigungsmechanismus und Antwort auf Jahre traumatischer Ereignisse, welche die Betroffenen veranlasst haben, sich aus der konventionellen Realität zurückzuziehen. Demzufolge verzichtete er auf Zwangsmittel, Krankheitsbegriff und weitestgehend auf Neuroleptika. So

hatten seine Patientinnen und Patienten nach Abklingen der Psychosen eher eine geregelte Arbeit, eher einen erfolgreichen Schulabschluss, lebten selbstständiger, hatten eine befriedigendere sexuelle Beziehung und wurden seltener in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. (ADERHOLD et al. 2007)

Offener Dialog: Der Offene Dialog, auch als bedürfnisangepasste Behandlung bekannt, wurde von dem ebenfalls humanistisch orientierten Psychiater Yrjö Alanen in Südfinnland entwickelt. Als notwendige Voraussetzungen für eine hilfreiche Krisenintervention wurde ein systemisches Psychosenverständnis gesehen, das sich auf Beziehungsstörungen der Menschen stützt, nicht aber auf Hirnstörungen. Sofortiges Reagieren vor Ort und die Einbeziehung des sozialen Netzes in Entscheidungen charakterisiert den Offenen Dialog ebenso wie die Übernahme von Verantwortung, psychologische Kontinuität, ein Team mit Mitgliedern aller Berufsgruppen und insbesondere Toleranz von Ungewissheit (zu der auch die Enthaltung von Psychopharmaka über Wochen gehört). Ergebnis dieses Ansatzes ist die merkbliche Reduzierung von Zwang und Psychopharmaka. In einem Vergleich des Behandlungsprozesses bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen dem Offenen Dialog und der üblichen Behandlung wurden aussagekräftige Unterschiede festgestellt: Die Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe hatten längere Klinikaufenthalte, allen wurde Neuroleptika verabreicht, verglichen mit nur einem Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs. Diese erholten sich trotzdem besser von ihren Krisen, hatten weniger Rückfälle und bleibende psychotische Symptome und einen besseren Beschäftigungsstatus. (SEIKKULA und ALAKARE 2007)

Krisenherberge: Hauptziel der betroffenene geleiteten Krisenherberge in Ithaca im Bundesstaat New York war es, einen Ort bereitzustellen, wohin Menschen sich zurückziehen konnten, die einen Psychiatrieaufenthalt für nötig hielten oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Das von 1994 bis 1996 stattfindende, unter wesentlicher Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen entwickelte Programm bestand aus zwei Komponenten: dem Angebot von vorsorglicher Krisenplanung und Training zur Krisenbewältigung, verbunden mit Unterstützung in einer Beratungsstelle, sowie einer Unterkunft für Leute, die diese aufgrund eigener Einschätzung benötigten. Die Evaluierung ergab, dass die Ergebnisse der Klientinnen und Klienten der Krisenherberge besser waren als die der Kontrollgruppe, die Patientinnen und Patienten der gewöhnlichen Psychiatrie waren. Erstere waren gesünder, zufriedener, selbstständiger. Sofern es zu Ausfällen im Arbeitsleben kam, waren diese geringer, ihre späteren Psychiatrieaufenthalte waren seltener und

kürzer. Dass die Krisenherberge auch zu einer deutlichen Kostensenkung führten, sollten angesichts der Unsummen, die der Einsatz immer neuer und teurerer Psychopharmaka verschlingt, gerade (selbst wenn die Frage der Finanzen zweitrangig sein sollte, wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht) für die Financiers des Gesundheitssystems, das heißt Krankenkassen und Steuerzahler, äußerst interessant sein. (DUMONT und JONES 2007)

Zum Leidwesen von Psychiatriebetroffenen gibt es all diese Angebote in Deutschland nicht oder nur rudimentär als »Elemente«. Dabei war in der Consensus-Konferenz »Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care« (*»Ausgewogene Förderung von psychischer Gesundheit und psychiatrischer Pflege«*) 1999 in Brüssel, veranstaltet von der WHO und der Europäischen Kommission, neben der Förderung von Selbsthilfe-Ansätzen, der aktiven Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in psychiatriepolitische Entscheidungen und der Betonung der Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zwecks Stärkung der Menschenrechte auch die Förderung nichtstigmatisierender, das heißt nichtmedizinischer Ansätze als Eckpfeiler für eine wirksame Reform des psychosozialen Systems definiert worden (World Health Organization/European Commission 1999, S. 9). Ähnlich, jedoch mit rechtlich bindendem Vertragscharakter, erwartet die UN-Behindertenrechtskonvention von den Vertragsstaaten personenangepasste Hilfen zur Vermeidung von Fremdkontrolle; in akuten Krisen soll eine Krisenbewältigung ohne Freiheitsentziehung und Zwangsmassnahmen möglich werden.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten sowie Menschen in psychosozialen Nöten, die aufgrund des Fehlens humanistischer Angebote schwere psychische und physische Schäden erleiden oder gar zu Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Humanistische Antipsychiatrie: Engagement für angemessene Hilfen

Aus dem Blickwinkel der humanistischen Antipsychiatrie kommt die katastrophale Situation von Psychiatriebetroffenen – hohe Sterblichkeit, Menschenrechtsverletzungen, Ausbleiben angemessener Hilfeangebote für Menschen in psychosozialen Notlagen – nicht von ungefähr. Humanistische Antipsychiatrie ist eine undogmatische und humanistische Philosophie und Bewegung; das griechische »Anti« bedeutet mehr als einfach nur »gegen«. Es heißt auch »alternativ«, »gegenüber« oder »unabhängig«. Freunde der Zwang psychiatrie und Pharmaindustrie stehen deshalb der modernen, betroffenenorientierten

humanistischen Antipsychiatrie besonders erbittert gegenüber. Im Gegensatz zur althergebrachten Antipsychiatrie, der man die primitive Weltsicht vorwerfen könnte, sie würde davon ausgehen, dass psychische Probleme verschwinden, wenn nur die Psychiatrie abgeschafft wäre, ist die humanistische Antipsychiatrie von Widerspruchsgeist und der grundlegenden Erkenntnis erfüllt, dass die Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann und ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft verstellt. Da die Hilfeangebote den ursächlichen Problemen nicht angemessen sind, ist ihr potenziell zwangsweiser Einsatz programmiert.

Deshalb bedeutet humanistische Antipsychiatrie gleichzeitig, sich unter anderem für den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not zu engagieren, für die Sicherung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Kranken, für die Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka sowie für Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens. (LEHMANN 2015 c)

Fazit

Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie haben eine lange Tradition. Die Psychiatrie-Enquete von 1975 führte eher in Nebenschauplätzen zu Verbesserungen, beispielsweise der Bausubstanz von psychiatrischen Kliniken oder zu deren Verkleinerung. Unberührt blieb die systematische Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und der Menschenwürde. Der mit der Psychiatrisierung üblicherweise einhergehende soziale Abstieg mit den sich dann einstellenden prekären Lebensbedingungen, führte im Verbund mit der Entwicklung immer neuer synthetischer Psychopharmaka zu einer massiven frühen Sterblichkeit. Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka sind bekannt, eine Aufklärung findet jedoch nicht statt. Frühwarnzeichen sich behandlungsbedingt entwickelnder körperlicher und psychischer Schäden sind bekannt, doch man informiert die Gefährdeten nicht über mögliche Kontrolluntersuchungen. Man verabreicht Psychopharmaka, doch wie man absetzt, weiß man nicht. Man verabreicht Psychopharmaka unter Einsatz von Gewalt, doch therapeutische Hilfen bei der Verarbeitung von behandlungsbedingten Traumata gibt es nicht. Die potenziell suizidale Wirkung von Antidepressiva und Neuroleptika ist bekannt, doch man ignoriert sie.

Humanistische Alternativen zur Psychiatrie, die das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten respektieren und (besser) helfen als herkömmliche Angebote, sind bekannt, doch sie werden nicht praktiziert.

Von der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. die Lösung der komplexen Probleme zu verlangen, scheint illusorisch. Entsprechend ihres Auftrags und ihrer Nähe zum Bundestag könnte sie ansetzen am psychiatrischen Verstoß gegen einfachste formale Regularien, die unterlassene Aufklärung:

»Die APK wurde am 18.01.1971 von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierten Fachleuten aus dem Bereich Psychiatrie gegründet, um »mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken«. (...) Die APK versteht sich als Lobby für diese benachteiligte Zielgruppe. Der Verein ist überparteilich zusammengesetzt und arbeitet wie ein Scharnier zwischen Bundespapament/Bundesministerien und psychiatrischer Fachwelt.« (APK o.J.)

Über ihre Kontakte zum Bundestag könnte die APK einwirken auf Strafverfolgungsbehörden, die systematische und ohne informierte Zustimmung begangene psychiatrische Körperverletzung entsprechend § 230 Absatz 1 StGB (Strafantrag) zu verfolgen:

»Die vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 und die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 werden nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält.«

Angesichts ihres Leids hätte die Masse der psychiatrischen Patientinnen und Patienten öffentliches Interesse und einen solchen Schritt verdient. Und der Prozentsatz von Personen, die im Lauf ihres Lebens mit der Psychiatrie in Kontakt kommen, steigt rasant. Gleichheit psychiatrischer Patientinnen und Patienten vor dem Recht muss auch Gleichheit ihrer Behandler vor dem Recht nach sich ziehen. Die Kultur des Vertuschens und Verschweigens muss ein Ende haben, das Strafrecht muss auch für Psychiater gelten.

Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten: Peter Lehmann hat keinerlei Verbindung zur pharmazeutischen Industrie und zu Organisationen, die von ihr gesponsert werden, noch zu Scientology oder anderen Sekten jeglicher Couleur.

Anmerkungen: Bei diesem Beitrag handelt es sich um die Aktualisierung und Erweiterung meines Artikels »Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie«, original veröffentlicht in: Jürgen ARMBRUSTER, Anja DIETERICH, Daphne HAHN und

Katharina RATZKE (Hg.): »40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Blick zurück nach vorn«, Köln: Psychiatrie Verlag 2015, S. 279–293. Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern sowie die Übersetzungen aus dem Englischen stammen vom Autor. Sämtliche Internetzugriffe erfolgten am 3. November 2015.

Quellen

- ADERHOLD, V. (2008): Antwort auf die Stellungnahme der Arbeitsgruppe »Biologische Psychiatrie« der Bundesdirektorenkonferenz (BDK). In: Soziale Psychiatrie, 32. Jg., Nr. 4, S. 28–32.
- ADERHOLD, V. (September 2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update. Unveröffentlichtes Manuskript. Online verfügbar unter www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold_Neuroleptika_update.pdf.
- ADERHOLD, V. (2013): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Ein Update zur Neuroleptika-Debatte. In: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 31. Jg., Nr. 2, S. 25–27.
- ADERHOLD, V./STASTNY, P./LEHMANN, P. (2007): Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung. In: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): Statt Psychiatrie 2. Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 150–165 (E-Book 2014).
- Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (2005 a): »Hier wird nicht schikaniert«, Poster, Brüssel: Mental Health Europe. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/images/dokument/schikane-poster-erkenntnisse.jpg.
- Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (2005 b): Gemeinsame Empfehlungen von Mental Health Europe, LUCAS (Belgien), Pro Mente Salzburg (Österreich), MIND (England und Wales), Clientenbond (Niederlande), FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental – Spanien), BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. – Deutschland) und ENUSP (European Network of [ex-] Users and Survivors of Psychiatry). Brüssel: Mental Health Europe. Online verfügbar unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf.
- Alles, was wir fühlen, ist Chemie. Glück, seelisches Leiden und Psychopillen: Die Pharmakotherapeutin Brigitte Woggon debattiert mit der Psychoanalytikerin Brigitte Bothe (8. Juni 2000). In: Weltwoche (Zürich), S. 53–54.
- APK – AKTION PSYCHISCH KRANKE (ohne Jahresangabe): Über die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. Internetveröffentlichung unter www.apk-ev.de/ueber-die-apk.
- AYD, Frank J. (1975): The depot fluphenazines: A reappraisal after 10 years' clinical experience. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 132, S. 491–500.
- BGH v. 17.4.2007; Az. VI ZR 108/06 (OLG Braunschweig) (2007). In: Neue Juristische Wochenschrift, 60. Jg., S. 2771–2772. Online verfügbar unter <https://openjur.de/u/77778.html>.

- BGH v. 24.2.2014; Az. VI ZR 106/13 (2015). In: Recht und Psychiatrie, 33. Jg., S. 157–159. Online verfügbar unter <https://openjur.de/u/764610.html>.
- COLTON, C. W. U./MANDERSCHIED, R. W. (2006): Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. In: Preventing Chronic Disease, Vol. 3, Nr. 2, S. 1–14. Online verfügbar unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf>.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.) (2006): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff Verlag. Kurzversion online verfügbar unter www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (26. Mai 2010): Beirat nimmt seine Arbeit auf – Erfahrung und Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft erhalten. Internetveröffentlichung unter www.dgppn.de/ehrun-gen-preise/aktuelles-ehrun-gen-und-preise/detailansicht/article//beirat-nimmt.html.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (23. September 2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Internetveröffentlichung unter www.dgppn.de/en/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html.
- DUMONT, J./JONES, K. (2007): Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie. In: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): Statt Psychiatrie 2. Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 186–194 (E-Book 2014).
- FINZEN, A. (2015): Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht. In: FINZEN, A./LEHMANN, P./OSTERFELD, M./SCHÄDLE-DEININGER, H./EMMANOUELIDOU, A./IRTEN, T.: Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie. In: Soziale Psychiatrie, 39. Jg., Nr. 2, S. 16–19. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf.
- Gesetz zum Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (31. Dezember 2008). In: Bundesgesetzblatt, Teil II, Nr. 35, S. 1419–1457. Online verfügbar unter www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf.
- GÖTZSCHE, P. C. (2015): Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert. 2. Auflage, München: Riva.

- GOETHE, L. (10. Juni 2011): Rede vor dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverband Rheinland, Köln. Online verfügbar unter http://armeeirre.blogspot.de/images/LotharGoethe_Gesundheitsausschuss_LVR_1062011.pdf.
- GOTHE, L./KIPPE, R. (1970): Ausschuss – Protokolle und Berichte aus der Arbeit mit entflohenen Fürsorgezöglingen. Köln: Verlag Kiepenheuer & Witsch.
- HÄRTER, M./BAUMEISTER, H./BENGEL, J. (Hg.) (2007): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Berlin: Springer Verlag.
- HELMCHEN, H. (1981): Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken. In: BERGENER, M. (Hg.): Psychiatrie und Rechtsstaat. Neuwied und Darmstadt: Luchterhand Verlag, S. 79–96.
- HILL, D. (1992): Major tranquilizers: a good buy? In: Clinical Psychology Forum, Oktober, S. 35–36.
- Janssen Pharmaceuticals, Inc. (2012): The importance of total wellness. In: Choices in Recovery – Support and Information for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder, Vol. 9, Nr. 2, S. 12.
- LAHTI, P. (2013): Vorwort. In: LEHMANN, P. (Hg.): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. 4. aktualisierte Auflage, Berlin, Eugene and Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 10–12 (E-Book 2013). Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#pirkko.
- LARSSON, J. (2009): Psychiatric drugs & suicide in Sweden 2007: A report based on data from the National Board of Health and Welfare. Internetveröffentlichung unter www.theoneclickgroup.co.uk/documents/ME-CFS_docs/Psychiatric%20Drugs%20&%20Suicide,%20Sweden%202007.pdf.
- LEHMANN, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 353–456.
- LEHMANN, P. (2001): Grußwort des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band 1. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 44–47. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/25-enquete.htm.
- LEHMANN, P. (2010a): Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention. In: HAHN, S./SCHULZ, M./SCHOPPMANN, S./ABDERHALDEN, C./STEFAN, H./NEEDHAM, I. (Hg.): Depressivität und Suizidalität. Prävention – Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe. Unterostendorf: Ibicura Verlag, S. 152–157. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/suizidprophylaxe_2010.pdf.
- LEHMANN, P. (2010b): Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen? In: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 3, S. 7–9. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2010.3.7-9.pdf.
- LEHMANN, P. (2012a): Stellungnahme zur Gewaltbereitschaft der Psychiatrie für die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Arbeitskreis »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung«. In: Leuchtturm – Journal des

- Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, Sonderausgabe, S. 9–24. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang-leuchtfeuer.pdf.
- LEHMANN, P. (2012[b]): About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness. In: *International Journal of Psychotherapy*, Vol. 16, Nr. 1, S. 30–49. Online verfügbar unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf.
- LEHMANN, P. (2013): Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten. In: *Psychotherapie-Wissenschaft/Science Psychothérapeutique*, 3. Jg., Nr. 2, S. 79–89. Online verfügbar unter www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/1020/1030.
- LEHMANN, P. (2014 a): Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen. In: *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener*, Nr. 1, S. 16–19. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.1.16-19.pdf.
- LEHMANN, P. (16. November 2014b): Probleme beim Absetzen von Neuroleptika als Folge von Rezeptorenveränderungen und Toleranzbildung. Internetveröffentlichung unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rez-ver.htm.
- LEHMANN, P. (2015 a): Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention. In: *R&P – Recht und Psychiatrie*, 33. Jg., S. 20–33. Abstract online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-zwangsbehandlung-rp.pdf.
- LEHMANN, P. (2015 b): Neuroleptika und Sexualität – Verträgt sich das? In: *Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. (Hg.): Dokumentation der 19. Fachtagung »Das Recht auf Sexualität« des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. Trier: Selbstverlag*, S. 15–34. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/sexualhormone-und-nl.pdf.
- LEHMANN, P. (20. September 2015 c): Über humanistische Antipsychiatrie. Internetveröffentlichung unter www.peter-lehmann.de/hu-an-de.htm.
- LEHMANN, P. (2016): Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen. In: *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener*, Nr. 1 (im Druck). Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf.
- LINDEN, M. (1980): Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika. In: *Arzneimittel-Forschung*, 30. Jg., S. 1195.
- MARDER, S. R./ESOCK, S. M./MILLER, A. L./BUCHANAN, R. W./CASEY, D. E./DAVIS, J. M. et al. (2004): Physical health monitoring of patients with schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 161, S. 1334–1349. Online verfügbar unter www.researchgate.net/publication/8424008_Physical_health_monitoring_of_patients_with_schizophrenia/links/0912f509c21467fb26000000.
- ÖSBY, U./CORREIA, N./BRANDT, L./EKBOM, A./SPARÉN, P. (2000): Mortality and

- causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. In: Schizophrenia Research, Vol. 45, Nr. 1-2, S. 21–28. Abstract online verfügbar unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10978869.
- PAPE, E. (1980): Es war psychiatrischer Massenmord. In: DÖRNER, K./HAERLIN, C./RAU, V./SCHERNUS, R./SCHWENDY, A. (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 45–46. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/geschichte/pdf/pape_massenmord.pdf.
- PARKS, J. (Oktober 2006): Foreword. In: PARKS, J./SVENDSEN, D./SINGER, P./FOTI, M. E. (Hg.): Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria (Virginia, USA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), Medical Directors Council, S. 4. Internetveröffentlichung unter www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf.
- PARKS, J./SVENDSEN, D./SINGER, P./FOTI, M. E. (Hg.) (Oktober 2006): Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria (Virginia, USA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), Medical Directors Council. Internetveröffentlichung unter www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf.
- PÖRKSEN, N. (1983): § 100 – der Hemmschuh. Ohne Änderung läuft nichts in der Gemeindepsychiatrie. In: DGSP-Rundbrief, Nr. 21/22, S. 14.
- RUFER, M. (2007): Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht. In: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): Statt Psychiatrie 2. Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 400–418 (E-Book 2014).
- SAHA, S./CHANT, D./MCGRATH, J. (2007): A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? In: Archives of General Psychiatry, Vol. 64, S. 1123–1131. Online verfügbar unter <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210034>.
- SEIKKULA J./ALAKARE, B. (2007): Offene Dialoge. In: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): Statt Psychiatrie 2. Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 234–249 (E-Book 2014).
- STÖCKLE, T. (2005): Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden. Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- WEINMANN, S./READ, J./ADERHOLD, V. (2009): Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. In: Schizophrenia Research, Vol. 113, Nr. 1, S. 1–11.
- World Health Organization/European Commission (1999): Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization/European Commission meeting. Broschüre MNH/NAM/99.2. Brüssel: World Health Organization, S. 9–10. Online verfügbar unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm.

Selbst- und Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und seelischer Behinderung

Jörg M. Fegert

1. Information, Inklusion und individuelles Kindeswohl

»Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird.« (Mädchen, 8 Jahre, in einer von der VW-Stiftung geförderten Untersuchung, VW II/74904, FEGERT et al. 2000)

Mit dieser knappen Bemerkung in einem qualitativen Interview bei einer Studie zu Informationsrechten und Partizipation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung formuliert eine 8-jährige Patientin mit ihren Worten ihr Recht auf Gehörtwerden und Information. Gleichzeitig gibt sie zu erkennen, dass sie anerkennt, dass sie ggf. nicht einwilligungsfähig sein könnte, also andere, z. B. die Eltern in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen anders entscheiden werden, als sie es sich vorstellt.

Die UN-Kinderrechtskonvention regelt in Artikel 12 und Artikel 13 diese fundamentalen Rechte von Kindern; nämlich, dass ihnen Informationsfreiheit zusteht, und dass sie sich in allen sie betreffenden Verfahren eine Meinung bilden können müssen und diese angemessen berücksichtigt werden muss. Mitsprachemöglichkeiten im Entscheidungsprozess erhöhen die wahrgenommene Fairness, selbst wenn dann bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen keine Kontrolle hinsichtlich des endgültigen Ergebnisses der Entscheidung besteht. In der psychologischen Forschung ist dieses Phänomen schon lange unter der Bezeichnung »Voice-Effect« bekannt: Mitsprache führt zu höherer Akzeptanz und Bindung an die Folgen der Entscheidung. Therapeutisch muss davon ausgegangen werden, dass Patientinnen und Patienten, die über ihre Rechte besser aufgeklärt sind und in Entscheidungen einbezogen wurden, besser von ihren Behandlungen profitieren können und sich aktiver an der Umsetzung von Wiedereingliederungsmaßnahmen beteiligen. Letztendlich dienen Information und Partizipation der betroffenen Kinder und Jugendlichen also sowohl therapeutischen Zielen wie der Verbesserung der Teilhabe im weiteren Verlauf. In diesem Beitrag soll deshalb die Situation der Entscheidungsfindung in der Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und seelischen Behinderungen im Dreieck Kind-Eltern-Behandelnde näher in den Blick genommen werden. Als spezielle Situation sollen Formen der Behandlung

mit Zwang im Kindes- und Jugendalter, insbesondere mit Einwilligung der Eltern betrachtet werden.

In der UN-Behindertenrechtskonvention wird ausgeführt, dass bei allen Fragen, die Kinder und Jugendliche betreffen, das Kindeswohl die höchste Entscheidungsmaxime sein soll. Wenn Artikel 3 der UN-Behindertenrechtskonvention auch Kindern und Jugendlichen mit sogenannter seelischer Behinderung »volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft unter Einbeziehung in die Gesellschaft« garantiert, so bedeutet dies für Kinder und Jugendliche vor allem nach Artikel 24, Absatz 2, dass Personen mit Behinderung nicht vom allgemeinen Bildungssystem wegen ihrer Behinderung ausgeschlossen werden sollen.

Während also früher häufig von Integration von Kindern mit psychischen Problemen in die Schule gesprochen wurde, also die Kinder ihre Probleme soweit im Griff haben mussten, dass sie sich in den schulischen Kontext integrieren können, wird jetzt vom Prinzip der Inklusion ausgegangen. Das heißt, Schule muss entsprechend dem Respekt vor Diversity die Unterschiedlichkeit von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung achten und auch Kindern mit seelischen Behinderungen im Sinne der Akzeptanz als Teil der menschlichen Vielfalt adäquate, inklusive Beschulungsmöglichkeiten anbieten. Die Schule, die Gesellschaft, die Systeme, die Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen versorgen, müssen sich also verändern. Uwe BECKER (2013) definierte in der Süddeutschen Zeitung: »Inklusion heißt nicht, Menschen mit Behinderung in ein ansonsten gleichbleibendes System des Bestehenden einzubinden. Inklusion ist der kritische Maßstab, der das bestehende System darauf hin befragt, wie es sich ändern muss, damit behinderte und nicht behinderte Kinder zusammen lernen können.«

Derzeit gibt es große Unterschiede in Bezug auf die Inklusion bezogen auf das Entwicklungsalter und die Bildungsstufen. Liegt die Inklusionsrate in der Kindertagesbetreuung noch bei über 2/3 aller Kinder in der Altersgruppe, ist sie in Grundschulen noch etwas über 1/3, während in weiterführenden Schulen nur noch gut 1/5 aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderung in einem inklusiven Setting beschult werden können. Nur knapp 10 % der Schülerinnen und Schüler mit Behinderung lernen gemeinsam mit anderen Kindern und Jugendlichen in einem inklusiven Setting an Realschulen oder in Gymnasien. (Bertelsmann Stiftung 2015)

Eltern von Kindern mit einer seelischen Behinderung oder die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, beklagen in letzter Zeit zunehmend die Abschaffung fördernder Kontexte ohne Übergangsstrategien und den

Aufbau hinreichender neuer Förderangebote. Gleichzeitig begrüßen manche Elterngruppen enthusiastisch neue Fördermöglichkeiten z. B. im Kontext der Schulbegleitung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung. Maßstab für alle Entscheidungen soll nach der UN-Behindertenrechtskonvention das individuelle Kindeswohl sein. Das heißt auch: die aus gut verständlichen politischen Gründe angeordnete Abschaffung von Spezialeinrichtungen ohne klare Angebotsentwicklung kann Kinder und Jugendliche mit seelischen Beeinträchtigungen an ihrer Teilhabe weiter beeinträchtigen.

Der berechtigte Elternwunsch und der prinzipiell wichtige Kampf um inklusive Beschulung kann bisweilen im Einzelfall eine Vermeidungsstrategie in Bezug auf eine individuelle Auseinandersetzung mit den realistischen Möglichkeiten des eigenen Kindes bedeuten. Im Einzelfall geht es also immer um die konkreten Realisierungsmöglichkeiten einer dem Kindeswohl am besten entsprechenden Entwicklung (individuelles Kindeswohl: Entwicklungschancen) und nicht um den prinzipiellen Anspruch auf eine inklusive Gesellschaft, der sicher auch Teil des Kindeswohls ganz allgemein gesprochen ist, der aber politisch ein mittelfristiger Entwicklungsprozess mit ganz unterschiedlichen lokalen Ausprägungen darstellt.

Eltern als Garanten für die Kindeswohlförderung müssen sich deshalb davon überzeugen, welche Elemente bei ihrem Kind am stärksten zur Kindeswohlförderung beitragen.

Es geht in diesem Kontext also nicht um die negative Definition der Kindeswohlgefährdung im Sinne einer Eingriffsschwelle bei Elternscheitern oder -versagen (im Sinne von Artikel 6 Grundgesetz: staatliches Wächteramt), sondern um die Entwicklungs- und Erziehungspartnerschaft bei der Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben und bei der Realisierung altersentsprechender Teilhabe. (Vgl. FEGERT in HENRY-HUTHMACHER: »Auf dem Prüfstand: Inklusion im Deutschen Schulsystem«, www.kas.de/wf/de/33.42669)

Die Sicherung dieser Basisbedürfnisse ist bei Kindern mit einer drohenden seelischen Behinderung in jeder unterschiedlichen Altersstufe eine Herausforderung an die sorgeberechtigten Eltern und an unterschiedliche Institutionen, wie z. B. Schule und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Als besonders sensible Phasen erweisen sich hierbei Transitionsphasen wie z. B. der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule, die Übergangsphase der Pubertät mit ihren biologischen und emotionalen Umstellungen und der damit zeitlich verbundene Übergang in die weiterführende Schule

Basic need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Artikel 6, 12, 13 und 14
Ernährung und Versorgung	Artikel 26, 27 und 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller, emotionaler und sexueller Ausbeutung	Artikel 16, 19, 34, 35, 36, 37, 38, 39 und 40
Bindung und soziale Beziehungen	Artikel 8, 9, 10, 11, 20, 21 und 22
Gesundheit	Artikel 24, 25, 23 und 33
Wissen und Bildung	Artikel 17, 28, 29, 30 und 31

Abb. 1: Übersicht über kindliche Basisbedürfnisse und deren Berücksichtigung in der UN-Kinderrechtskonvention

oder die Transitionsphase der Adoleszenz in das junge Erwachsenenalter mit z. B. Übergang in Arbeit.

Betroffenen Kindern gerecht zu werden bedeutet nicht gleiches Recht für alle (Equality) sondern Equity muss als Prinzip bei der Förderung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gelten. Das heißt, jedem Kind die Förderung, die es benötigt, um am besten eigene Teilhabechancen realisieren zu können.

In einem Kunstprojekt der Hans-Lebrecht-Schule (Schule für Kranke am Universitätsklinikum Ulm) haben die mitwirkenden stationär behandelten psychisch kranken Kinder und Jugendliche das Thema Teilhabe unter dem Motto »Dazugehören« bearbeitet. Sie fragten sich, wo sie zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme noch dazugehören und welche Wünsche sie in

Bezug auf Partizipation und Teilhabe nach einer möglichst erfolgreichen Behandlung haben. Deutlich wurde hierbei, dass es nicht so sehr um generelle Prinzipien geht, sondern die Kinder und Jugendlichen sehr eigene Maßstäbe und Erwartungen in Bezug auf die Teilhabe formulieren. Die Herkunftsfamilie und die Eltern spielen dabei oft eine sehr wichtige Rolle. Selbst wenn familiäre Krisen Anlass zur Aufnahme waren. Das Ergebnis des Projektes kann hier als PDF-Datei heruntergeladen werden: www.hans-lebrecht-schule.de/files/1014/3430/7878/dazugehoeren-webversion.pdf.

Teilhabe und Selbstbestimmung als entwicklungsabhängiges Phänomen

Hinreichende Information ist stets eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Partizipation. Schon seit der Rechtsprechung des Reichsgerichts in den 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts bleibt in Deutschland der ärztliche Eingriff straffrei und wird nur dann nicht als Körperverletzung verstanden, wenn der Patient hierzu seine informierte Einwilligung gegeben hat. Das sogenannte »Informed Consent Paradigma« bei erwachsenen Patienten ist also vorstellbar, wie ein Austausch zwischen zwei Partnern, der Arzt gibt die relevanten Informationen, der Patient gibt daraufhin seine informierte Einwilligung. Auf dieser Basis kann der Arzt dann seinen Eingriff am Körper des Patienten vornehmen und aufgrund einer informierten Einwilligung handelt es sich dabei nicht um eine Körperverletzung. Zentrale Bestandteile der Aufklärung sind Information über die Behandlung, über Nebenwirkungen und über Behandlungsalternativen (vgl. dazu BERG et al. 2001 und ELWYN et al. 2006).

Bei Kindern und Jugendlichen wird aus dieser bilateralen Arzt-Patienten-Beziehung ein Verhältnis im Dreieck Kind-Eltern-Arzt, wobei hier der Begriff Eltern für alle Sorgeberechtigten steht, also im Fall eines Sorgerechtsentzugs für den dann eingesetzten Vormund und der Begriff Arzt für alle Heilbehandler. Wie oben dargestellt, haben Kinder eigenständige Informationsrechte, die sich auch aus der UN-Kinderrechtskonvention ableiten lassen. Da aber die Personensorgeberechtigten letztendlich die rechtlich relevante Einwilligung zur Behandlung geben, besteht die Gefahr, dass diese Informationsrechte nicht hinreichend berücksichtigt werden. Die Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei einer Behandlung und einer Behandlungsentscheidung ist nicht unmittelbar mit ihrer Fähigkeit zur Einwilligung gleichzusetzen, sondern beginnt viel früher (ALDERSON et al. 2006). In der medizinethischen Literatur hat sich deshalb für Minderjährige der Begriff des Assent, das

heißt der zustimmenden oder billigenden Äußerung zu einer Behandlung eingebürgert. Während die Eltern rechtskräftig zustimmen können, können Kinder ihren Willen durch eine billigende oder ablehnende Äußerung manifestieren (Assent oder fehlender Assent).

Für die Forschung an Kindern und Jugendlichen sieht geltendes Europäisches Recht stets Consent der Sorgeberechtigten und Assent der Kinder vor. Eine ablehnende Äußerung des Kindes reicht allein, um eine Teilnahme an einer Forschungsstudie, z. B. zur Medikamentenentwicklung, zu verhindern. In der allgemeinen Krankenbehandlung ist dies so nicht möglich, weil teilweise auch gegen den Willen von Kindern und Jugendlichen notwendige Elternentscheidungen getroffen werden müssen, z. B. bei notwendigen, aber schmerzhaften Interventionen wie einer Blutentnahme. Wichtig ist hier aber an dieser Stelle, im Gegensatz zum Erwachsenenalter, den rechtlichen Einwilligungsprozess von den Partizipationsrechten zu trennen.

RUSHFORD (1999) stellt eindeutig klar, dass die Einwilligungsfähigkeit nicht verwechselt werden darf mit dem Recht eines Kindes, seine Meinung zu äußern. Diese Sichtweise des Kindes sollte im Entscheidungsfindungsprozess berücksichtigt werden. »In this respect, it does not seem unreasonable that even the youngest primary school age child might reasonably expect to express an opinion.« (S. 687)

Zu fordern sind also Consent der Eltern und Assent der Kinder. Dies setzt eine spezifische Beteiligung von Kindern und Jugendlichen voraus, die sowohl entwicklungsspezifisch wie anforderungsspezifisch sein muss. Dies bedeutet, dass bei kleineren Kindern sich die Aufklärung insbesondere auf konkrete Aspekte (Tut das weh? Wie lange dauert das? Nebenwirkungen) konzentrieren sollte, während mit zunehmender Entwicklungsreife und zunehmender Krankheitseinsicht differenziertere Informationen gegeben werden müssen. Informiert werden muss auf jeden Fall in kindgemäßer Form, z. B. über ein Vetorecht im Rahmen von Forschung. Kinder müssen wissen, dass sie die Teilnahme an Studien jederzeit ablehnen dürfen, und dass dies nicht allein die Entscheidung der Eltern ist. Besondere Anforderungen an die Informationen der Kinder ergeben sich teilweise auch aus Einschränkungen bei Eltern, z. B. bei einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. In jedem Fall sollte die Behandlerin bzw. der Behandler überprüfen, ob die konkrete Information oder eine besprochene Regelung nicht nur von den einwilligungsfähigen Sorgeberechtigten, sondern auch vom betroffenen Kind oder Jugendlichen verstanden wurde.

Gerade in der Medikamentenaufklärung haben sich sogenannte FAQ-Listen mit Frequently Asked Questions bewährt. Sie ermutigen Eltern wie Kinder und Jugendliche, selbst Fragen zu formulieren. Aus arztrechtlicher Sicht ist es stets sinnvoll, spezifische, von den Patienten gestellte Fragen zu dokumentieren, und zwar Frage sowie Antwort, weil sich daraus sehr viel besser als aus unterzeichneten Aufklärungsbögen ergibt, dass tatsächlich ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Da es sich also bei der Aufklärung von Kindern und Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten um eine Aufklärung im Dreieck handelt, kann es auch zu divergierenden Positionen und Konfliktfällen kommen. In diesem Fall ist es sinnvoll festzuhalten, worüber Einigkeit besteht und was streitig ist. Pro- und Contra-Argumente sollten ebenfalls dokumentiert werden.

Ein zentrales Problem bei der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen liegt darin, dass die Fähigkeit zur Beteiligung entwicklungsabhängig ist. Gut geförderte Kinder ohne Entwicklungsdefizite, Behinderungen und bzw. oder psychische Störungen haben die besten Voraussetzungen, um bei Entscheidungen zu partizipieren. Die stärksten Interessenskonflikte und damit die höchste Notwendigkeit der eigenständigen Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ergeben sich aber gerade in Belastungssituationen und bei Kindern und Jugendlichen, die diese notwendige Entwicklungsförderung nicht hinreichend erfahren haben. (FEGERT 2000)

Auch die Bioethik-Konvention des Europarats berücksichtigt in Bezug auf Forschung an Kindern und Jugendlichen den Entwicklungsaspekt. In Artikel 6 heißt es: »Die Ansicht des Minderjährigen wird als ein mit zunehmendem Alter und mit zunehmender Reife an Bedeutung gewinnender Faktor in die Entscheidung mit einbezogen.« Reifeunabhängig werden aber Informationsrechte (Artikel 16 und Artikel 17) und ein Vetorecht für Kinder bei der Teilnahme an Studien kodifiziert (Artikel 17). Darüber hinaus wird auch ein Recht zur Information über Ergebnisse von Studien, welches in der Praxis leider häufig nicht beachtet wird, in der Bioethikkonvention des Europarats garantiert (Artikel 10). Diese Vorgaben wurden im Rahmen der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes vom 30. Juli 2004 auch in geltendes deutsches Recht umgesetzt. Hierdurch wurden klinische Studien bei Minderjährigen in Deutschland auch möglich, wenn kein direkter Nutzen, sondern nur ein Gruppennutzen erkennbar ist (§ 40, Absatz 4, Satz 1). In Satz 3 wird auch die Aufklärung von Minderjährigen gefordert und eine Zustimmung der Minderjährigen im Sinne des Assent. Partizipation an der Krankenbehandlung ist also zum einen Beteiligung im Entscheidungsprozess (shared decision making), gleichzeitig

auch eine ethische Verpflichtung und Voraussetzung für die Verbesserung der Behandler-Sorgeberechtigten-Patientenbeziehung.

In der Literatur zur Beteiligung von Erwachsenen an Entscheidungen wird wiederholt von einer Verbesserung des Therapieerfolgs durch eine erhöhte Adherence gesprochen (z. B. SIMON et al. 2007). In der Praxis werden Minderjährige aber häufig nicht hinreichend in Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen.

Eine Forschungsförderung der Volkswagenstiftung im Schwerpunkt Recht und Verhalten ermöglichte uns kurz nach der Jahrtausendwende einen Vergleich zwischen Ostdeutschland und Süddeutschland in Bezug auf Patientenaufklärung, Informationsbedürfnisse und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie. Viele Ergebnisse der qualitativen Befragung aus dem Jahr 2000 und der quantitativen Erhebungen, der konsekutiven Aufnahmen in der Klinik in Rostock und im ZfP Weissenau aus dem Jahr 2001 (N=296) sind auch heute noch aktuell. (ROTHÄRMEL et al. 2006)

Beim Studienteam unter der Leitung von G. Wolfslast (Strafrechtlerin, Arztrechtlerin, Gießen) und Jörg M. Fegert (Kinder- und Jugendpsychiater, Ulm) wurden über 1/3 aller Kinder im Vorfeld der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung überhaupt nicht über die Behandlung informiert. Deutlich mehr als die Hälfte waren aber sehr ausführlich und insgesamt 2/3 ausführlich über die Stationsregeln und die Hausordnung informiert worden. Dies zeigt ganz klar, dass wenn uns Erwachsenen etwas wichtig ist, dass es uns dann möglich ist, Kinder entsprechend detailliert zu informieren, dass aber offensichtlich die Information über die bevorstehende Behandlung, obwohl sie Kinder zentral betrifft, nicht für hinreichend wichtig erachtet wird. Wenigstens im Vergleich zur Einhaltung der Stationsregeln, die für die Abläufe auf Station relevant sind. Knapp 60 % der Kinder gaben an, nicht über ihre Rechte während des stationären Aufenthalts aufgeklärt worden zu sein. Gleichzeitig äußerten 2/3 der Kinder, dass es ihnen wichtig ist, dass an ihren Zimmern angeklopft wird, um eine gewisse Privatsphäre zu wahren, während de facto nach Angaben der Kinder in der Hälfte der Fälle Schwestern und Ärzte ohne anzuklopfen in die Zimmer kommen. Bei über 60 % der Befragten hatte der einweisende Arzt sie nicht auf den bevorstehenden Aufenthalt vorbereitet. Ergebnisse waren hier nicht altersabhängig. Auch gut einsichtsfähige Jugendliche erhielten keine hinreichende Information. In den qualitativen Interviews wird deutlich, wie inadäquat die ärztliche Aufklärung teilweise gewesen ist.

Zitat eines Mädchens, 17 Jahre alt, ausgeprägte Anorexia Neurosa zum Zeitpunkt der Aufnahme: »Beim ersten Mal in Schwerin, da hatte meine Ärztin mir das so erklärt, da gibt es Pferde, da kannst du reiten, da gibt es ein Schwimmbecken und so. Als man nachher da hinkam, da lag man erst einmal ein paar Wochen im Bett, toll – nichts mit Reiten und nichts mit Schwimmen und so. Die sollen einen schon darauf vorbereiten, was tatsächlich kommt. Wenn du noch nie in der Klapse warst, dann denkst Du, da sind überall Gummizellen und so.«

Häufig wurde den Kindern die Krankenbehandlung auch als Sanktion angedroht oder erläutert: »Jetzt ist es soweit, du hast so viel Blödsinn gemacht, jetzt musst du in die Psychiatrie.« Oder der einschneidende Schritt einer Trennung vom Elternhaus für die stationäre Behandlung wurde völlig grotesk und irrational bagatellisiert: »Dort ist es schön. Keiner der da war, wollte nach Hause zurück.«

Wenn überhaupt informiert wurde, hatten die einweisenden Ärztinnen und Ärzte am häufigsten über Problemlösungen gesprochen und angekündigt, dass dort Therapien gemacht würden. Allgemein wurde betont, dass dort auch andere Kinder seien, mit denen man spielen könne, und dass es in der Klinik schön sei. Insgesamt entstand der Eindruck, dass die einweisenden Ärztinnen und Ärzte wenig Vorstellung über therapeutische Konzepte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten und somit Eltern und Kinder im Übergang in die stationäre Behandlung allein gelassen wurden.

Natürlich gibt es bei Aufnahme- und Behandlungsentscheidungen auch diagnosebedingte Unterschiede. Gerade bei psychotischen Erkrankungen wird in der Akutphase häufig ohne Einbezug des Patienten über eine Behandlung entschieden. Während bei anderen Diagnosen doch mehr als die Hälfte der Patienten einbezogen wurde und gerade bei den Jugendlichen ein gewisser Anteil auch selbst die Entscheidung getroffen hat, sich in Behandlung zu geben.

In Bezug auf eine Medikamentengabe fühlten sich nur ca. 35 % der Patienten hinreichend bei entsprechenden ärztlichen Entscheidungen beteiligt. Knapp 60 % gaben an, keine Informationen über Nebenwirkungen erhalten zu haben. Mehr als 70 % gaben an, keine Information über Behandlungsalternativen bekommen zu haben. In den qualitativen Äußerungen zu ärztlichen Entscheidungen und zur Medikation klingt das dann beispielsweise so: »Die Ärzte haben entschieden, vom ersten Tag an.« »Auf der Station wurde das von den Ärzten angeordnet.« »Ich hatte schon ein anderes, das wurde dann

getauscht.« »Es wurde einfach gesagt, dass ich welche nehmen soll.« In einer späteren Studie zur Aufklärung und Entscheidung über Arzneimittel in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (KELCH und FEGERT 2007) konnten wir bei der Befragung von 148 Eltern und 115 Minderjährigen erfreulicherweise erfahren, dass ca. 80 % der Minderjährigen das Gefühl hatten, zusammen mit den Eltern entscheiden zu können, und dass nur ca. 20 % der Minderjährigen dachten, dass sie nicht in die Entscheidung mit einbezogen wurden. Das Bedürfnis einer gemeinsamen Entscheidung mit dem Arzt artikulierten knapp 60 % der Eltern und ca. 45 % der Minderjährigen. Aber knapp 30 % der Eltern wollten dezidiert ohne Einbezug ihrer Kinder entscheiden. Es stellt sich also die Frage, ob Eltern tatsächlich die besten Garanten für einen Einbezug ihrer Kinder in jedem Fall sind, oder ob es nicht eine primäre Aufgabe in Behandlungssettings ist, den Einbezug und die Information von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen und auch Eltern darüber zu informieren, dass es wichtig ist, Kinder in Behandlungsentscheidungen mit einzubeziehen.

Eltern als Partner im Therapieprozess

Die aktive Mitarbeit der Eltern ist unabdingbar für eine erfolgreiche Behandlung des Kindes, trotz der oft hohen Belastung der Eltern. Die Anerkennung elterlicher Rechte und Fähigkeiten ist die grundlegende Basis für eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Aus diesem Grund benötigen Eltern Informationen und Aufklärung über die psychische Erkrankung ihres Kindes, über das Hilfesystem allgemein und das Behandlungskonzept einer Klinik und über die Erwartungen, die im Einzelfall im Sinne der Mitwirkung im Behandlungsprozess an sie gestellt werden.

Wie in vielen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgte die Elternarbeit an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm bis 2007 in der Regel geplant durch regelmäßige Elterngespräche mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten auf Station und mit dem Stationsteam im Rahmen von Aufnahmegesprächen, durch Kontakte der Eltern mit den Bezugsbetreuern, in Familiensitzungen zu Besuchszeiten sowie unstrukturiert in Hol- und Bringesituationen bei therapeutischen Beurlaubungen. Insgesamt erschien uns dies aufgrund der teilweise unbefriedigenden Umsetzung der in der Klinik begonnenen Veränderungsprozesse im Alltag nicht hinreichend.

Gleichzeitig waren die milieutherapeutischen Abläufe und Interventionen für viele Eltern nicht oder nur wenig transparent und es gab zu wenig professionelle pädagogisch-pflegerische Kommunikation mit den Kindeseltern.

Ab Ende 2007 wurde dann ein Konzept für pädagogische Elternrunden entwickelt und regelmäßig in 14-tägigem Rhythmus, anhand von strukturierten manualisierten Modulen durchgeführt. Ziele dieser Elternrunden sind: Schwellenängste abzubauen und eine vertrauensvolle, wertschätzende Basis für die Zusammenarbeit aufzubauen, die Abläufe im stationären Bereich zu verdeutlichen, elterliche Kompetenz im Umgang mit der psychischen Erkrankung von Kindern zu steigern, die Erarbeitung konkreter, alternativer Handlungsmöglichkeiten im Alltag bei spezifischen Problembereichen, das Schaffen von Verständnis für die Probleme des Kindes, Hilfe beim Erkennen und Nutzen vorhandener Stärken des Kindes. Als zentrales Element der Gruppe erwies sich aber auch das Kennenlernen anderer betroffener Eltern und die Schaffung der Möglichkeit eines Austausches untereinander. Insofern ist genügend Raum für Gespräche und Diskussionen unter den Eltern wichtig.

Erste Beobachtungen ergaben, dass ca. 60 % bis 80 % der Eltern an dem Angebot teilnehmen und sich ein intensiver Austausch mit anderen betroffenen Eltern entwickelt. Die teilnehmenden Eltern suchen zielgerichteter das Gespräch mit dem Pflege- und Erziehungsdienst. Sie trauen sich mehr Kontakt aufzunehmen. Sie geben von sich aus häufiger Rückmeldung über die Umsetzung des Besprochenen zuhause und holen sich Rat bei Problemen. Insgesamt gaben die meisten teilnehmenden Eltern positive Rückmeldungen zu diesem Angebot. Auch der Pflege- und Erziehungsdienst gewann neue Einblicke und ein zunehmendes Verständnis für schwierige familiäre Konstellationen, erhielt mehr Sicherheit in der Kommunikation mit den Eltern und erfuhr letztendlich eine Erweiterung der fachlichen Kompetenz über die Betreuung der Kinder hinaus.

In diesem Kontext kann man sehr lange Liegezeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie sie früher in den 80er und 90er Jahren eher die Regel als die Ausnahme waren, durchaus kritisch sehen, da dadurch Hospitalisierungseffekte und in gewisser Weise auch eine Entfremdung von den Eltern oder eine Konkurrenzsituation zwischen Klinikteam und Eltern vorprogrammiert war. Eine der Stärken der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist die Einbeziehung des familiären Milieus von Anfang an. Dennoch muss auch darauf geachtet werden, dass die individuellen Patientenrechte gewahrt bleiben, selbst wenn die Sorgeberechtigten für bestimmte Situatio-

nen und Maßnahmen gar kein oder kein hinreichendes Problembewusstsein haben oder sich aus einem gefühlten Abhängigkeitsverhältnis nicht trauen, bestimmte Punkte kritisch zu thematisieren.

Zwangsmaßnahmen – geschlossene Unterbringung: Eltern als Entscheider

Mit seiner Entscheidung vom 7. August 2013 hat der BGH in Zivilsachen sich klar gegen eine Analogie zu den Vorschriften im Betreuungsrecht für Erwachsene (§ 1906 IV BGB) im Kindschaftsrecht ausgesprochen. Bei der Entscheidung ging es um die nächtliche Fixierung eines Kindes mit Autismus in einer offenen heilpädagogischen Einrichtung. Der BGH in Zivilsachen erkannte, dass diese nächtliche Fixierung keine genehmigungsbedürftige Unterbringungsmaßnahme im Sinne des § 1631 b BGB sei, sondern eine Maßnahme, welche die Sorgeberechtigten, entsprechend ihrer natürlichen Elternverantwortung (im Sinne eines grundlegenden Naturrechts von Eltern) entscheiden können. Der BGH in Zivilsachen berief sich bei dieser Entscheidung auf das Fehlen einer planwidrigen Regelungslücke im Gesetz (vgl. SALGO 2013).

Während also im Erwachsenenrecht nach der Neuregelung des Betreuungsrechts im Februar 2013 Zwangsmaßnahmen immer einer richterlichen Genehmigung bedürfen und die Einwilligung von Betreuern nicht ausreichend ist, können unterbringungsähnliche Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung und Zwangsbehandlungen bei Kindern, d. h. Fixierungen, Isolierungen, Zwangsmedikation oder Zwangsernährung, sofern die Stationstür nicht geschlossen ist, allein mit Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern, ohne gerichtliche Genehmigung vorgenommen werden.

Diese höchstrichterliche Rechtsprechung führt zu einer erheblichen Divergenz der Situation im Erwachsenenalter und Kindes- und Jugendalter, die teilweise in den veränderten länderspezifischen Bestimmungen zum Unterbringungsrecht (PsychK(H)G) nur unzureichend Niederschlag gefunden haben. Allerdings ist die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychK(H)G im Kindes- und Jugendalter, auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eher die Ausnahme. Bevorzugt wird in der Regel die Genehmigung einer Unterbringung durch das Familiengericht an die Eltern nach § 1631 b BGB. Dabei soll der ärztliche Sachverständige in der Regel Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -Psychotherapie sein. Die Unterbringung ist nur dann zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes erforderlich ist, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder

Fremdgefährdung, und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann.

Im Rahmen des vom BMG geförderten APK-Projektes zur Bestandsaufnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland ist auch die rechtlich problematische Situation der ausschließlichen Kontrolle und Genehmigung von Zwangsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter durch die Sorgeberechtigten problematisiert worden. Die Vorsitzende des Familiengerichtstags, Frau Dr. Götz, forderte am 5. November 2015 auf einem Workshop im Rahmen des Projektes eine Gesetzesänderung, ähnlich wie die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände, welche sich am 16. Juni 2015 (vgl. KELCH und FEGERT 2016) im Bundesministerium für Jugend und Familie (BMJV) trafen. Das BMJV, welches in dieser Sache mehrere Expertengespräche im Jahr 2015 durchgeführt hatte, bestätigte bei der Veranstaltung zur Bestandsaufnahme gesetzgeberischen Bedarf, ließ aber offen, ob hier noch in dieser Legislaturperiode mit einer Gesetzesänderungen zu rechnen ist.

Betroffen von dieser Regelungslücke ist nicht nur der Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, sondern auch die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, vor allem in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Grundsätzlich erscheint es, auch mit Blick auf die UN-Kinderrechtskonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention, nicht hinnehmbar, dass ein in der Entwicklung befindliches Kind allein auf der Basis der Einwilligung der Sorgeberechtigten massiven, regelmäßigen, lang andauernden und sehr einschneidenden Grundrechtseingriffen ausgesetzt sein kann, ohne dass irgendeine unabhängige Instanz hiervon Kenntnis erlangt und die Rechtfertigung für diese Maßnahmen überprüft.

Während also freiheitsentziehende Maßnahmen auch im Kindes- und Jugendalter nach § 1631 b BGB an die Genehmigung durch das Gericht gebunden sind, sind unterbringungsähnliche Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung wie Festhalten, Fixierung, Isolierung, 1:1 Videoüberwachung, Sedierung und Zwangsbehandlungen wie Zwangsmedikation, Zwangsernährung, Diagnostik unter Zwang, Körperhygiene unter Zwang derzeit ohne Richtervorbehalt, allein mit Genehmigung der Eltern umzusetzen.

Die Eltern befinden sich aber bei solchen Entscheidungen regelmäßig in einem Konflikt. Sie sind einerseits von der betreuenden Einrichtung abhängig, denn wer würde ihnen die häufig hoch problematischen Kinder

und Jugendlichen abnehmen, wenn sie bestimmten Maßnahmen nicht zustimmen. Zu beachten ist hierbei, dass viele körpernahe Zwangsmaßnahmen wie z. B. die Fixierung weitaus einschneidender empfunden werden als allein die abgeschlossene Stationstür. Ein zweiter Interessenskonflikt ist aber noch sehr viel wesentlicher: Sollen tatsächlich in den Augen der Kinder und Jugendlichen die Eltern diejenigen sein, die letztendlich solche Zwangsmaßnahmen befürworten? Schürt dies nicht erst noch Konflikte in der Familie? In der Praxis hat sich bislang gezeigt, dass sehr viele Eltern froh sind, im Kontext des § 1631 b BGB eine gerichtliche Genehmigung zu erhalten und damit ihrem Kind auch sagen zu können, dies ist von außen überprüft und hat seine Richtigkeit so. Unseres Erachtens sind viele Eltern regelhaft mit einem solchen Rollen- und Interessenskonflikt in Bezug auf Zwangsmaßnahmen überlastet.

Nicht zuletzt hat die Rechtsprechung des BGH in Zivilsachen zu einer Verunsicherung in der Praxis geführt. Bis zu einer Klärung durch den Gesetzgeber sollte in der klinischen Praxis durch entsprechende interne Leitlinien möglichst viel Transparenz bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen und eine insgesamt restriktive Haltung sichergestellt werden.

Institutionen als Gefährdung

Prinzipiell verstehen sich Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie als helfende Institutionen und man stößt auf Unverständnis, wenn man betont, dass sie, trotz aller guten Intentionen Transparenz und Kontrolle benötigen, gerade wenn sie zur Abwendung von Gefahr für Leib und Leben auch Zwang in der Behandlung einsetzen. Die Debatte an den Runden Tischen zur Heimkinderthematik und zum sexuellen Missbrauch haben aber deutlich gemacht, dass Institutionen nicht per se sichere Orte sind, sondern dass gerade die Einrichtungen, in denen Kinder zu ihrem Schutz und zu ihrer Behandlung untergebracht werden, aufgrund der Machtverhältnisse in Institutionen auch zu gefährlichen Orten für Kinder und Jugendliche werden können.

Insofern empfiehlt es sich generell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sich Gedanken über Strategien für Kliniken als sichere Orte zu machen. Wichtig ist hier die Aufklärung von Kindern über ihre Rechte, über den zu erwartenden Behandlungsverlauf und die Partizipation und Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen, wie sie in diesem Beitrag dargestellt wurde. Ausreichende, altersentsprechende Informationen liegen oft nicht vor. Aus

diesem Grund wurde schon vor vielen Jahren, nach der Gründung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, ein kindgemäßes Beschwerdemanagement und sukzessive altersentsprechendes Informationsmaterial in Comic-Form entwickelt (vgl. FEGERT 2014). Explizite Hinweise auf Patientenrechte finden sich mit Auszügen aus der UN-Kinderrechtskonvention in mehreren Sprachen und in einfacher, kindgemäßer Darstellung schon baulich in den Stationsgebäuden und machen so klar, dass Kinder und Jugendliche in der stationären Behandlung nicht einen rechtsfreien Raum betreten, sondern dass sie in diesem Kontext besondere Rechte und besonderen Schutz genießen.

Die Unterarbeitsgruppe I des Runden Tisches sexueller Kindesmissbrauch hat eine Mehrebenenstrategie der Prävention und die Implementierung von Mindeststandards empfohlen. Hierzu gehört die Vorlage eines verbindlichen Schutzkonzeptes, die Durchführung einer einrichtungsinternen Analyse zu arbeitsfeldspezifischen Gefährdungspotenzialen und Gelegenheitsstrukturen, die Bereitstellung von internen und externen Beschwerdeverfahren, einen Notfallplan für Verdachtsfälle in Bezug auf Übergriffe, die Hinzuziehung externer Beratung bei Verdachtsfällen und die Entwicklung eines Dokumentationswesens. Zentral sind themenspezifische Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeitende. Hinzu kommt formal die Einholung erweiterter polizeilicher Führungszeugnisse und auch eine konstruktive Bearbeitung von Fehlern und Beinahefehlern im Umgang mit Risikosituationen (vgl. FEGERT und WOLFF 2015).

Fazit

Transparente Information für Eltern und Kinder, die Beteiligung von Eltern und Kindern ist für eine gelingende kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung unerlässlich. Gerade, weil akute psychiatrische Krisensituationen bisweilen zum Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung auch Zwangsmaßnahmen erforderlich machen, sollten Eltern mit solchen Entscheidungen nicht überfordert werden, denn diese Entscheidungen bringen sie auch ihren Kindern gegenüber fast regelhaft in Interessenskonflikte. In der jetzigen rechtlichen Situation kann ein möglichst transparentes Vorgehen, können bestmögliche Aufklärung und ein restriktiver Umgang mit Zwangsmaßnahmen, der hinreichend Personal und Strukturqualität erfordert, dazu beitragen Kinderrechte zu stärken. Letztendlich kann aber nicht hingenommen werden, dass Kinder und Jugendliche geringeren Schutz

ihrer Persönlichkeitsrechte genießen als betreute Erwachsene. Natürlich ist die Position der Eltern eine andere als die rechtlicher Betreuer nach dem Betreuungsrecht, und die Entscheidungsbefugnisse von Eltern sind andere als die von Amts wegen eingesetzter Personen. Insofern ist eine spezifische Regelung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen im Kindschaftsrecht zu fordern.

Literatur

- ALDERSON, P./SUTCLIFFE, K./CURTIS K. (2006): Children's Competence to Consent to Medical Treatment. *Hastings Center Report* 36, No. 6, S 25–34.
- BECKER, U. (2013): Moralisierender Appell an die Bürger. In: *Süddeutsche Zeitung* vom 13. April 2013. Online verfügbar unter www.sueddeutsche.de/bildung/unterricht-von-behinderten-mit-nichtbehinderten-trick-mit-der-moral-1.1645109-2.
- BERG, J. W./APPELBAUM, P. S./LIDZ, C. W./PARKER, L. (2001): *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*, 2nd ed, Oxford University Press, New York, NY, USA.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2015): *Inklusion in Deutschland. Daten und Fakten*. Online verfügbar unter www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/inklusion-in-deutschland-1.
- ELWYN, G./O'CONNOR, A./STACEY, D./VOLK, R./EDWARDS, A./COULTER, A./THOMSON, R./BARRATT, A./BARRY, M./BERNSTEIN, S./BUTOW, P./CLARKE, A./ENTWISTLE, V./FELDMAN-STEWART, D./HOLMES-ROVNER, M./LLEWELLYN-THOMAS, H./MOUMJID, N./MULLEY, A./RULAND, C./SEPUCHA, K./SYKES, A./WHELAN, T. (2006): *International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration*. *BMJ*. 333(7565):417. Epub 2006.
- FEGERT J. M. (2000): Kindeswohl – Definitionsdomäne der Juristen oder der Psychologen? In: *Brühler Schriften zum Familienrecht. Dreizehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 22. bis 25. September 1999 in Brühl*. Gieseking, Bielefeld, S. 35–58.
- FEGERT J. M./WIETHOFF, K./DIPPOLD, I. (2000): Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei medizinischen, insbesondere kinderpsychiatrischen Behandlungsentscheidungen. In: *Partitur*, S. 61–76.
- FEGERT, J. M. (2014): Beteiligungs- und Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre*. Vol. 17, No. 2, S. 14–21.
- FEGERT, J. M./WOLFF, M. (Hg.) (2015): *Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen«. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention*. Beltz Juventa, Weinheim.
- KELCH, M./FEGERT J. M. (2007): Patientenautonomie – Minderjährige als Patienten. In: *Familie, Partnerschaft und Recht*. Vol. 13, No. 3, S. 76–79.

- ROTHÄRMEL, S./DIPPOLD, I./WIETHOFF, K./WOLFSLAST, G./FEGERT J. M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen.
- RUSHFORTH, H. (1999): Practitioner review: communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. In: J Child Psychol Psychiatry. 1999 Jul, 40(5), S. 683–691.
- SALGO, L. (2013): § 1631b BGB: Fixierung minderjähriger Kinder ist keine Unterbringung. In: FamRZ, 21, S. 1719–1720.
- SIMON, D./LOH, A./HÄRTER, M. (2007): Measuring (shared) decision-making: A review of psychometric instruments. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 101, S. 259–267.

Respekt vor der Autonomie eines psychisch kranken Menschen oder unterlassene Hilfeleistung

Hans Jochim Meyer

Über die Frage, was ist Autonomie, gibt es eine umfangreiche Literatur in Philosophie, Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Ich möchte mich dem Thema nicht theoretisch nähern, sondern aus der Praxis von Nutzern oder Mitnutzern der Psychiatrie, nicht aus klinischer Sicht, sondern aus häuslicher Sicht.

Ich möchte das Thema »Respekt vor der Autonomie eines psychisch kranken Menschen oder unterlassene Hilfeleistung« anhand einer immer wieder in ähnlicher Form geschilderten Situation behandeln: In der Angehörige sich in totaler Verzweiflung und Hilflosigkeit befinden, die oft erniedrigend und traumatisierend für das erkrankte Familienmitglied endet und oft schwere körperliche, seelische, finanzielle und soziale Schäden für das betroffene Familienmitglied nach sich zieht.

Ich spreche hier nicht nur aus persönlichen Erfahrungen als Vater eines psychisch kranken Sohnes. Es fließen ein die Erfahrungen aus zahlreichen Gesprächen mit anderen Angehörigen und auch die kollektiven Erfahrungen des Hamburger Angehörigenverbandes aus mehreren Tausend dokumentierten Beratungsgesprächen der vergangenen Jahre. Es fließen auch die Gedanken etlicher psychiatrieerfahrener Menschen ein.

Ein psychisch schwerkranker Mensch bricht sämtliche sozialen Kontakte ab, bezahlt keine Miete mehr, zieht sich in seine Wohnung zurück, öffnet keine Post, ernährt sich nicht mehr richtig, vermüllt, unter Umständen sind schon Strom und Heizung abgestellt, als Lichtquelle werden Kerzen verwendet, er verwarlost, körperliche Beschwerden stellen sich zusätzlich ein, er läuft Gefahr, in die Obdachlosigkeit zu geraten.

Krankheitsbedingt fehlt die Einsicht in seine Hilfsbedürftigkeit oder er ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, sich um Hilfe zu bemühen. Wenn Angehörige, Freunde oder Nachbarn versuchen, Hilfe für ihn zu erhalten, bekommen sie in der Regel zu hören, man könne leider nichts machen, solange keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Mehrfach wurde uns von Angehörigen berichtet, die den sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes um Hilfe baten, man habe ihnen gesagt, der Kranke möge doch selbst auf dem Amt vorsprechen oder zumindest selbst anrufen!

Beispielhaft sei hier der Originalbericht einer Mutter auszugsweise wiedergegeben:

»Er litt damals unter Wahnvorstellungen, glaubte, Dämonen wollten in ihn eindringen, wollten ihn töten. Wir haben versucht, ihn zu überreden mit uns zu einem Arzt bzw. in eine Klinik zu kommen, was er aber ablehnte, mit der Begründung, dort würde man mit Medikamenten vollgepumpt und müsste dann für immer dableiben. Wir haben dann bei einer Klinik in der Notfallambulanz angerufen und die Krankheitssymptome geschildert, woraufhin der Arzt uns sagte, es handele sich um eine schizoide Psychose und wir sollten uns im Internet informieren. Was wir da erfahren hat uns, gelinde gesagt, in ziemliche Panik versetzt. Unserem Sohn ging es von Tag zu Tag schlechter, er konnte kaum noch etwas essen, weil ihn die Dämonen davon abhielten. Wir haben dann im Internet nach einer Klinik gesucht, die sich besonders um junge ersterkrankte Patienten bemüht, und dort angerufen. Der Chefarzt war sehr nett und hat sich viel Zeit genommen, sagte uns, dass es sich hier schon um eine lebensbedrohliche Erkrankung handele und wir unbedingt versuchen sollten, ihn in die Klinik zu bringen, notfalls über eine Zwangseinweisung, da es keine Möglichkeit gäbe, zu Hause Hilfe zu bekommen.«

Gemeinsam ist fast allen geschilderten Erfahrungen von Angehörigen:

- Eine fachlich kompetente Hilfeleistung vor Ort mit dem Versuch, eine weitere Eskalation zu vermeiden, erfolgte gar nicht oder mit erheblicher Verzögerung.
- Mitarbeiter der professionellen Hilfesysteme waren nicht erreichbar, fühlten sich nicht zuständig oder besaßen keine psychiatrische Kompetenz.
- Hinweise und Erfahrungen der Angehörigen wurden nicht ernst genommen, ihnen wurde unterstellt, sie übertrieben oder wollten gar die Erkrankten »abschieben«. Das Leid der Kranken und ihrer Familien wurde unnötig vermehrt.
- Angehörige wurden »belehrt«, solange keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliege, gebe es keinen Grund, etwas zu unternehmen, die Autonomie eines psychisch kranken Menschen müsse respektiert werden, es gebe schließlich ein Recht auf Krankheit, in unserem Land dürfe jeder so verrückt sein, wie er wolle, wenn es schlimmer würde, könne man ja die Polizei rufen.

Es klingt ja sehr schön, einfühlsam und verständnisvoll, wenn vom Respekt vor dem psychisch kranken Menschen, von der Achtung seiner Autonomie, von der Achtung seiner Menschenwürde gesprochen wird. Es passt auch

gut in den Trend, sich nahezu einseitig auf Themen wie Resilienz und Recovery zu konzentrieren. Fast könnte man meinen, manche psychiatrisch Tätigen seien der Meinung, es genüge, einem kranken Menschen respektvoll zu begegnen, ihm nichts aufzudrängen, ihn eventuell sogar vor seinen überbesorgten Angehörigen, die nicht loslassen können, zu schützen, dann werde alles von selbst gut und der kranke Mensch werde schon »recovern«. Auch die UN-Konvention wird gern angeführt, die in Artikel 12 ja fordert »der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person müssen geachtet werden«.

Dennoch muss betrachtet werden, was diese Einstellung vieler psychiatrischer Fachleute und Juristen zur Autonomie letztlich bewirken kann. Auch lohnt die Beschäftigung mit der Frage, woher diese Einstellung eigentlich kommt.

Kein Angehöriger kann verstehen, dass man sehenden Auges die Verschlechterung des Zustandes miterleben muss, bis endlich die Kriterien des PsychKG greifen und eine Zwangseinweisung mit nachfolgender Zwangsbehandlung erfolgt, oder dass erst eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden muss, um auf diesem Weg eine Behandlung zu bewirken.

Die Meinung, ein psychisch kranker Mensch habe das Recht, so verrückt zu sein wie er wolle, wird von Angehörigen angesichts des Elends vieler Kranker als zynisch empfunden.

Die Situation ist in der Regel ja nicht so, dass jemand mit seinem harmlosen Spleen glücklich und zufrieden vor sich hinleben möchte, sondern die Menschen sind schwer verängstigt, fühlen sich verfolgt, ernähren sich nicht mehr richtig, weil sie Angst vor Vergiftungen haben etc., das heißt, die Menschen leiden und ihre Familien leiden mit.

Aus Angehörigersicht liegt hier allzu oft eine zu starke Betonung der Freiheitsrechte und der Autonomie eines kranken Menschen vor mit der Folge, dass ihm eine frühzeitige Hilfe verweigert wird.

Es kann nicht sein, dass tatenlos zugehört wird, wenn der Zustand eines sogenannten uneinsichtigen Patienten sich immer mehr verschlechtert und dass die erste »Hilfe« irgendwann die Zwangseinweisung mit nachfolgender Zwangsbehandlung ist.

Es kann doch nicht sein, dass gerade schwerkranken Menschen, die nicht in der Lage sind, sich um Hilfe zu bemühen oder die nicht erkennen können, dass sie hilfebedürftig sind, ein Hilfsangebot verweigert wird. Sollte nicht gerade der Respekt vor der Autonomie verlangen, alles zu versuchen, um eine Eskalation hin zu traumatisierenden Maßnahmen zu vermeiden?

Es kann doch nicht sein, dass der Respekt vor der Autonomie eines kranken Menschen zu oft letztlich dazu führt, dass der Betroffene mit Polizeigewalt und in Handschellen in die Klinik verbracht wird, sodass die Frage der Zwangsbehandlung im Raume steht.

Um es drastisch und vielleicht etwas überspitzt auszudrücken: Der von Angehörigen um Hilfe gebetene professionell Tätige unternimmt aus Respekt vor der Autonomie des schwerkranken Menschen nichts. Er gibt den Rat, notfalls die Polizei zu holen. Die soll dann die Schmutzarbeit machen. Er selbst klopft sich auf die Schulter und hat ein reines Gewissen, er hat ja den Willen des kranken Menschen respektiert. Im Übrigen wäscht er wie weiland Pontius Pilatus seine Hände in Unschuld und fühlt sich für die Folgen seine Nicht-Handelns nicht verantwortlich.

So kann und darf es nicht weitergehen.

Bekanntlich hat im Jahre 2013 Juan Mendez, der UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere erniedrigende Behandlung, einen äußerst kritischen Bericht über Freiheitsentziehung und Zwangstherapie bei psychisch kranken Menschen vorgelegt. Er hat in diesem Zusammenhang bekanntlich von Folter gesprochen. Ich habe mich über diesen Bericht gefreut, weil ich die Hoffnung hatte, er werde eine Diskussion darüber anregen, was geschehen muss, um die Zahl der Zwangseinweisungen zu vermindern. Bislang kann ich nicht erkennen, dass eine solche Diskussion auf breiter Basis in Gang gekommen ist.

Ich bin sicher, dass die große Mehrzahl der Angehörigen und, nebenbei bemerkt, auch viele Betroffene, mir zustimmen, wenn ich fordere:

- Wir brauchen eine breite Diskussion über das Verhältnis von Respektierung des aktuellen Willens eines psychisch kranken Menschen einerseits und Hilfsangeboten und Fürsorge andererseits.
- Es muss darüber gesprochen werden, ob es ethisch vertretbar ist, aus abstrakten Betrachtungen zur Willensfreiheit heraus einen kranken Menschen sich selbst zu überlassen.
- Es muss darüber gesprochen werden, ob es ethisch zu rechtfertigen ist, tatenlos zuzusehen, wie ein kranker Mensch sich zunehmend weiter schädigt.
- Es muss darüber gesprochen werden, was man tun kann, um einen kranken Menschen, der sich selbst nicht helfen kann oder sich nicht helfen lassen will, nach Möglichkeit davor zu bewahren, letztlich mit Polizeigewalt unter entwürdigenden Bedingungen zwangsweise eingewiesen zu werden.

- Um es ganz eindeutig auszudrücken: Die Forderung ist nicht früherer Zwangseinsatz, sondern frühzeitige Hilfsangebote um möglichst Zwang zu vermeiden.
- Die Forderung ist, einen pragmatischen Weg zwischen dem Respekt vor der Autonomie eines kranken, hilfsbedürftigen Menschen einerseits und der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung andererseits zu finden.

Es geht auch anders

Wir kennen seit Jahrzehnten eine Familie in England mit einem psychisch kranken Sohn, nennen wir ihn Peter. Über seine Schwester erfahren wir, wie es mit ihm steht. In den letzten Jahren berichtete seine Schwester, dass Peter sich zunehmend zurückzog, soziale Kontakte abbrach, immer weniger in der Lage war, sich selbst und seinen Haushalt zu versorgen, dass sich also eine zunehmend beunruhigende Entwicklung abzeichnete. Einige Zeit später jedoch berichtete sie, Peter ginge es wieder gut, er nehme wieder an Familienfeiern teil und man könne sich wieder gut mit ihm unterhalten. Was war passiert: Er wurde offensichtlich von einem der in England etablierten Community Mental Health Systems betreut. Mit den Worten seiner Schwester: Wenn Peter sich seine Medikamente nicht holt, kommt ein Arzt zu ihm nach Haus und klingelt und klopft so lange an der Tür, bis Peter aufmacht.

Es wird also ein sanfter Druck ausgeübt, bevor eine massive Zustandsverschlechterung eintritt, es wird sanfter Druck ausgeübt zu einem Zeitpunkt, zu dem man noch Chancen hat, den Patienten zu erreichen.

Ich zitiere hier aus einer Arbeit von Martin Zinkler, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik in Heidenheim, über das englische System:

»Zum Einsatz kommt aufsuchende Arbeit, auch am Wochenende, und auch, wenn es vom Patienten nicht explizit gewünscht wird. Ein Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes beschreibt es so: »Wir gehen dabei bis an die Grenze der Belästigung. Erst wenn uns jemand erfolgreich wegen Belästigung verklagt, ziehen wir uns zurück.«

Ich kann es natürlich nicht mit Statistiken belegen, aber ich bin der festen Überzeugung, dass dies in England praktizierte Vorgehen nicht nur menschlicher ist, sondern auch zu weniger Zwangsmaßnahmen führt.

Wann schlägt der Respekt vor der Autonomie eines kranken Menschen in unterlassene Hilfeleistung um? Woher wird von Fachleuten aller Art das Recht genommen, einen kranken Menschen sich selbst zu überlassen, wenn er nicht freiwillig und freudig die Angebote unseres Versorgungssystems

annimmt? Was ist Autonomie: Ein Leben in menschlicher Würde oder in krankheitsbedingter Verelendung?

Die Rechtsprechung fordert, die Autonomie eines psychisch kranken Menschen müsse respektiert werden und es müsse die Verhältnismäßigkeit gewahrt sein. In Wikipedia liest man: »Das Verhältnismäßigkeitsprinzip ist gewahrt, wenn eine Handlung gegen den natürlichen Willen des Betreuten notwendig ist, um eine erhebliche Gefahr abzuwenden, und die Handlung das mildeste der möglichen Mittel darstellt und der Handlung nicht der mutmaßliche Wille des Betreuten entgegensteht«. (https://de.wikipedia.org/wiki/Nat%C3%BCrlicher_Wille)

Niemand wird behaupten, dass der Wille eines kranken Menschen, sei es der freie, natürliche oder mutmaßliche, dahingeht, zwangsweise mit Polizei, Blaulicht und Handschellen in eine psychiatrische Klinik gebracht zu werden. Niemand wird behaupten, auf diese Weise würden Autonomie und menschliche Würde angemessen respektiert.

Als juristischer Laie wäre es vermessen, wenn ich eine Diskussion über die verschiedenen Arten von Willen anfangen würde. Jedoch verstehe ich den Text so, dass die Anwendung eines milden Mittels entgegen dem natürlichen Willen eines kranken Menschen auch rechtlich gesehen in Ordnung sein kann.

Solche milden Mittel zur Unterstützung psychisch kranker Menschen und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sind z. B. aufsuchende Hilfsangebote in der eigenen Wohnung mit dem Ziel, das Vertrauen des psychisch kranken Menschen zu gewinnen und ihm die erforderlichen Hilfen zu verschaffen. Dies auch, wenn der psychisch kranke Mensch dies Angebot nicht selbst anfordert oder zunächst sogar ablehnt! Ziel dieser Hilfsangebote soll letztlich gerade die Vermeidung von Zwang, die Wiederherstellung eines eigenbestimmten Lebens in Würde sein.

Warum ist das psychiatrische Versorgungssystem nicht in der Lage, schwerkranken Menschen, die ihre Hilfsbedürftigkeit nicht erkennen, zu helfen? Die Antwort liegt auf der Hand: Wir haben in Deutschland ein differenziertes Angebot für leicht oder mittelschwer erkrankte Menschen, die in der Lage sind, die bestehenden Hilfsangebote anzunehmen, die zum Teil sogar in der Lage sein müssen, Verträge abzuschließen.

Wer so krank ist, dass er dies nicht kann, bekommt eben keine Hilfe und kann sehen, wo er bleibt. Zynisch ausgedrückt: Wer seine Hilfsbedürftigkeit erkennt, kommt in den Genuss staatlicher oder psychiatrischer Fürsorge, wer das nicht erkennt, ist auf Selbstsorge angewiesen. Thomas

Bock hat das einmal in ein sehr schönes Bild gebracht: Vor dem Eingang zur Therapie wachen zwei Höllenhunde, sie heißen Krankheitseinsicht und Compliance.

Wo bleibt die Überlegung, welche Hilfen unterhalb von Zwangsmaßnahmen man anbieten könnte, wie man einen Zugang zum psychisch kranken Menschen erlangen könnte?

Ich möchte ausdrücklich daran erinnern, dass die UN-Behindertenrechtskonvention nicht nur das Recht auf Selbstbestimmung eines behinderten Menschen fordert, auch eines psychisch behinderten Menschen, sondern sie fordert auch Maßnahmen zu seinem Schutz einschließlich aufsuchender gemeindenaher Dienste.

Es kann doch nicht sein, dass nur die Alternative gesehen wird: Entweder nimmt der psychisch kranke Mensch die vorhandenen Angebote an oder man wartet so lange ab, bis Zwangsmaßnahmen zum Einsatz kommen. Zwangsmaßnahmen sind das Gegenteil von Respekt vor Autonomie.

Zwischen diesen beiden Polen klafft in unserem Versorgungssystem eine gewaltige Lücke. Über die Gründe lässt sich letztlich nur spekulieren, die Tatsache ist nicht zu leugnen, auch wenn das gern versucht wird.

Wenn ein psychisch kranker Mensch Hilfsangebote zunächst nicht annehmen kann, so ist dies doch kein Grund, nichts zu tun. Es ist vielmehr ein Grund, sich um ein Vertrauensverhältnis zu dem kranken Menschen zu bemühen und diese Angebote geduldig zu wiederholen. Es ist ein Grund, zu prüfen, welche milden Mittel auch ohne ausdrückliche Zustimmung des kranken Menschen eingesetzt werden könnten.

Noch einmal: Die Forderung ist nicht die Anwendung von Zwang, sondern ganz im Gegenteil die Forderung nach frühzeitiger Unterstützung psychisch schwerkranker Menschen, auch wenn sie diese Unterstützung nicht selbst einfordern.

Was ist zu tun?

Es bedarf einer grundsätzlichen Diskussion wichtiger Fragen: Es ist eine Neubestimmung der derzeit herrschenden Ansichten über die Autonomie und Selbstbestimmung psychisch kranker Menschen nötig, es ist auch dem Gesichtspunkt des Schutzes eines psychisch kranken Menschen der gebührende Stellenwert einzuräumen. Diese Diskussion sollte dialogisch unter Einbeziehung von Juristen, gesetzlichen Betreuern und staatlichen Stellen geführt werden.

Dieser Diskussion müssen Taten folgen, die innere Haltung vieler Akteure muss sich ändern, Strukturen müssen sich ändern.

Der Staat hat eine Schutzpflicht für seine Bürger, er zwingt Autofahrer, zum eigenen Schutz einen Gurt anzulegen, er zwingt Motorradfahrer, einen Helm zu tragen. Wo bleibt der staatliche Schutz für einen psychisch kranken Menschen, der sich selbst nicht helfen kann, bevor es zu entwürdigenden Zwangsmaßnahmen kommt?

Es muss auch die Frage gestellt werden: Warum ist die Situation so? Man fragt sich, gibt es hier eine unheilvolle Allianz zwischen abstrakten juristischen Betrachtungen über Autonomie und Willensbildung einerseits und institutionszentriertem Denken andererseits? Wir haben viele und gute Angebote, aber leider keines für diesen Personenkreis? Welche Motive könnten noch eine Rolle spielen?

Eine selbstkritische Prüfung der psychiatrisch Tätigen ist angezeigt, ob sich nicht hinter der Forderung nach Respekt vor der Autonomie möglicherweise ganz andere Motive verbergen. Darüber kann ich als Angehöriger nur spekulieren. Denkbare Motive könnten z. B. sein:

- Finanzielle Motive: Aufsuchende Hilfsangebote erfordern Personal und verursachen Kosten.
- Schlicht Bequemlichkeit und Unlust: Es ist mühsamer, sich mit schwerkranken Menschen in deren eigener Wohnung zu befassen als in Klinik oder Einrichtung tätig zu sein.
- Historische Gründe: Dass nach den Erfahrungen der NS-Zeit eine besondere Scheu besteht, gegen den geäußerten Willen eines kranken Menschen zu handeln.
- Spätfolgen der Gedanken aus den 68er-Jahren: Als gegen Autoritäten und den Staat rebelliert wurde und psychische Erkrankungen generell als gesellschaftlich bedingt angesehen wurden?

Erwähnen muss man auch die Erfahrungen, die aus jüngster Zeit berichtet wurden, als durch die Rechtsprechung die Hürden für eine Zwangsbehandlung deutlich höher gelegt wurden. Standen anfangs noch Befürchtungen im Vordergrund, den Kliniken würde eines ihrer wichtigsten Werkzeuge aus der Hand geschlagen, hörte man es bald ganz anders. Man musste zwar mehr Zeit und Mühe aufwenden, aber es gelang vielfach, Patienten zur einvernehmlichen Behandlung zu gewinnen, wo man früher schon lange zur Zwangsbehandlung geschritten wäre. Warum soll so etwas in der eigenen Wohnung nicht möglich sein?

Im Suchtbereich gibt es Streetworker, die von sich aus die Betroffenen aufsuchen und versuchen zu helfen. In Wikipedia ist zu lesen (<https://de.wikipedia.org/wiki/Streetwork>): »Dabei geht es in erster Linie darum, einen Zugang zu Zielgruppen herzustellen, die sonst von keinem anderen institutionalisierten psychosozialen Hilfsangebot mehr erreicht werden. Grundlegend sind somit Kontaktaufbau und Beziehungsarbeit. Vertrauen und verlässliche Beziehungsstrukturen zwischen Klienten und Streetworkern sind wichtig, damit später Hilfsangebote überhaupt angenommen werden können.«

Ich frage: Wenn das ganz offensichtlich mit dem Respekt vor der Autonomie eines kranken Menschen zu vereinbaren ist, warum sollte das bei psychisch kranken Menschen mit anderen Diagnosen anders sein? Warum soll das nicht auch in der eigenen Wohnung möglich sein? Warum wird einem Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie eine Hilfe verweigert, die einem Menschen mit der Diagnose einer Abhängigkeit ungefragt angeboten wird?

Zusammenfassend: Gerade der Respekt vor Autonomie und menschlicher Würde eines psychisch kranken Menschen gebieten es, ihm alle Hilfe anzubieten, dies auch wiederholt, auch wenn er die Hilfe nicht selbst einfordert, auch, wenn er sie sogar zunächst ablehnt. Es geht gerade darum, entwürdigenden Erfahrungen wie Fesselung beim Polizeieinsatz, Zwangsbehandlung oder Obdachlosigkeit möglichst vorzubeugen.

Tatenloses Zusehen in Notsituationen, verbrämt mit hehren Worten, hilft nicht. Sich achselzuckend abzuwenden, wenn der kranke Mensch sich nicht behandeln lassen will, ist weder Respekt vor der Autonomie noch Achtung der Menschenwürde.

Psychisch schwerkranke Menschen brauchen Fürsorge. Gefragt sind geduldig wiederholte Hilfsangebote, der Versuch, eine Beziehung herzustellen. Der Versuch wird nicht immer gelingen. Wird er aber nicht gemacht, liegt unterlassene Hilfeleistung vor.

Bundesteilhabegesetz, nationaler Aktionsplan zur UN-BRK und andere behindertenpolitische Vorhaben

Rolf Schmachtenberg

Meine sehr verehrten Damen und Herren, zunächst Ihnen herzlichen Dank für die freundliche Begrüßung.

Danken möchte ich Ihnen auch für die Gelegenheit, bei Ihrer lebhaften Diskussion zuzuhören. Die jetzt verbliebene Zeit will ich nur nutzen für einige grundsätzliche Bemerkungen. Anstelle des vorbereiteten Power-Point-Vortrages werde ich Ihnen für die Tagungsdokumentation einen Textbeitrag über aktuelle Vorhaben der Abteilung Teilhabe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Verfügung stellen.

Aufgreifen möchte ich Ihre Diskussion und insbesondere auch den hervorragenden Beitrag von Frau Prof. Wacker zur Frage der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Tatsächlich reibe ich mich an dem Begriff »Umsetzung«. Denn dieser Begriff legt nahe, dass es nur darum geht, eine Reihe von wichtigen und richtigen Maßnahmen zu ergreifen, diese durchzuführen und dann festzustellen, dass nunmehr – nach erfolgreichem Abschluss dieser Maßnahmen – die UN-BRK umgesetzt sei. Dem liegt nach meinem Verständnis ein Missverständnis zugrunde. Denn für mich ist die UN-BRK nichts anderes als eine ausführliche Darstellung der Menschenrechte, hier präzise gefasst für die Menschen mit Behinderungen. Und diese gelten immer und richten sich an alle; sie sind jederzeit und jeden Tag neu zu leben.

Deutlich wird mein Gedanke womöglich, wenn ich mich auf den ersten Satz im ersten Artikel des Grundgesetzes beziehe. Dort heißt es: »Die Würde des Menschen ist unantastbar.« Dies gilt immer. Und zugleich wissen wir alle, wenn wir uns nur umsehen, dass dieser Satz jeden Tag neu durchgesetzt, neu gelebt werden muss. Aus alledem folgt nun für mich nicht, dass es nicht sinnvoll sein könnte, einen Plan von Maßnahmen aufzustellen, mit dem man die Verwirklichung der Menschenrechte, wie sie in der UN-BRK dargelegt sind, verbessert. Dem dient genau auf der Bundesebene der Nationale Aktionsplan, den wir gegenwärtig weiterentwickeln. In seiner ersten Fassung war er 2011 aufgelegt worden, nunmehr ist er evaluiert worden, nun wird er fortgeschrieben. Darüber mehr in meinem nachfolgenden Beitrag.

Damit wage ich auch eine Antwort auf die Frage von Frau Prof. Wacker, wer denn eigentlich die UN-BRK umsetze in diesem Land. Meine Antwort ist: Letztlich wir alle. Jeder an seiner Stelle und in seinem Verantwortungs-

bereich. Dabei sind für mich ganz klar staatliche Stellen aller Ebenen von der Gemeinde über das Land bis zum Bund natürlich in besonderer Weise gefordert, aber auch Unternehmen, die sich dazu beispielsweise im Unternehmensforum zusammengeschlossen haben.

Im folgenden Beitrag werde ich Ihnen nun die aktuellen Vorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) für die Verbesserung der Situation für Menschen mit Behinderung vorstellen.

Ich möchte mit den drei Themen beginnen, die Sie womöglich am meisten interessieren, d.h. ich werde zunächst über den aktuellen Stand zur Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts berichten, dann werde ich etwas zur neuen Stiftung Anerkennung und Hilfe sagen und danach über das geplante BTHG sprechen. Abschließend werde ich noch einen Blick auf weitere Maßnahmen meiner Abteilung werfen. Ich denke, es werden Sie zum Beispiel auch Einzelheiten zur Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans zur UN-BRK (NAP) und Einschätzungen zur Situation von Flüchtlingen mit Behinderungen im BMAS interessieren.

Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG)

Wie Sie wissen, arbeiten wir schon seit einiger Zeit an der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes des Bundes (BGG). Seit Juni befinden wir uns in der Ressortabstimmung über den »Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts«, mit dem insbesondere das BGG novelliert und die Sozialgesetzbücher I und X punktuell angepasst werden sollen. Unser Zeitplan war ambitioniert. Jedoch gab es stärkeren Diskussionsbedarf als erwartet. Offensichtlich stellen die neuen Regelungsvorschläge des BMAS Herausforderungen dar, die zu Recht mit der notwendigen Sorgfalt besprochen werden mussten.

Wir haben gemeinsam Lösungen gefunden, die das Behindertengleichstellungsrecht einerseits weiterentwickeln und andererseits in der Praxis keine Überforderungen für die Träger öffentlicher Gewalt darstellen. Das ist deswegen wichtig, weil einige Maßnahmen mit erheblichen Kosten verbunden sein können:

- Zum Beispiel bei den *Bestandsbauten des Bundes*: deren barrierefreie Gestaltung soll in den kommenden Jahren von den Behörden aktiv im Zuge der anstehenden Baumaßnahmen angegangen werden. Und dies bei *jeder* investiven Maßnahme unabhängig von deren Kostenvolumen. Bislang griff das BGG nur bei großen Baumaßnahmen, die Kosten von

mehr als 2 Millionen Euro auslösten. Durch die Einbeziehung der kleinen Bauten werden wir in den nächsten Jahren deutlich vorankommen.

- Um die Barrierefreiheit im Internet ist es bereits nicht schlecht bestellt. Für die ergänzenden Vorschläge zur *barrierefreien Gestaltung des Intranets und der elektronisch unterstützten Verwaltungsabläufe* der Bundesbehörden konnten wir ebenfalls eine gute Lösung finden. Damit werden wir als Bund einer Vorreiterrolle gerecht und kommen dem Ziel einer möglichst barrierefreien Verwaltung – auch für die Beschäftigten des Bundes – wesentlich näher. Selbstverständlich kann und soll diese Verpflichtung nicht die individuell erforderlichen Anpassungen im Einzelfall nach den Regelungen des SGB IX ersetzen. Ein solcher Grundstock an Barrierefreiheit kann diese Anpassungen jedoch deutlich minimieren.
- Auch einen Konsens gefunden haben wir bei der *Bundesfachstelle für Barrierefreiheit*. Die Einrichtung einer solchen Fachstelle war bisher kein Schwerpunkt für das BGG; jedoch aber eine Empfehlung der Evaluatoren des BGG und natürlich eine langjährige Forderung der Verbände. Die bisherigen Abstimmungen zum BGG im Ressortkreis – mit vielen Experten aus den unterschiedlichsten Bereichen – waren da sehr lehrreich: wir haben einen guten, differenzierten Einblick in die praktischen Probleme der Ressorts und auch der Zivilgesellschaft bekommen – sowohl bezüglich der geltenden Regelungen als auch der neuen Verpflichtungen des BGG, sodass wir uns dem Thema »Fachstelle« noch einmal neu näherten. Wir haben uns deshalb darauf verständigt, bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (kurz: KBS) eine Bundesfachstelle für Barrierefreiheit einzurichten, um die gesamtgesellschaftliche Umsetzung des BGG – bei den Behörden, die das BGG adressiert, und in der Zivilgesellschaft – voranzubringen. Die Fachstelle soll als erster Ansprechpartner für die Behörden und die Zivilgesellschaft zur Verfügung stehen, eine kompetente Erstberatung anbieten und in den Detailfragen in enger Zusammenarbeit den Weg zu den bereits vorhandenen kompetenten Stellen weisen. Die Arbeit der Fachstelle wird von einem Expertenkreis begleitet, dem selbstverständlich auch die Vertreterinnen und Vertreter der Verbände der Menschen mit Behinderungen angehören werden.

Bei einigen Themen – Sie erinnern sich vielleicht an die Schwerpunkte – gibt es noch Diskussionsbedarf.

Die Befassung im Kabinett ist für Anfang Januar 2016 geplant, so dass das novellierte BGG Mitte 2016 in Kraft treten kann.

Stiftung Anerkennung und Hilfe

Auch im Bereich des Hilfesystems, das für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden soll, die in den Jahren 1949 bis 1975 (BRD) bzw. 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren, kann ich Ihnen heute Neuigkeiten berichten. Erfreulicherweise haben unsere Bemühungen, gemeinsam mit den Ländern und Kirchen eine Lösung im Interesse der Betroffenen zu finden, Fortschritte gemacht.

Die Konferenz des Chefs des Bundeskanzleramts mit der Chefin und den Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder hat am 7. Mai 2015 die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) beauftragt, hierzu bis zum 31. August 2015 ein Konzept vorzulegen. Daher hat das BMAS in Abstimmung mit dem Vorsitzland der ASMK Thüringen eine Arbeitsgruppe initiiert, die einen Vorschlag zur Errichtung des Hilfesystems erarbeitet hat. Dieser Vorschlag, der unter anderem verschiedene Modelle zur finanziellen Beteiligung und Höhe der Unterstützungsleistungen enthält, wurde der Konferenz des Chefs des Bundeskanzleramts mit der Chefin und den Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder sowie der Katholischen und Evangelischen Kirche in Deutschland Ende August 2015 übersandt. Anfang September 2015 wurden wesentliche Teile daraus einem erweiterten Kreis von Betroffenen, Interessenvertretern und Wissenschaftlern vorgestellt. Herr Ulrich Krüger von der APK hat hieran teilgenommen und wichtige Hinweise gegeben. Dafür mein Dank an dieser Stelle. Die dort vorgebrachten Hinweise und Argumente sind in den weiteren Prozess eingeflossen.

In diesem Zusammenhang wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales auch eine Kurzstudie vergeben, um besser quantitativ einschätzen zu können, wie viele Menschen in den Heimen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie Unrecht und Leid erfahren haben. Diese Studie wurde an Prof. Jungmann vergeben. Im Ergebnis muss davon ausgegangen werden, dass deutlich mehr Kinder- und Jugendlicheinrichtungen der Psychiatrie als in der Behindertenhilfe betroffen waren. In gewisser Weise kehren wir mit dem Anliegen, ein solches Hilfesystem aufzubauen, zurück zu den Zeiten der Enquetekommission und der Aufbereitung dessen, was bis Mitte der siebziger Jahre in Westdeutschland in diesem Bereich geschehen ist. Erweitert wird es um einen Blick auf die Entwicklungen in Ostdeutschland bis zur Vereinigung.

Nun müssen noch unterschiedliche Entscheidungsgremien des Bundes, der Länder und der Kirchen den Vorschlag diskutieren, um eine Einigung

zu den unterschiedlichen Finanzierungsmodellen und Varianten der Geldleistungshöhe zu erzielen. Insbesondere für das Gebiet der ehemaligen DDR ist die Frage der Finanzierung der Unterstützungsleistungen mit den ost-deutschen Ländern und Kirchen noch nicht abschließend gelöst.

Abhängig vom Ausgang dieser Abstimmung sollen – im positiven Fall – in diesem Jahr die weiteren Vorarbeiten beginnen. Hierzu gehört insbesondere der Aufbau der notwendigen Verwaltungsstrukturen. Ferner wird am 11. Februar 2016 eine weitere Anhörung stattfinden, die sich vorwiegend mit Umsetzungsfragen beschäftigt und weitere Anregungen für das Hilfesystem geben soll.

Ich bin guter Hoffnung, dass das Hilfesystem in der zweiten Jahreshälfte 2016 starten kann.

Bundesteilhabegesetz

Ich komme nunmehr zum Bundesteilhabegesetz, das Sie besonders interessieren dürfte.

Das Bundesteilhabegesetz ist eines der wichtigsten sozialpolitischen Vorhaben in dieser Legislaturperiode und die Ministerin ist fest entschlossen, dieses Gesetz zum Abschluss zu bringen. Frau Ministerin Nahles setzt sich dafür ein, das Gesetzgebungsverfahren im Frühjahr 2016 einzuleiten, so dass es in 2016 abgeschlossen werden kann.

Das Bundesteilhabegesetz soll die Aufmerksamkeit bekommen, die es verdient und die für dieses Gesetz erforderlich ist. Denn es ist bei den Betroffenen und ihren Verbänden in aller Munde. Dazu hat vor allem auch das erfolgreiche Beteiligungsverfahren in Form der Arbeitsgruppe »Bundesteilhabegesetz« beigetragen.

Aber medial findet dieses Interesse noch zu wenig Entsprechung. Politik für Menschen mit Behinderungen findet leider immer noch keine ausreichende Beachtung. Dem möchten wir auch mit Ihnen gemeinsam entgegenwirken und für das Bundesteilhabegesetz werben.

In den Beratungen der Arbeitsgruppe ist deutlich geworden, wie komplex das Gesamtsystem der Unterstützung von Menschen mit Behinderung ist. Jede Änderung löst eine Reihe von Folgeänderungen aus. Diese Erkenntnis aus der Arbeitsgruppe verdichtet sich gerade jetzt aktuell bei der Arbeit an dem Referentenentwurf.

Neben den Forderungen der Menschen mit Behinderungen haben auch die Leistungsträger und Leistungsanbieter deutlich ihre Interessen und ge-

genüber formuliert und natürlich sind auch die Interessen des Bundes, der Länder und der Kommunen zu berücksichtigen. Deshalb werden die Arbeiten am Referentenentwurf weiterhin durch Fachgespräche mit Betroffenen sowie Leistungsanbietern und Kostenträgern begleitet.

Wesentlicher Bestandteil des Bundesteilhabegesetzes ist die Reform der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen soll in ein modernes Leistungsgesetz überführt werden. Der Mensch mit seinen behinderungsspezifischen Bedarfen wird im Mittelpunkt stehen. Selbstbestimmung und individuelle Lebensplanung werden vollumfänglich unterstützt. Dies entspricht dem Rollenverständnis von Menschen mit Behinderungen, dem wir gerecht werden müssen und wollen. Im Kern handelt es sich weiterhin um eine Leistung der staatlichen Fürsorge. Das hat unter anderem Bedeutung für die Gesetzgebungskompetenz des Bundes.

Wir wollen die Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfe bundeseinheitlich verbessern und die vorrangigen Leistungssysteme stärken. Konkret bedeutet dies, die Eingliederungshilfe aus ihrer »passiven Auffangfunktion« im Sozialhilferecht in die Lage eines aktiven Teilhabegesetzes im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch zu etablieren.

Dabei steht gleichzeitig die Verringerung von Schnittstellenproblematiken in den Sozialgesetzbüchern zur Grundsicherung für Arbeitsuchende und zur Gesetzlichen Rentenversicherung an. Seit Jahren gibt es eine große Zahl sogenannter Quereinsteiger in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Dies sind Menschen, die in ihrer Biographie Ansprüche auf Leistungen der BA und/oder der Rentenversicherung erworben haben, also berufstätig waren, und dann schließlich als voll Erwerbsunfähige in einer Werkstatt arbeiten. Hierzu arbeiten wir mit den zuständigen Fachabteilungen im BMAS an Konzepten, die darauf hinwirken sollen, diese Entwicklung zu mildern. Denn – und das wird uns von allen Seiten signalisiert –, die Arbeitsaufnahme im allgemeinen Arbeitsmarkt ist Garant für ein selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Behinderung. Dabei gehe ich davon aus, dass diese Überlegungen in besonderer Weise für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zutreffen. Gespräche, nicht zuletzt mit Verbänden, die sich für das Anliegen dieser Gruppe einsetzen, motivieren, diese Konzepte zu entwickeln.

Seitens der Betroffenen und ihrer Verbände werden substanzielle Verbesserungen bei den Leistungen der Eingliederungshilfe erwartet. Auch wenn der Koalitionsvertrag keine Mehrausgaben des Bundes für Leistungsverbesserungen vorsieht, ist es unser erklärtes Ziel, hier finanzielle Spielräume zu erreichen. Dazu ist die Ministerin in guten Gesprächen mit dem Bundesfi-

nanzminister und wir haben auf Fachebene die Kolleginnen und Kollegen des BMF von Beginn an in die Entwicklungen zum Bundesteilhabegesetz mit eingebunden.

Das Bundesteilhabegesetz soll zu spürbaren Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe führen. Wir haben mit dem Referentenentwurf nun die Aufgabe, die vielen Interessen zusammenzuführen und dabei neben den Vorgaben des Koalitionsvertrages vor allem auch die Anliegen der Betroffenen zu wahren.

Lassen Sie mich dies verdeutlichen: Ich sprach eben an, dass der Mensch mit seinen behinderungsspezifischen Bedarfen im Mittelpunkt stehen soll. Selbstbestimmung und individuelle Lebensplanung sollen dabei vollumfänglich unterstützt werden.

Wir wollen, dass die Anrechnung von Einkommen und Vermögen nicht unangemessen in die private Lebens- und Familienplanung von Menschen mit Behinderungen eingreifen darf. Sie darf auch nicht den Ertrag der behinderten Menschen aus geleisteter Arbeit aufzehren. Daher werden wir eine Regelung vorschlagen, die zu substanziellen Verbesserungen bei den Betroffenen führt, ohne die finanzielle Leistungsfähigkeit der Leistungsträger zu überfordern. Gleichwohl wird eine vollständige Bedürftigkeitsunabhängigkeit der Eingliederungshilfe nicht erreichbar sein, wenn man andere Handlungsbedarfe nicht aus dem Blick verlieren will.

Das ist mein Verständnis von Ausgleich der Interessen, von dem ich im Zusammenhang mit der Erstellung des Referentenentwurfs sprach.

Neben der differenzierten Einkommens- und Vermögensanrechnung möchte ich noch einige weitere Punkte des Bundesteilhabegesetzes anführen:

- Da ist die Einführung eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens im SGB IX für alle Rehabilitationsträger einschließlich der Eingliederungshilfe zu nennen. Hier erfolgen klarere Zuständigkeitsregeln und verbesserte Erstattungsregelungen. Wir möchten erreichen, dass künftig über alle Rehabilitationsträger Leistungen wie aus einer Hand erbracht werden.
- Das neue Teilhabeplanverfahren wird sowohl die Leistungsträger der Eingliederungshilfe als auch die anderen Sozialversicherungsträger vor große fachliche Herausforderungen stellen. Wir gehen deshalb davon aus, dass sowohl die Träger der Eingliederungshilfe als auch die Sozialversicherungsträger zusätzliches, gut qualifiziertes Personal benötigen. Hierfür werden zusätzliche Finanzmittel notwendig sein.

- Des Weiteren verfolgen wir den besseren Zugang von Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Arbeitsmarkt; und zwar durch das Budget für Arbeit zur Unterstützung von Arbeitgebern, die Menschen mit Behinderungen beschäftigten und durch die Zulassung alternativer Angebote zu den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.
- Auch Regelungen zur Schaffung eines ergänzenden »Unabhängigen Teilhabeberatungsangebotes« werden erarbeitet. Wir wollen – in enger Abstimmung mit den Ländern – ein flächendeckendes, bundesweites Beratungsangebot ermöglichen. Ein Schwerpunkt liegt dabei im sogenannten »Peer Counselling«, also der Beratung von behinderten Menschen für behinderte Menschen.
- Die Senkung der Ausgabendynamik in der Eingliederungshilfe wird von uns durch die bessere Steuerung der Leistungen und präventive Maßnahmen zur Vermeidung steigender Zugänge aus vorrangigen Leistungssystemen verfolgt. Viel Zuversicht setzen wir hier auf die frühzeitige Vermeidung von Zugängen in die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Das Zusammenwirken von medizinischer Begutachtung und präventiver Leistungen nimmt hier eine zentrale Rolle ein.
- Des Weiteren sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe künftig einem Prüfungsrecht der Leistungsträger und einer regelmäßigen Wirkungskontrolle unterzogen werden. Dies trägt nicht nur zur Transparenz bei, sondern ermöglicht auch eine bessere Anpassung an erforderliche Entwicklungen.
- Zusätzlich prüfen wir die Möglichkeit, in der Grundsicherung für Arbeitssuchende und der Gesetzlichen Rentenversicherung neue Programme aufzulegen, die Spielräume für innovative Maßnahmen zur Senkung der Zugänge in die Eingliederungshilfe ermöglichen. Hier setzen wir an den weiter oben schon angesprochenen bisherigen Schnittstellenproblematiken und der Mehrgliedrigkeit unseres Sozialsystems an und wollen unter den Stichworten Frühzeitlichkeit, Ganzheitlichkeit sowie Nachhaltigkeit den zuständigen Sozialleistungsträgern präventive Leistungsangeboten ermöglichen.

Die Abstimmungen zu den Inhalten des Bundesteilhabegesetzes sind weit vorangeschritten. Der Erarbeitungsprozess für den Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes ist im vollen Gange!

Reform des Rechtes der Schwerbehindertenvertretung im SGB IX

Meine Damen und Herren, ich komme zum Schwerbehindertenrecht. Stichpunkte sind:

- die Stärkung des ehrenamtlichen Engagements der Schwerbehindertenvertretungen,
- die Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten der behinderten Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen,
- die Benutzung von Behindertenparkplätzen sowie
- die Schaffung eines Merkzeichens für taubblinde Menschen im Schwerbehindertenausweis.

Die Stärkung des ehrenamtlichen Engagements der Schwerbehindertenvertretungen wird – voraussichtlich – beinhalten:

- die Absenkung des Schwellenwertes für die Freistellung der Vertrauensperson von derzeit 200 schwerbehinderten Menschen im Betrieb auf 100,
- die Staffelung der Schwellenwerte für die Heranziehung der Stellvertreter nach oben, so dass dann die Vertrauenspersonen in größeren Betrieben mehr Stellvertreter heranziehen können als die derzeit maximal möglichen zwei,
- bei der Fortbildung Wegfall der heutigen Einschränkung, dass ein Stellvertreter nur bei ständiger Heranziehung, häufiger Vertretung der Vertrauensperson auf längere Zeit oder absehbarem Nachrücken in das Amt einen Anspruch hat (§ 96 Absatz 4 Satz 4 SGB IX),
- die Schaffung eines Übergangsmandates bei Betriebsübergang für Schwerbehindertenvertretungen in der gewerblichen Wirtschaft, wie es für den Betriebsrat in § 21a BetrVG geregelt ist,
- eine stärkere Verankerung des Inklusionsgedankens im Betriebsverfassungsgesetz (ausdrückliche Aufnahme der Inklusion behinderter Menschen in den Katalog möglicher Themen für eine Betriebsvereinbarung [§ 88] sowie in § 92 Personalplanung),
- die Ersetzung des Begriffs »Integrationsvereinbarung« im SGB IX durch den Begriff »Inklusionsvereinbarung«.

Zur Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten der behinderten Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen sind folgende Punkte zu nennen:

- Erhöhung der Zahl der Werkstattträte in großen Werkstätten,
- mehr Mitwirkung bei besonders wichtigen Angelegenheiten,
- Einführung von Frauenbeauftragten in Werkstätten,
- verbesserte Freistellungen zur Fortbildung,
- Wegfall der Beschränkung, dass die dem Werkstatttrat zur Seite zu stellende Vertrauensperson aus dem Fachpersonal stammen muss.

Zur Benutzung von Behindertenparkplätzen hatte das BMAS eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von Bund, Ländern und Verbänden behinderter Menschen eingerichtet. Die Arbeitsgruppe hat sich darauf verständigt, dass die derzeitigen Regelungen keiner grundsätzlichen Neuausrichtung bedürfen. Überarbeitungsbedarf wurde ausschließlich hinsichtlich der stark orthopädiezentrierten Definition der außergewöhnlichen Gehbehinderung gesehen, für deren Neuregelung die Arbeitsgruppe einen konkreten Vorschlag erarbeitet hat.

Die wesentliche Neuerung liegt in der Klarstellung, dass eine außergewöhnliche Gehbehinderung nicht nur in einer Beeinträchtigung der Beine, sondern auch in einer Störung der Herztätigkeit, der Lungenfunktion, neurologischen Beeinträchtigungen, weiteren Gesundheitsstörungen oder in einer Kombination derselben begründet sein kann. Menschen, deren Gesundheitsstörung nicht in erster Linie dem orthopädischen Fachbereich zuzuordnen ist, erhalten künftig einen leichteren Zugang zu dem ihnen zustehenden Nachteilsausgleich.

Des Weiteren haben wir das Merkzeichen für taubblinde Menschen im Schwerbehindertenausweis im Blick. Die Zielgruppe sind schwerbehinderte Menschen, bei denen wegen einer Störung der Hörfunktion ein Grad der Behinderung von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein Grad der Behinderung von 100 anerkannt ist. Die Beeinträchtigungen der Teilhabe der von dem neuen Merkzeichen erfassten Personengruppe sind äußerst heterogen. Deswegen lassen sich keine einheitlichen konkreten Bedarfe ermitteln, die man mit dem Merkzeichen verbinden könnte. Es kommt aber beispielsweise als Nachweis für die Rundfunkbeitragsbefreiung in Betracht.

Last, but not least haben die Koalitionsfraktionen in ihrem Antrag »Integrationsbetriebe fördern« verschiedene Änderungen bei der Förderung von Integrationsbetrieben vorgeschlagen. Der Deutsche Bundestag hat den Antrag am 24. September 2015 angenommen. Hier geht es insbesondere um:

- Erweiterung der in Integrationsbetrieben Beschäftigten um die Zielgruppe der langzeitarbeitslosen schwerbehinderten Menschen;
- Ermöglichung neuer »Zuverdienstbeschäftigungen«;
- besondere Berücksichtigung von Integrationsbetrieben bei der Vergabe öffentlicher Aufträge;
- Umbenennung von Integrationsbetrieben in Inklusionsbetriebe.

Der Deutsche Bundestag hat die Bundesregierung darüber hinaus aufgefordert, aus dem Ausgleichsfonds 150 Millionen Euro für die besondere Förderung von Integrationsprojekten zur Verfügung zu stellen. Ein entsprechender Beschlussvorschlag soll in der nächsten Woche im Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen (nach § 64 SGB IX) vorgelegt werden. Wenn er dem Vorschlag zustimmt, wird das BMAS dann mit den Ländern das Nähere zur praktischen Durchführung des Programms verhandeln.

Nationaler Aktionsplan zur UN-BRK (NAP 2.0)

Auch die Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention (NAP) schreitet voran. Es ist geplant, dass das Bundeskabinett über den »NAP 2.0« – so nennen wir den überarbeiteten Aktionsplan – Anfang 2016 entscheidet. Bis es soweit ist, liegt noch eine Menge Arbeit vor uns.

Aber zunächst noch einmal ein kurzer Blick zurück darauf, was sich in diesem Jahr hier getan hat.

Am 26. und 27. März 2015 fand die Anhörung zum ersten deutschen Staatenbericht vor dem Vertragsausschuss in Genf statt. In seinen abschließenden Bemerkungen hat der UN-Vertragsausschuss über 60 konkrete Handlungserfordernisse auf dem weiteren Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft in Deutschland aufgezeigt. Die Empfehlungen des Ausschusses sind ein wichtiger Impulsgeber für den »NAP 2.0«.

Und sie waren Grundlage für ein Werkstattgespräch am 2. Juni 2015, bei dem gemeinsam mit Vertretern der anderen Bundesressorts und der Zivilgesellschaft die Realisierbarkeit möglicher Kernmaßnahmen des »NAP 2.0« diskutiert wurde. Eingebunden in den Prozess der Weiterentwicklung des Aktionsplans haben wir Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen auch über den Ausschuss zur Begleitung der Umsetzung des NAP.

Wichtige Akteure sind selbstverständlich auch die Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Ministerien. Denn Sie alle wissen, dass Inklusion

nicht nur ein Thema der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik ist, sondern in Übereinstimmung mit dem Leitgedanken des »Disability Mainstreaming« tatsächlich alle Politikbereiche berührt. Deshalb ist es sicherlich ein wichtiges Zeichen, dass die Erörterung der zukünftigen Inhalte des weiter entwickelten Aktionsplans nicht nur auf Fachebene stattfindet, sondern durch ein auf Initiative der Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Frau Andrea Nahles, eingesetztes **Steuerungsgremium auf Abteilungsleiterebene** begleitet wurde und wird. Zwei Sitzungen des Steuerungsgremiums haben Anfang und Mitte dieses Jahres stattgefunden. Nächste Woche steht die dritte und letzte Sitzung des Steuerungsgremiums für die Phase der Weiterentwicklung des Aktionsplans auf dem Programm.

Am 23./24. November 2015 sind dann sowohl die Zivilgesellschaft als auch die anderen Ressorts gefragt: Bei den **Inklusionstagen 2015** im bcc Berlin werden wir den Arbeitsentwurf des neuen NAP 2.0 zur Diskussion stellen und die Meinung der Zivilgesellschaft dazu hören. Im Plenum und insgesamt 18 thematischen Foren wollen wir erfahren, was als gut bewertet wird, aber auch wo noch weitere Anstrengungen der Bundesregierung erwartet werden.

Soweit es Ihnen zeitlich machbar ist, möchte ich Sie herzlich einladen, an diesen Tag im bcc in Berlin teilzunehmen und daran mitzuwirken, dass wir möglichst gute Maßnahmen auf den Weg bringen.

Was können Sie aber nun vom »NAP 2.0« erwarten? Selbstverständlich werden sich viele der aktuellen, aber auch geplanten Vorhaben der Bundesregierung mit Bezug zur UN-BRK im NAP wiederfinden. Ich möchte hier aber den Inklusionstagen 2015, wo wir die konkreten Inhalte des NAP präsentieren werden, nicht vorgreifen. Es geht mir um Fortführung und Verbesserung.

Besser machen heißt:

- Die bisherigen Handlungsfelder sollen im Wesentlichen erhalten bleiben, aber klarer strukturiert werden.
- Die Rückbindung der NAP-Maßnahmen auf die Vorgaben der UN-BRK soll stärker fokussiert werden.
- Querschnittsthemen sollen erklärt und eine stärkere Berücksichtigung in den Handlungsfeldern finden.
- Und die Darstellung von Themen, die im bisherigen NAP noch zu kurz kamen, soll verbessert werden: z. B. Bewusstseinsbildung, Partizipation von Menschen mit Behinderungen und die thematische Vernetzung des NAP mit den Aktivitäten zur Umsetzung der UN-BRK auf Länderebene, auf europäischer und auf UN-Ebene, in Wirtschaft und Gesellschaft.

Ich bin zuversichtlich, dass wir mit dem NAP 2.0 ein großes Maßnahmenbündel schnüren werden. Die Weiterentwicklung des NAP ist für diese Legislaturperiode als Ziel im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD festgeschrieben. Aber ich bin mir sicher, dass uns der »NAP 2.0« beim Thema Inklusion auch über diese Legislaturperiode hinaus wieder ein gutes Stück voranbringen wird.

Teilhabebericht der 18. Legislaturperiode

Die Arbeiten am nächsten Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen kommen gut voran. Die ersten vier Kapitel liegen bereits in der Entwurfsfassung vor: Familie und soziales Netz, Bildung und Ausbildung, Erwerbstätigkeit und materielle Situation, Alltag.

Das Konzept für die Weiterentwicklung des Teilhabeberichts wurde mit dem Arbeitsausschuss des Deutschen Behindertenrats am 10. September 2015 diskutiert.

Eine ab 2016 geplante große Befragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen wird momentan durch einen Pretest der Befragungsinstrumente vorbereitet. Uns ist es sehr wichtig, dass auch Menschen in die Befragung einbezogen werden, die bislang als schwer oder nicht befragbar galten. Das ist wissenschaftliches Neuland und eine große Herausforderung.

Wie die Befragung dieser Personen erfolgen kann, das wird gerade im Rahmen des Pretests geklärt. Unser Ziel ist eine inklusive Befragung, die keine Teilgruppen ausschließt.

Das Konzept für die Befragung wurde in einer Vorstudie entwickelt. Die Vorstudie wurde auf den Internetseiten des BMAS veröffentlicht.

Das BMAS steht bei der Erarbeitung des Teilhabeberichtes mit einem Netzwerk von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die Teilhabeforschung betreiben, in fachlichem Austausch.

Es ist sehr erfreulich, dass unsere Bemühungen um eine Verbesserung der Datenbasis auf reges Interesse bei Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftlern gestoßen sind. Wir bemühen uns, Teilhabeforschung als fachlichen Schwerpunkt in der Forschungsförderung zu verankern. Dazu sind wir im Dialog mit dem BMBF.

Initiative Inklusion

Auch die Initiative Inklusion zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist wesentlicher Baustein des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Für die Durchführung der Maßnahmen der Initiative Inklusion sind insgesamt bis zu 140 Millionen Euro bereitgestellt. Die Mittel verteilen sich auf vier Handlungsfelder.

Für die Durchführung der Handlungsfelder sind die zuständigen Landesministerien, alle Kammern und in begrenztem Umfang das BMAS selbst verantwortlich.

Gefördert werden beispielsweise die Berufsorientierung von schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern, neue Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Jugendliche in Betrieben und Dienststellen des allgemeinen Arbeitsmarkts, neue Arbeitsplätze für schwerbehinderte Arbeitslose und Arbeitsuchende, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Es wird auch Inklusionskompetenz bei Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Landwirtschaftskammern gefördert. Hierbei beteiligten sich 40 Kammern. Die beteiligten Kammern haben dem BMAS zwölf Monate nach Ende des jeweiligen Förderzeitraums über die Nachhaltigkeit ihrer Maßnahmen zur Implementierung von Inklusionskompetenz zu berichten.

Um Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der einzelnen Handlungsfelder der Initiative Inklusion bewerten zu können, erfolgt in Zusammenarbeit mit den Ländern die Evaluation der einzelnen Maßnahmen. Einhergehend mit dem Abschluss der Initiative Inklusion, soll dem BMAS zum 30.09.2018 der Abschlussbericht der Evaluierung vorliegen.

Antrag der Regierungsfractionen Integrationsbetriebe fördern

Das BMAS hat es außerordentlich begrüßt, dass die Regierungsfractionen einen Antrag zur Förderung von Integrationsbetrieben auf den Weg gebracht haben.

Das BMAS sieht in den Integrationsbetrieben einen wichtigen Partner bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Zielgruppe der Integrationsbetriebe sind heute vor allem schwerbehinderte Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung sowie schwerbehinderte Menschen, die zuvor in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt waren und denen mit

den Integrationsbetrieben eine Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geboten werden kann.

Integrationsbetriebe werden von den Integrationsämtern aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe besonders gefördert, in den letzten Jahren mit steigender Tendenz. Im Jahre 2013 haben die Integrationsämter für die Förderung der Integrationsbetriebe bundesweit rund 68 Mio. Euro aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe aufgewendet, das waren 15,2 % der Gesamtausgaben.

Lassen Sie mich einige Punkte des Antrages besonders hervorheben:

Das BMAS begrüßt die Überlegungen der Koalitionsfraktionen, Integrationsbetriebe besonders zu fördern und damit neue Chancen für schwerbehinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen, ausdrücklich. Das BMAS will hierzu in großem Umfang beitragen, nämlich durch die vorgesehene Förderung des Ausbaus von Arbeitsplätzen in Integrationsbetrieben aus Mitteln der Ausgleichsabgabe, die dem Ausgleichsfonds beim BMAS jedes Jahr zufließen.

Das BMAS wird dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen, der über die Verwendung der Mittel befindet, auf seiner nächsten Sitzung am 4. November 2015 einen entsprechenden Vorschlag unterbreiten.

Das BMAS begrüßt auch die Absicht, die bisherigen Zielgruppen um langzeitarbeitslose schwerbehinderte Menschen zu erweitern. Auch dies ist ein Beitrag, langzeitarbeitslosen Menschen neue Beschäftigungschancen zu eröffnen.

Wir wollen aber nicht allein die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen fördern, wir wollen auch die Wettbewerbsfähigkeit der Integrationsbetriebe stärken. In dem vom Bundeskabinett am 8. Juli 2015 verabschiedeten Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Vergaberechts (Vergaberechtsmodernisierungsgesetz – VergRModG) ist bereits ein Vorschlag enthalten, mit dem die Privilegierung der Integrationsprojekte in Vergabeverfahren ermöglicht wird (vgl. § 118 GesetzE).

Neues Soziales Entschädigungsrecht (SER)

Lassen Sie mich noch etwas zu einem anderen wichtigen Thema sagen, das im Koalitionsvertrag entsprechend gewürdigt wird: Das Recht der Sozialen Entschädigung und der Opferentschädigung soll in einem zeitgemäßen Regelwerk zukunftsfest neu geordnet werden.

Für uns heißt das, es insbesondere an den veränderten gesellschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnissen auszurichten. Dazu gehört es für uns

auch, die psychische Gewalt als Tatbestand im Neuen Recht der Sozialen Entschädigung zu erfassen.

Zudem wollen wir erreichen, dass Opfer von Gewalttaten schnellen und unbürokratischen Zugang zu Sofortmaßnahmen erhalten und professionell begleitet werden. Ein transparenter und spezifischer Leistungskatalog soll zu einer verbesserten Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gesellschaft beitragen.

Mit dieser Zielsetzung erarbeiten wir im BMAS derzeit einen Gesetzentwurf zum Neuen Sozialen Entschädigungsrecht.

Wir wissen, dass ein solches Vorhaben nur gelingen kann, wenn ein möglichst breiter Konsens mit allen Beteiligten erreicht wird. Deshalb ist für uns der Austausch mit den anderen in der Bundesregierung betroffenen Ressorts, den Sozialministerien der Länder sowie mit Verbänden sehr wichtig. In unsere Arbeit am Neuen Sozialen Entschädigungsrecht lassen wir zudem viele Anregungen einfließen, die wir aus den Beratungen der Runden Tische »Heimerziehung« und »Sexueller Kindesmissbrauch« sowie den jährlichen Werkstattgesprächen zum Opferentschädigungsgesetz bekommen haben. Auch die Erkenntnisse aus drei vom BMAS geförderten Modellprojekten zum Opferentschädigungsgesetz werden in das Neue Soziale Entschädigungsrecht Eingang finden.

Wir sind mit der Reform des Neuen Sozialen Entschädigungsrechts auf einem guten Weg. Es liegt aber noch viel Arbeit vor uns. Dazu gehört nicht nur die Arbeit am Gesetzestext, sondern auch die Abstimmung mit den Ressorts, die für die Nebengesetze zuständig sind. Auch werden wir den Beteiligungsprozess verstärken.

Gesamtüberarbeitung und 6. Änderungsverordnung der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMeEdVO)

Schon seit einer geraumen Weile arbeiten wir an der 6. Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Es geht darin im Wesentlichen um das Sehvermögen und die Folgen von Blutkreiserkrankungen. Außerdem sollten zum ersten Mal die im Sinne der Teilhabeorientierung neu konzipierten »Gemeinsamen Grundsätze« zum Tragen kommen. Schließlich enthält der Entwurf einen neuen modularen Ansatz, die »pauschale Erhöhung« des GdB, die nach und nach die heutige »Heilungsbewährung« ersetzen sollte. Damit sollte in Zukunft eine bessere Abstufung der Beeinträchtigungen insbesondere bei Krebserkrankungen ermöglicht werden.

Bund und Länder haben hier bisher keinen Konsens erreicht. Kontrovers diskutiert wird vor allem die pauschale Erhöhung. Dabei geht es nicht zuletzt um den Vollzug der Regelungen und den Vollzugaufwand. Bei 1,7 Mio. Anträgen jährlich allein im Schwerbehindertenrecht muss man in der Tat auf Effektivität achten. Andererseits ist uns die Teilhabeorientierung, die ja durch § 2 SGB IX ausdrücklich nominiert ist, auch für die Überarbeitung der versorgungsmedizinischen Grundsätze eine Verpflichtung. Anfang November werden die Bund-Länder-Gespräche fortgesetzt.

Flüchtlinge mit Behinderung

Abschließend möchte ich noch auf die Situation von Flüchtlingen mit Behinderung eingehen.

Die Flüchtlingspolitik ist seit der Wiedervereinigung wohl eine der größten politischen Herausforderungen für Deutschland und ein wichtiger Krisenstabilisationspunkt für die Zukunft unseres Landes geworden.

Bei der Ausgestaltung müssen wir einerseits gewährleisten, dass unsere Aufnahmesysteme, die derzeit ganz erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, nicht unter der Belastung zusammenbrechen. Daher dürfen wir die Länder und Kommunen nicht mit unseren Anforderungen an die Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen überfordern.

Andererseits aber müssen wir unbedingt Sorge tragen, dass die Gruppe der besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge, zu denen auch die Menschen mit Behinderungen zählen, im aktuellen Flüchtlingsstrom nicht »untergeht«.

Die Richtlinie verlangt zum einen die Identifizierung besonders schutzbedürftiger Menschen bei der Aufnahme, zu denen neben Menschen mit Behinderungen auch Kinder, Schwangere oder die Opfer von Folter- und Gewalterfahrung zählen. Zum anderen verlangt sie die bedarfsgerechte medizinische Versorgung dieser Menschen. Diese umfasst insbesondere auch eine geeignete psychologische Betreuung.

Der aktuelle Gesetzesentwurf, der aber noch zwischen den Ressorts abgestimmt wird, enthält die hierfür erforderlichen Anpassungen bei den Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Um Flüchtlinge mit Behinderungen und besonderen Unterstützungsbedarfen bei der Arbeitsmarktintegration zu unterstützen, befindet sich das BMAS im Dialog mit Rehabilitationseinrichtungen (BBW und BFW) und den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Ein entsprechendes Auftaktgespräch hat am 27. Oktober 2015 im BMAS stattgefunden. Das BMAS befindet

sich zudem in laufenden Gesprächen mit diesen Rehabilitationseinrichtungen und weiteren Stellen (wie der DRV) hinsichtlich der Nutzung freier Kapazitäten zur Unterbringung und Unterstützung von Flüchtlingen.

Wir werden Projekte unterstützen, die eine schnellere und zielgenauere Integration von Flüchtlingen in Arbeit und Gesellschaft ermöglichen. Dazu gehört z. B. der Antrag der Psychologischen Hochschule Berlin in Kooperation mit dem Universitätsklinikum der Charité zur Unterstützung und Förderung der Integration psychisch kranker Flüchtlinge in die Arbeits- und Sozialwelt.

Außerdem werden wir anregen, das Thema »Flüchtlinge mit Behinderungen« im Rahmen der »Asylbewerber- und Flüchtlingsbefragung« des IAB durch Fragestellungen aufzunehmen.

Im Übrigen werden wir die Entwicklung beobachten und – wo immer möglich – auch pragmatisch leistbare Hilfe und Unterstützung anbieten.

Ich hoffe, es ist mir gelungen, Ihnen die verschiedenen Vorhaben der Abteilung Teilhabe kurz vorzustellen. Sie alle beanspruchen für sich, einen Beitrag zu leisten auf dem Weg zu einer inklusiveren Gesellschaft. Zugleich belegen sie für mich, wie vielfältig Politik sein muss, die für die Belange von Menschen mit Behinderungen eintritt. Sie muss in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesellschaft für die unterschiedlichsten Arten und Formen der Beeinträchtigung Antworten für eine Unterstützung zum Leben mitten in der Gesellschaft finden.

Schieflagen – Die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland: Teilhabe und Chancenverteilung in Balance?

Elisabeth Wacker

Zwischen Fragen der Psychiatrie-Enquete und der Kinderrechte sind die mit der Behindertenrechtskonvention verbundenen Anliegen und Aufgaben in guter Gesellschaft. Denn sie geben mit ihrer humanitären Ausrichtung Anlass, auf scheinbar Bekanntes neu zu schauen. Sachlich kann man *einfach* nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und ihrer Umsetzung in Deutschland fragen – und das ist sicher wichtig. Man kann aber auch *komplexer* überlegen, ob von »Neuen Techniken der Bewältigung beschädigter Identität« die Rede sein sollte (GOFFMAN 1967) oder von einer Reflexion von »Abweichungen«¹, die einen besonderen Personenkreis sichtbar werden lässt, als nicht passend, bezogen auf eine fiktive Normalität.

Die Sichtweise auf »Behinderung« als »Abweichung« ist allerdings – im Lichte der UN-BRK betrachtet – keine »Neue Technik der Bewältigung«, sondern vielmehr die übliche Form, eine gemeinhin als problembeladen betrachtete, oft übersehene bzw. weniger erwünschte Bevölkerungsgruppe wahrzunehmen. Deswegen soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, nach neuen Perspektiven zu suchen und nach erkennbaren Schief-lagen im heute Realen.

Positionen im Vielfaltsblick der UN-Behindertenrechtskonvention

Die menschenrechtlich orientierte UN-BRK lehrt, dass Menschenrechte zunächst immer Rechte für *alle* sind; aus dieser Position kann man zwar auch den Blick auf *besondere* Gruppen von Menschen richten (z. B. in der Lebensspanne nur auf Kinder und Jugendliche, spezifisch nach Geschlecht etwa nur auf Frauen oder bezüglich funktionaler bio-psycho-sozialer Aspekte auf Menschen mit Beeinträchtigungen), aber dabei wird man immer auch ihre Lebenslagen ins Auge fassen. Dies ist, wenn man so will, in die »*Normalität von Abweichungen*« eingebettet. Erkenntnisleitend wird dann allerdings

-
- 1 Abweichungen lassen sich beispielsweise beobachten bei Messungen als systematische oder zufällige »Fehler«, als »deviantes Verhalten«, das Erwartungen nicht entspricht, im Rechtswesen, wenn Entscheidungen divergieren (nicht übereinstimmen), in der Politik, bei Einstellungsdivergenz bzw. »Dissidenz« oder im Qualitätsmanagement, wenn eine erwartete Qualität nicht erfüllt oder übererfüllt wird.

weniger eine je eigen initiative Durchsetzung sozialer Identität, als vielmehr die Entdeckung von Wegen und Strategien, um das erwartungsbasierte Unbehagliche im Umgang mit Vielfalt und Verschiedenheit aufzuheben. Auf diese Weise werden nicht mehr zuallererst »die Abweichenden« in die Pflicht genommen, sich in einer Gruppe (mit ihresgleichen) zu organisieren, sich zu emanzipieren oder sich bedingungslos einzufügen, z. B. in Einrichtungen für Stigmatisierte, um von dort aus Klagen, Wünsche oder politische Anliegen zu artikulieren. Vielmehr manifestiert sich ein gesellschaftlicher Auftrag zur Veränderungen der Lebenskontexte für *alle*.

Inklusionserwartungen

Momentan werden, wenn es um Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen geht, Erwartungen, Planungen und auch Befürchtungen häufig unter dem Begriff »Inklusion« zusammengefasst, auch von »sozialer Inklusion« ist die Rede², oft verbunden mit der Forderung auf Teilhaberechte. Gemeint sind dabei Aufenthaltspositionen bezogen auf Räume oder Nutzungsrechte in der Gesellschaft unter definierten Bedingungen. Gesetzlich geregelt sind entsprechende Positionierungen bezogen auf den Personenkreis im Feld der Rehabilitation seit 2001 beispielsweise im Neunten Sozialgesetzbuch, das mit »Rehabilitation und Teilhabe« überschrieben ist (SGB IX). Im gesellschaftlichen Differenzierungsprozess wird hier die Frage gestellt nach Teilhabechancen sowie Inklusions- bzw. Exklusionsrisiken.³ Glaubt man einer Studie von FORSA aus dem Jahr 2014, ist Deutschland bereits sehr offen für Vielfalt im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen, Inklusion ist willkommen⁴ – aber: Die meisten Befragten meinten gleichzeitig, das Inklusi-

2 Den Master-Studiengang »Soziale Inklusion: Gesundheit und Bildung« kann man an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum studieren (www.efh-bochum.de/index.php/ma_soziale_inklusion_gesundheit_und_bildung.html)

3 Zur entsprechenden differenzierten Reflexion von Teilhabe, Partizipation und Inklusion siehe WANSING 2005.

4 Basis ist eine repräsentative Befragung von 1.400 Personen, um herauszufinden wie Menschen mit Beeinträchtigungen in der Bevölkerung leben. Gesellschaftliche Teilhabe wird dort als eine wesentliche Grundlage für ein glückliches Leben angenommen (GÜLLNER und RAFFELHÜSCHEN 2014, S. 64 ff.); 98 % der Befragten meinten, das gleichberechtigte Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderungen in unserer Gesellschaft sei wichtig.

onsziel sei nicht zu schaffen.⁵ Dies ließe sich interpretieren als Realitätssinn, oder auch als mehrheitliche »elegante« Abschottung, als »Ausgrenzung im Innenkreis der Gesellschaft« (STICHWEH 2009, S. 36 f.), ohne diesen Prozess kritisch wahrnehmen zu wollen. Dann liegen die Annahmen nahe, dass gesellschaftliche Selektionsmechanismen keineswegs aufgehoben sind (WANSING 2012, S. 393) oder, dass es schlicht an Veränderungsbereitschaft mangle.

Hingegen bliebe die Frage ausgeklammert, ob die gegenwärtige inklusionsoffene Gesellschaft, die insofern an sich zur Teilhabe einlädt, in ihrem Innenleben tatsächlich so gastfreundlich und attraktiv ausgestaltet ist, dass *alle* dieser Einladung gerne folgen wollen (BECKER 2015, S. 13). Zu fragen in welcher Gesellschaft man zukünftig leben wolle, lohnt sich insofern bereits grundsätzlich; denn so lässt sich aufklären, in welche realen oder erst noch herzustellenden gesellschaftlichen Strukturen und Räume zum Aufenthalt geladen wird. Bislang ist allerdings weder klar, wie noch von wem Lizenzen⁶ für das »drinnen« gegeben oder entzogen werden.

Impulse zur Inklusion manifestieren sich insofern doppelt: als Re-Aktion auf eine laufende öffentliche Debatte und zugleich als Vision und Aktion, als Anstrengung unter visionären Vorzeichen sowie als Bemühen um Aufklärung und Änderung einer kritikwürdigen gesellschaftlichen Wirklichkeit. Eine klare Zielorientierung ist in diesem Geschehen nur schwer auszumachen. Konkrete Wegweiser zur Teilhabe, in denen auch Push- und Pull-Faktoren, Risiken und Chancen abgewogen werden, fehlen weitgehend. Aber dennoch sind Diskurse zu »Tatbeständen und Umständen« eines gesellschaftlichen Drinnen und Draußen im Alltag angekommen, und so steigen Bedarfe der Aufklärung. Dies ist kein einfaches Unterfangen, denn selbst die Grundfrage von »Rehabilitation und Teilhabe« ist offen. Wie eigentlich der gesellschaftliche Auftrag an das etablierte und sich weiter entwickelnde Rehabilitationssystem lautet, ist nicht geklärt. Soll es vorrangig

- Fürsorge und Versorgung bei Beeinträchtigungen garantieren, auch um den Preis von Stigmatisierungen und Exklusionsrisiken, oder soll es

5 Bei generell hoher Akzeptanz ist die Bilanz der Machbarkeitsfrage ernüchternd: Nur knapp ein Drittel der Deutschen glaubt überhaupt daran, dass eine inklusive Gesellschaft möglich sei. Auch die Inklusionsoptimisten erwarten diese auf einer »langen Bank«: 10 % rechnen mit fünf Jahren, 25 % mit zehn Jahren, 20 % mit zwanzig Jahren bis zur Realisierung – während weit über ein Drittel die inklusive Gesellschaft keinesfalls vor 2035 als möglich ansieht (GÜLLNER und RAFFELHÜSCHEN 2014, S. 105 ff.)

6 Lizenz, nach lat. licet = es ist erlaubt; licentia = Freiheit, Erlaubnis.

- Inklusionsvermittlung leisten, auch wenn mit wachsender Autonomie bislang exklusiv Sonderversorgter zweifelsfrei Risiken in viele Richtungen verbunden sind?

Selbst ob hier eine Ideologiedebatte um sozialpolitische Aufgaben maßgeblich sein soll, oder ob man nach Tatsachen (z. B. Lebenslagen) und Taten (z. B. Maßnahmen und ihren Wirkungen) fragen will, ist noch zu klären. Bislang regt sich vor allem der Verdacht, es gehe vielfach eher um Effekte, um Spiegelungen einer Inklusion, die man eben »einfach machen« oder haben solle, im Lichte von Maßnahmen. Diese »Fata Morgana« eines gelingenden Umgangs mit Vielfalt und Verschiedenheit ließe sich dann – mit vollem Recht – auf keiner gegenwärtigen gesellschaftlichen Karte verorten.

Normallagen als Ankerpunkt und Anerkennung von Verschiedenheit

Unter Normallagen werden in Wirtschaft und Technik Zustände der Stabilität verstanden. Entsprechend gilt als notwendige Bedingung sozialen Lebens, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gemeinschaft, Gemeinde oder Gesellschaft einen bestimmten Satz normativer Erwartungen teilen und dort ihre Ankerpunkte für Identität finden. Dass diese Stabilität nicht zwingend von Ausgewogenheit getragen wird, ist wichtig zu bedenken. Es geht also nicht in erster Linie um Gleichgewicht, sondern um Akzeptanz. Folgt man GOFFMAN, dann gelingt der Umgang mit zweifellos vorhandenen allgegenwärtigen Binnendiversitäten (1967, S. 172), weil zwar einerseits selbst alle Abweichenden »weit mehr unterscheidet (...) als sie Gemeinsamkeiten haben«, aber andererseits »normal« Abweichende und Stigmatisierte diesen Status stillschweigend akzeptieren und es *freiwillig* unterlassen, Akzeptanzansprüche weit über den Punkt hinaus zu treiben, den Normale angenehm finden (GOFFMAN 1967, S. 160). Was aber, wenn dieses »Stillschweigen« gebrochen wird bzw. »aufgebrochen« durch eine Zielorientierung an den gleichen Ansprüchen *aller*, ihre Verschiedenheit zu leben? Was, wenn sich Menschen ihrer Ansprüche bewusst werden, erstarken und ihre Teilhabe einfordern?

Wenn nun tatsächlich *allen* das Recht auf nicht-sanktionierte Verschiedenheit zugestanden würde, werden Hoffnungen und Erwartungen geschürt auf Öffnung für Andere, Offenheit für vielfältige Leistungsfähigkeiten, Abwechslung normalen Verhaltens, Fülle der Lebensformen, Pluralisierung der Lebenswelten und -entwürfe. Werden dann hier und heute auch neue

emanzipatorische Prozesse möglich und notwendig? Oder werden Balancen auf der Basis von Vorstellungen gruppenbezogener Homogenität mit dieser Freistellung so erschüttert, dass eine fortschreitende Entsolidarisierung notwendig folgt und gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit (weiter) voranschreitet, wie dies manche vorhersagen? (HEITMEYER 2012)

Dem treten staatliche und zivilgesellschaftliche Vertreterinnen und Vertreter eines Vielfalts- und Teilhabegebots entgegen. Das Staatsministerium für Kultur des Freistaats Sachsen beruft sich beispielsweise auf den Friedensnobelpreisträger und ehemaligen Vizepräsidenten Südafrikas Willem De Klerk mit dem Zitat: »Bisher war es wichtig, dass jeder, der anders ist, die gleichen Rechte hat. In Zukunft wird es wichtig sein, dass jeder das gleiche Recht hat, anders zu sein.« (www.inklusion-sachsen.de, aufgerufen am 01.03.2016)

Das Gebot der Stunde könnte eine Art allumfassendes Training in Anerkennung und Gleichstellung sein, das vielfach unterschiedliche und ökonomisch Unterprivilegierte einbezieht: in den Städten (bzw. dort in Problemvierteln) oder an anderen »Rändern« der Gesellschaft. Man könnte sagen, Teilhabe und Inklusionsorientierung würden zum bedeutsamen Gebot der Stunde, quasi dem 11. Gebot.

Dieses 11. Gebot schafft allerdings neue Grenzziehungen bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen, wenn man »die Behinderten« als eine »homogene Sondergruppe« oder als Merkmalsträger (Besitzer eines Schwerbehindertenausweises) betrachtet, wie dies aktuell in der deutschen Inklusionsdebatte häufig der Fall ist. Wie es um Menschen mit chronischen Beeinträchtigungen und ihre Behinderungen bzw. Inklusionschancen wirklich steht, wird auf diese Weise nicht sichtbar.

Um hierzu Aufklärung zu erhalten lohnt es sich, zunächst über gleiche Chancen *aller* überall in der Vielfaltsgesellschaft nachzudenken. Wie sich dann gerechte Chancen für *alle* definieren lassen, ist aber noch keineswegs klar. Ein weiterer und anschließender Schritt könnte sein, aufmerksamer zu werden für »Diversität« (bezogen auf Alter, Beeinträchtigungsbeginn und -verlauf in der Lebensspanne, Bildung, Ethnie, Fähigkeiten, Familienstand, Geschlecht, Herkunft, Kultur, Lebenserfahrung, Position als Mehrheit oder Minderheit, Sprache, religiöse Orientierung, sexuelle Orientierung etc.) einerseits und Behinderungen in der Gesellschaft andererseits.

Gleichheit bei Verschiedenheit

Wenn Verschiedenheit erkannt wird und als »Normalmaß« für Menschen gilt, stellt sich eine grundlegende Gerechtigkeitsfrage. Wie ist mit Gleichheit (dem gleichen Menschenrechtsanspruch und gleichen Gerechtigkeitserwartungen) bei Verschiedenheit umzugehen? Was bedeutet »jedem/jeder das Seine/Ihre« in einer Vielfaltsgesellschaft zuzumessen? Lässt sich Gerechtigkeit besser rechnerisch, moralisch, leistungsorientiert oder nach Bedarf und Bedürfnissen herbeiführen oder gar garantieren?

- Eine rechnerische Gerechtigkeit, die jedem und jeder das Gleiche zuteilt, wäre z. B. zumindest auf einer Zugangsebene das gleiche Schulrecht für Jungen und Mädchen.
- Aus moralischer Perspektive erschiene es gerecht, nach aufgewendeter Mühe zu entlohnen, also müssten diejenigen, die sich am meisten angestrengt haben, auch die größten Erträge erzielen. Konkret lässt sich dies allerdings schwer gerecht berechnen, gerade weil sich Fähigkeiten und Fertigkeiten, z. B. auch nach Alter, Bildung, Herkunft oder Vermögen, unterscheiden können (also relativ und relational sind).
- Wenn hingegen objektive Leistung das gerechte Maß der Dinge wäre, müssten eine vereinbarte beste Qualität, höchste Stückzahl oder steilste Karriere vorgewiesen werden, um (materielle oder soziale) Ressourcen zu erhalten. Bei diesem Maß drohe – kritisieren vor allem Selbstvertretungen von Menschen mit Beeinträchtigungen ebenso wie die Diskurse der Disability Studies – Ableism, also die Bewertung von Menschen anhand ihrer Fähigkeiten, bezogen auf etablierte Normalitätserwartungen. Abwertungen (aufgrund wahrgenommener Abweichungen) sind wahrscheinlich, Chancen der Teilhabe (Provision oder Privilegierungen) würden (weiter) ungleich verteilt.
- Schließlich könnte man »Gerechtigkeit« nach Bedarfen und Bedürfnissen abwägen. Dann werden jeweils Beiträge erforderlich, die einer Solidarität geschuldet sind, gegenüber den Bedarfslagen behinderter Menschen; und es wird zugleich zu Leistungen der Selbstsorge auch der Menschen mit Beeinträchtigungen aufgefordert, soweit sie in ihrer eigenen Macht steht – wie es der Subsidiarität entspricht.

Entsprechende Fragen nach Maßstäben im Umgang mit Verschiedenheit sind keineswegs gesellschaftlich geklärt. Unter Vielfaltsaspekten werden sie eher umso komplizierter und kontroverser, je differenzierter man über Behin-

derungen nachdenkt und je mehr man auch die Stimmen und Stimmungen der Behinderungserfahrenen einbezieht. Es wundert nicht, dass gerade die Idee einer Gerechtigkeitsorientierung auf viele Skeptiker trifft. Bereits 1880 meldete Nietzsche hier systematische Bedenken aus einer Machtperspektive an: Eben, weil erst der Herrschende, Mächtigste, Gerechtigkeit herstellen würde, würden die Dinge stets nach dessen Maß gemessen. Daher gelte »Jedem das Seine geben: das wäre die Gerechtigkeit wollen und das Chaos erreichen« (12,291; nach JASPERS 1981, S. 210). Wenn der Souverän das Volk sein sollte, so ließe sich ableiten, müsste es einen Maßstab entwickeln und verinnerlichen, gerecht mit Vielfalt umzugehen. Das scheint keine kleine Aufgabe.

Die Versuchung, sich *einfach* zu orientieren in Gerechtigkeitsfragen, z. B. an Barrierefreiheit, ist nachvollziehbar groß, relativ weit verbreitet und breit akzeptiert. Barrierefreiheit als unbestritten wichtige, aber auch schlichte Formel, für die vielfachen Wechselwirkungen von Funktionalitäten, Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten einer Person, in einem biopscho-sozialen Kaleidoskop möglicher Behinderung(en) wegen bestehender Beeinträchtigung(en), bedarf insofern weiterer Orientierungshilfen. Und man bewegt sich in kaum kartographiertem Gelände, wenn man der Komplexität der gesetzten Inklusionsaufgabe nicht ausweichen will.

Helfen hier bestehende Gesetze weiter?

Gesetzeslage

Die aktuelle Gesetzeslage beim Umgang mit Vielfalt und Behinderungen spiegelt einerseits die Ausformungen gesellschaftlicher Wirklichkeit und beeinflusst sie andererseits zugleich. Tatsächlich finden sich im deutschem Recht Leitsterne für Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Nicht-Diskriminierung (VON BERNSTORFF 2007); Empowerment und Subsidiarität durch Ermächtigungsstrategien könnten also von dort ihren Ausgang nehmen und gelingen; ökonomische, institutionelle, kulturelle oder räumliche Ausgrenzungen könnten vermieden oder abgewendet werden.

Seit dem Jahr 2002 wirkt das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) auf eine Umsetzung des Benachteiligungsverbotes hin, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom Jahr 2006, das Diskriminierung aus Gründen der Rasse, der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität verhindern oder beseitigen soll, zielt in dieselbe Richtung.

Schließlich hat sich Deutschland mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2008 auf die Einhaltung aller dort geforderten Maßstäbe verpflichtet, die die Lebenslage behinderter Menschen beurteilbar machen und zum Besseren wenden sollen. Was am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen sichergestellt werden sollte, wirkt also seit einer Dekade sozialpolitisch, aber ebenso gesamtgesellschaftlich auch in Deutschland: Es geht um die Bekräftigung allgemeiner Menschenrechte, auch für Menschen mit Beeinträchtigungen, die nun über wirksame Planungen und Regelungen (auf Bundes-, Landes- und Regionalebene), über passgenaue Maßnahmen und laufende Wirkungskontrollen (Monitoring) ohne Ausnahme zum Tragen kommen sollen. Damit hat Deutschland (als einer der ersten Unterzeichnerstaaten) ein Bekenntnis abgelegt, die Rechte dieser Bevölkerungsgruppe zu sichern und zu stärken. Das Ziel ist Chancengleichheit auf allen gesellschaftlichen Ebenen und in allen Bereichen der Gesellschaft. Ein neues Bundesteilhabegesetz könnte ebenso Ausfluss dieser Zusicherung sein,⁷ wie ein neuer Nationaler Aktionsplan die Wege bereiten soll.

Eine – wie dargelegt – scheinbar gut entwickelte Rechtslage kippt oder schwimmt allerdings in der Praxis oft. Zuständigkeitswirrwarr zwischen den Sozialleistungssystemen und Informationsmängel verfestigen eher Gräben zwischen Gesetzbüchern und gesellschaftlicher Wirklichkeit bzw. Sozialstaat. Also manifestieren sich einerseits hohe Erwartungen auf Basis der Gesetzeslagen, andererseits erweisen sich passende Konzepte oder Praxen als noch erheblich entwicklungsbedürftig, bezogen auf genau diese gesetzlichen Anforderungen. Dies gilt besonders für die Einordnung der UN-BRK, die nun bald eine Dekade Wirkungsspanne hat.

Ihre Grundorientierungen an der Normalität menschlicher Vielfalt und dem Recht auf Chancengleichheit ist klar. Schon Artikel 3 bezieht eindeutig Position:

»Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

- a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit; [*Selbstbestimmung]

7 Das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) durchläuft aktuell als Entwurf die Resortabstimmung und die Verbändeanhörung. Als Querschnittsthema sind in diesem Abstimmungsprozess vielfältige Perspektiven zu reflektieren und etablierte Haltungen zu hinterfragen.

- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit;
- f) die Zugänglichkeit; [*Barrierefreiheit];
- g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
- h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.«

Was dann basierend auf diesen Grundsätzen in verschiedenen Handlungsfelder wie

- Alltägliche Lebensführung (mit Wohnen, Mobilität, öffentlichem Raum, Pflege, Selbstbestimmung etc.),
- Bildung und Ausbildung,
- Erwerbstätigkeit und Einkommen,
- Freizeit, Kultur und Sport,
- Gesundheit,
- Politik und Öffentlichkeit,
- Sicherheit und Schutz vor Gewalt

konkret umgesetzt wird, ist auf der Grundlage der UN-BRK zu reflektieren und sollte im neuen Bundesteilhabericht zu finden sein.

Teilhabe bei Beeinträchtigungen und Behinderungen

In verschiedenen gesellschaftlichen Handlungsfeldern und getragen von übergreifenden Menschenrechtsnormen und -grundsätzen müssen also Prüfungen und ggf. Änderungen im System der Versorgung und Sozialleistungen konzeptionell entwickelt, erprobt und implementiert werden. Dies sollte systematisch über entsprechende Indikatoren wirkungsorientiert erfolgen. Denn die Unterzeichnerstaaten der UN-BRK haben zwar zugesichert, Menschen mit Beeinträchtigungen entsprechend zu achten, zu schützen und ihre Teilhaberechte zu verwirklichen, Realität wird dies aber erst auf rechtlicher, zivilgesellschaftlicher und auf kommunaler Ebene sowie mit Bezug zu den verschiedenen Formen der Beeinträchtigungen (in bio-psycho-sozialen

Feldern sowie personalen und umgebungsbezogenen Kontexten), die im menschlichen Vielspektrum liegen.

Dies kompliziert mögliche Fortschrittsberichte; denn es genügt nicht mehr, Maßnahmen und Strukturen zu beschreiben, vielmehr müssen deren objektive Wirkungen ebenso erfasst werden (Lebenslageorientierung), wie ihre jeweils subjektiven Bewertungen beim adressierten Personenkreis (Lebensweltorientierung). Denn es ist gerade unter menschenrechtlicher Perspektive von großer Bedeutung (siehe Artikel 3 UN-BRK), was vom relevanten Personenkreis konkret im Leben als hinderlich oder förderlich erlebt wird.

Zusätzlich ergeben sich Wechselwirkungen zwischen diesen Feldern, die man aufdecken muss, weil sie sich einerseits zu Problemlagen addieren, aber andererseits auch zu Lösungswegen entwickeln können.

Neue Berichterstattung – neuer Behinderungsbegriff

In einem an Lebenslagen orientierten Ansatz ist die Frage nach einer Klassifikation von Behinderung neu zu stellen, denn es geht – wie oben dargelegt – um Wechselwirkungen zwischen einer Person, ihren Potenzialen und den jeweiligen Umgebungsfaktoren. Maßstab wird damit die Passung zwischen den jeweils individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, den Erwartungen im kulturellen Kontext und gegebenen Umweltbedingungen.

Eine entsprechende Ausrichtung leitet den neuen Bericht der Bundesregierung, der nach Teilhabechancen in allen relevanten Bereichen der Gesellschaft fragt (BMAS 2013). Dies entspricht auch der Pflicht zu laufender Berichterstattung nach Artikel 31 UN-BRK, der den Vertragsstaaten die Sammlung geeigneter (sic!) Informationen einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten vorschreibt. Diese Datensammlung wurde Teil des Nationalen Aktionsplans zur UN-BRK und soll es ermöglichen, evidenzbasiert politische Konzepte zur Durchführung und Umsetzung der übernommenen Verpflichtungen zum Schutz der Menschenrechte, Grundfreiheiten und ethischen Grundsätze auszuarbeiten. Auch die Suche nach Umsetzungsschwierigkeiten soll nun in eine datenbasierte Form gegossen werden. Es gilt, solche Barrieren über partizipative Verfahren, also auf dem Wege der Information, des Diskurses und der Kooperation mit Menschen mit Beeinträchtigungen und mit ihren Interessenvertretungen, abzubauen. Hierzu erforderliche Informationen können allerdings über die bisherigen statistischen Bevölkerungs-, Arbeitsmarkt- sowie Wohnsituationsdaten des

Statistischen Bundesamts und der Landesämter nicht hinreichend gewonnen werden.⁸

Die Lebenslage von 18,1 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen muss nun also konkret und differenziert nach Teilhabefeldern daraufhin geprüft werden, welche Chancen oder Einschränkungen bezogen auf ihre Teilhabe bestehen. Das bedeutet, dass Personengruppen nicht mehr nach »Behinderungsarten« sichtbar werden sollen (beispielsweise als »die Blinden«, »die Körperbehinderten« o. ä.), sondern nach ihren Lebenschancen bzw. den erfahrenen Einschränkungen beim Zugang zu Ressourcen wie beispielsweise Raum, Besitz, Bildung, Mobilität, Sicherheit oder Gesundheit.

Eine Definition von Behinderungen erfolgt somit insofern unabhängig von einer amtlichen Anerkennung. Im Lebenslagenansatz werden vielmehr bei Personen vorliegende Beeinträchtigungen erfasst, die verbundenen Funktions- und Aktivitätsbeschränkungen, verschiedene weitere Dimensionen wie z. B. ökonomische Faktoren, aber auch Elemente der Lebensqualität fließen ein. Diese stehen zugleich in Wechselwirkungen zueinander, wie es die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001 | 2005) mit ihrer neuen Klassifikation von Behinderungen vorstrukturiert hat (ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). In dieser Konstruktion spielen – im Gegensatz zu einer reinen Patientenorientierung – Kontextfaktoren eine wesentliche Rolle, was auch eine jeweilige Anpassung an kultur- und infrastrukturgemäße Standards erforderlich macht. Eine entsprechende Indikatorik ist allerdings im deutschsprachigen Raum noch immer zwar in der Fachdiskussion, aber nicht hinreichend entwickelt. Als einfaches Instrument zur Messung von Teilhabeeinschränkungen wird gelegentlich der IMET (Index zur Messung von Einschränkungen der Teil-

8 Aus dem Mikrozensus als Mehrzweckstichprobe zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung müssen entsprechende Fragestellungen erst »abgeleitet« werden. Vor allem ist auch die Identifizierung der einschlägigen Bevölkerungsgruppe schwierig, weil einerseits nur in Haushalten lebende Personen erfasst werden und man andererseits den Tatbestand von Beeinträchtigungen und Behinderungen nicht einfach abfragen kann, sondern in seinen Wechselbeziehungen erschließen muss. Die derzeit verfügbaren Fragen zu Behinderung und Gesundheit ermöglichen insofern nur »Näherungen«. Die Statistik der schwerbehinderten Menschen hingegen erfasst ausschließlich Basisdaten zu Personen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX (mit einem anerkannten Grad der Behinderung von mindestens 50). Im Einzelnen geht es um Aussagen zu Alter, Geschlecht sowie Art, Ursache und Grad der jeweiligen anerkannten Behinderung (bzw. Beeinträchtigungsart).

habe) genutzt. Der ICF-orientierte Fragebogen zum Selbstausfüllen erfasst neun Aspekte alltäglicher Aktivitäten und Teilhabe und gilt als praktikabel. Es geht um:

1. Übliche Aktivitäten des täglichen Lebens
2. Familiäre und häusliche Verpflichtungen
3. Erledigungen außerhalb des Hauses
4. Tägliche Aufgaben und Verpflichtungen
5. Erholung und Freizeit
6. Soziale Aktivitäten
7. Enge persönliche Beziehungen
8. Sexualleben
9. Stress und außergewöhnliche Belastungen⁹ (DECK u. a. 2015)

Es wird beispielsweise deutlich, dass Teilhabechancen bzw. -einschränkungen nach Alter, Geschlecht und Schulbildung variieren.

Risiken sozialer Exklusion

Die Bundesteilhaberichterstattung hat sich vor diesem Hintergrund neu ausgerichtet und will nun auch aus der Teilhabeperspektive auf die Gesamtgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland blicken. Bereits in einer ersten Problemwahrnehmung zeichnen sich hierbei einige typische Konstellationen ab, also Muster von Risikofaktoren sozialer Exklusion (BMAS 2013, S. 255 ff.). Diese sind insbesondere

- Einkommenshöhe
- Erwerbsstatus und -umfang
- Schulabschluss
- Berufliche Qualifikation
- Familiäre Situation bzw. Unterstützung
- Gesundheitszustand
- Selbstbestimmungschancen

Sie werden jeweils betrachtet verbunden mit dem Vorliegen von Vielfaltsfaktoren wie

- Migrationshintergrund,

9 Auf einer Skala von 0 bis 10 kann das jeweilige Ausmaß der erfahrenen Teilhabe angegeben werden.

- weiblichem Geschlecht sowie
- höherem Alter.

Auf diese Weise kristallisieren sich für Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen in den gewählten Altersklassen jeweils drei typische Teilhabekonstellationen heraus:

- Es findet sich eine Gruppe, die überwiegend durch geringe Ressourcen (bei der Höhe des Einkommens oder der beruflichen Qualifikation bzw. dem Ausmaß an Selbstbestimmung) bzw. große Defizite (beim Erwerbsstatus, der familiären Unterstützung oder dem Gesundheitszustand) gekennzeichnet sind und daher mit großen Teilhabeeinschränkungen lebt. Dies ist etwa ein Personenkreis von 3,3 Millionen Bürgerinnen und Bürgern, die von massiven Teilhabeeinschränkungen und Behinderungen berichten. Auffällig ist, dass dieser Personenkreis trotz chronischer Erkrankungen oft keine Anerkennung als behindert oder als schwerbehindert beantragt hat. Sie werden somit auch nicht von Fördermaßnahmen erreicht.
- Eine zweite Gruppe wird sichtbar, bei der sich begrenzte Spielräume in einzelnen Teilhabefeldern und Ressourcen zeigen, mit eher stabiler Unterstützungslage und eher kritischem Gesundheitszustand. Dies sind ca. 7,9 Millionen Bürgerinnen und Bürger.
- Eine dritte Gruppe schließlich wird durch große Handlungsspielräume in nahezu allen betrachteten Teilhabefeldern geprägt. Die Personen arbeiten z. B. überwiegend Vollzeit, weisen einen hochwertigen Schulabschluss auf, erzielen ein überdurchschnittliches Einkommen, finden eine stabile familiäre Situation vor und erfahren ausgeprägte Selbstbestimmungsräume, sodass nur geringe Teilhabeeinschränkungen erkennbar werden. Es geht hier um etwa 3,4 Millionen Personen, die weitgehend unbehindert am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, trotz schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Diese neue Sichtweise auf Beeinträchtigungen und die Frage, wie sie mit Einschränkungen an Teilhabe verbunden sind, verdeutlicht beispielsweise im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben, dass Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt häufiger in Teilzeit arbeiten, im Durchschnitt geringere Löhne erhalten, öfter unterhalb ihres Qualifikationsniveaus beschäftigt sind und tendenziell häufiger und länger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Nicht-Beeinträchtigte. Insofern kann man hier Indizien finden, die eine Behinderung ihrer sozialen Teilhabe sichtbar machen.

Ebenso lässt aber auch festhalten, dass etwa die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen mit Exklusionsrisiken leben, die teilweise kompensiert werden können. Es lohnt also, weiter und verstärkt Leistungen und Maßnahmen zu gestalten und anzubieten, die passgenau zugänglich und nutzbar sind. Damit sollte der Personenkreis der Menschen wachsen, die eine wirksame Kompensation ihrer Benachteiligungen erhalten. Hier knüpft man sinnvoll an der Umsetzung der UN-BRK an. Zugleich entwickelt sich ein Prüfstein der tatsächlichen Wirksamkeit der über Jahrzehnte gewachsenen und etablierten Systeme der Rehabilitation. Aktuell zeichnet sich eher eine Schräglage zwischen Bedarfen, Bedürfnissen und Unterstützungsangeboten im System der Rehabilitation und Teilhabe ab, die im menschenrechtlichen Licht geprüft werden sollte.

Menschenrechte und Ressourcenorientierung

Als tauglich für »Teilhabetests« in Gesellschaftsbezügen unter Vielfaltsbedingungen erweisen sich im Prinzip zwei Zugänge:

- Der erste Zugang ist der »Human Rights Approach«, der Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Nicht-Diskriminierung aufzeigt: Der Fokus liegt auf den Menschenrechten, als den Rechten *aller*, die aktuell in der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen ausformuliert wurden. Mit ihnen kommen systematisch vielfache Teilhabemängel am Leben in der Gesellschaft in den Blick, die in Zusammenhang mit Beeinträchtigungen stehen. Denn auch wenn allen Menschen gleiche Rechte zugesprochen werden, werden aus diesem Blickwinkel *Zuordnungen, die einen Unterschied machen* sichtbar, z. B. bei der Einschulung, der Aufnahme in Wohneinrichtungen oder beim Eintritt in ein Berufsförderungswerk. Ungleichheiten lassen sich also benennen! Es liegt offen, dass aus rechtlicher Perspektive zwar eine klare Verortung der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen *in* der Gemeinschaft aller Bürgerinnen und Bürger angesagt wird, denn »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden«, wie bereits vor über zwei Jahrzehnten im Artikel 3 Abs. 3 des Grundgesetzes explizit festgeschrieben wurde, aber dass dies zugleich noch im Sinne der Inklusionsorientierung in allen Lebenslagebezügen umgesetzt werden muss.
- Der zweite Zugang ist der »Human Resource Approach«: Ebenso zeitaktuell wie die Menschenrechtsfrage ist die nach Ressourcen: Wo liegen

Kräfte verborgen oder brach, die Teilhabe ermöglichen oder fördern? Und wie kann man über sie verfügen? Auch hier sind komplizierte Zusammenhänge aufzuklären, und es gilt nicht alleine nach Kräften der Menschen mit Beeinträchtigungen zu suchen, sondern ebenso müssen die Kräfte gefunden und gestärkt werden, die in Kontexten freigesetzt werden können, wie dies oben bereits angemerkt wurde. Diesen ressourcenorientierten Zugang zur Teilhabe strukturiert das seit mehr als zehn Jahren etablierte Konzept der »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) (WHO 2001 | 2005). Es ermöglicht eine systematische Suche nach Ressourcen und bietet im internationalen und nationalen Raum ein Raster und fachübergreifende Standards, um Gesundheitsstatus, Handlungsspielräume und Teilhabebehinderungen bzw. soziale Beeinträchtigungen einer Person (auf individueller Ebene) oder von Bevölkerungsgruppen (auf gesellschaftlicher Ebene) zu erfassen und zu beschreiben. Mit der ICF lässt sich im Alltagsbezug die fließende Grenze zwischen Gesundheit und Behinderung ebenso verdeutlichen wie die Breite der Beeinträchtigungserfahrungen als Element des Menschseins (»mainstreams the experience of disability and recognizes it as a universal human experience«), wie es auch die UN-BRK in der Präambel vorschlägt.¹⁰

Letztlich geht es in beiden Zugängen um nachhaltige Orientierungen an der Fähigkeitsentfaltung, Solidarität und Subsidiarität *aller* und für *alle*.

Bilanz zur Schief lagen und zu neuen Balancen *aller*

Die aktuelle Ausgangslage ist somit komplex. Aber gerade unter Vielfaltsbedingungen sind Orientierungen dringend notwendig, um Routen zur Teilhabe an der Gesellschaft über Positionsbestimmungen zu benennen.

Wo stehen wir heute? Sind Teilhabe und Chancenverteilung in Balance? Wie kann man sich zurechtfinden?

Man sollte stets wissen, wo man sich befindet. Und man sollte seine Ziele kennen, aber auch die Mittel, mit denen man sich auf den Weg macht.

10 g) Emphasizing the importance of mainstreaming disability issues as an integral part of relevant strategies of sustainable development | g) Nachdrücklich darauf hinweisend, wie wichtig es ist, disability mainstreaming zu einem festen Bestandteil der einschlägigen Strategien der nachhaltigen Entwicklung zu machen.

Dann kann eine Routenplanung gelingen und sind Fortschritte möglich. Dies ist allgemein klar, und nach solchen Prinzipien funktionieren auch technische Navigationssysteme. Mindestens vier Satelliten dienen dort als Referenzpunkte, um dynamisch die jeweilige Position zu benennen: drei für die räumliche Bestimmung sowie eine vierte Referenz, um Unschärfen zu präzisieren. Übertragen auf die Ortung der Ausgangslage bei der Teilhabebestimmung heißt dies: Man benötigt Koordinaten

- zur Umsetzung menschenrechtlicher Verpflichtungen in der Wertegemeinschaft,
- zur ressourcenorientierten Gestaltung der Bedarfe in den sozialen Leistungssystemen und
- für eine Operationalisierung, was Teilhabeorientierung konkret meint und wo man sie erkennen kann. Dies gelingt in einer Ausrichtung an Lebenslagen.

Zu diesen Referenzpunkten kommt das Feintuning – die Präzisierung bei Unschärfen: Sie erfolgt über ein

- Monitoring, eine wirkungsorientierte Dauerbeobachtung, die auch subjektive Bewertungen aufnimmt und als Steuerungsinstrument dienen kann.

Wie beim Sehen werden Objekte, Ereignisse, deren Lokalisation, Identifikation und Bewegung zunächst getrennt. Dies ist ein komplexer Vorgang, aber ohne ihn würde beispielsweise visuelles Wahrnehmen nicht gelingen: Denn damit man etwas entdecken kann, muss es »aus der Tarnung«, es muss sich vom jeweiligen Umfeld abheben. Oder umgekehrt: Strukturierung macht Wahrnehmung möglich.

Ins Monitoring von Teilhabe sollen deswegen nicht nur quasi objektive Kennziffern zu Lebenslagen eingehen, sondern zugleich die Wahrnehmung je individuell erfahrener Teilhabe an Lebensvollzügen in subjektiv als relevant eingeschätzten gesellschaftlichen Lebensbereichen (NASSEHI 2008; KRONAUER 2010; WACKER 2013). Dieses Zugehen weist *heterogene Bedarfe* und Bedürfnisse aus, die mit Hilfe homogener Unterstützungsstrukturen, wie sie derzeit mehrheitlich gang und gäbe sind, nur schwer abzudecken sind. Die dann im Einzelfall jeweils geeigneten Teilhabebereiche, deren passgenaue Ausgestaltungen und wirksame Unterstützungsstrukturen zu finden, wird daher sehr bedeutsam.

Das erfordert eine Partizipationskultur, in der Partizipation nicht nur organisiert wird, sondern auch Teil des Leistungsprozesses ist, in der eine

kritische Auseinandersetzung mit dem Bestehenden möglich wird und in der Partizipation Normalität und kritische Veränderungsbereitschaft erwünscht sind. Konzeptionelle Gewissheiten können dabei ins Wanken kommen. Diese Schief lagen bieten aber – so ist zu hoffen – dann eine Basis für den Aufbau neuer Balancen. Hier steht derzeit die politische, fachliche und von den Nutzerinnen und Nutzern gelebte Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland.

Es geht – wie eingangs erörtert – nun darum, eine neue Normalität der »Abweichenden« anzunehmen, wie dies die UN-BRK einfordert. Dazu sollte das Unbehagen im Umgang mit Vielfalt und Verschiedenheit aufgehoben werden, damit sich die inklusive Gesellschaft tatsächlich als Trendsetter durchsetzen kann.

Im Feintuning wird vieles zu leisten sein: (Ab-)Wertungen und Benachteiligungen im rechtlichen, sozialen, politischen und ökonomischen Sinn sind aufzudecken und zu kritisieren, auch wenn sie von anerkannten Fachpersonen wie Ärztinnen und Ärzten, Richterinnen und Richtern, Lehrerinnen und Lehrern oder staatlichen Institutionen etc. vorgenommen werden. Hier sind Zielstrebigkeit verbunden mit Behutsamkeit die schwierige Balance, die immer wieder gefunden werden muss (RAPPAPO RT 1981).

Kritische Autoren merken an, Inklusion verkomme mittlerweile zu einer Art Kulturleistung, losgelöst von politischen Konkretionen (BECKER 2015, S. 29). Dies produziere Inklusionsverliererinnen und -verlierer (z. B. im Bildungssektor), solange kein kompletter Systemwechsel erfolgt sei. Der Bundesrechnungshof wiederum kritisiert, dass die Bundesagentur ihre Ressourcen (Mittel der Ausgleichsabgabe) überwiegend für »gute Risiken« einsetze (Bundesrechnungshof 2012) nach dem Prinzip des »Creaming« (Rahm abschöpfen). D. h. es werde vor allem in Kundinnen und Kunden mit besseren Erfolgchancen investiert (BECKER 2015, S. 57), d. h. Inklusion wäre wiederum das Privileg der Gruppe mit den besseren Chancen. Soziale Balance sieht gewiss anders aus!

Wie es um Chancenverwirklichung steht, können allerdings nur schwer die Ausgeschlossenen selbst beweisen. Hierzu stehen systematische Surveys zur Teilhabe in Deutschland noch aus, auf deren Basis man Gleich- oder Ungleichgewichte bewerten könnte. Generell wäre zu hoffen, dass damit eine evidenzbasierte Selbstreflexion der Mehrheitsgesellschaft über ernsthafte Inklusionsbestrebungen einsetzen könnte. In diesem Zusammenhang spielt auch *Diversity Management* eine Rolle: Darunter versteht man die gezielte Nutzung und Förderung von Vielfalt in sehr unterschiedlichen Or-

ganisationen, also eine Abkehr der üblichen Debatten um die Zahlen von Eingliederungshilfeberechtigten, Heimbewohnerinnen oder Sonderschülern, hin zu Fragen nach den Chancen *aller* auf Einbeziehung und Teilhabe in Alltag, Bildung, Wohnen etc. (WEINBACH 2016).

Weil begonnen wurde, Beeinträchtigungen als Element menschlicher Vielfalt zu verstehen, Partizipation zu fördern und Diskriminierung wegen Verschiedenheit zu verhindern, kann der Würfel für die Mission Inklusion bereits gefallen sein. Aber von blühenden Landschaften ist noch keine Rede. Sie sind auch schneller versprochen als sie gedeihen.

Die UN-BRK verpflichtet in der Präambel zum »mainstreaming disability« (vgl. FN 10) Hiermit etabliert sie zugleich die Aufforderung zur gesellschaftlichen Dauerbeobachtung von Chancengerechtigkeit *aller* (NUSSBAUM 1999; FRASER 2003; SEN 2007) – aber auch die Notwendigkeit von Partizipation und Anerkennung. An wen geht nun der Auftrag? Sicher an die Bundesregierung, aber ebenso an Selbstvertretungen, an Bundes- und Landesbehörden und Kommunen, an die Sozialgerichtsbarkeit, Rehabilitation und Wissenschaft (WACKER 2014). *Alle* stehen in der Pflicht, ihre Aufmerksamkeit zu schärfen und einen Beitrag zu leisten sowie ihre Professionalität in den Veränderungsprozess einzubringen zugunsten gesellschaftlicher Teilhabe.

Literatur

- AGG – Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1897).
- BECKER, U. (2015): Die Inklusionslüge. Behinderung im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld.
- VON BERNSTORFF, J. (2007): Menschenrechte und Betroffenenrepräsentation: Entstehung und Inhalt eines UN-Antidiskriminierungsübereinkommens über die Rechte von behinderten Menschen. In: ZaöRV 67, S. 1–23.
- BGG – Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen | Behindertengleichstellungsgesetz vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468).
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- DECK, R.; WALTHER, A. L.; STAUPENDAHL, A.; KATALINIC, A. (2015): Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung – Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. In: Rehabilitation 54, S. 402–408.
- Bundesrechnungshof (2012): Mitteilung an die Bundesagentur für Arbeit über die Prüfung der Steuerung der Zielerreichung in den strategischen Geschäftsfeldern I und Va. Bonn.

- FRASER, N. (2003): Soziale Gerechtigkeit im Zeitalter der Identitätspolitik. In: FRASER, N.; Honneth, A.: Umverteilung oder Anerkennung Eine politisch-philosophische Kontroverse. Frankfurt, S. 13–128.
- GOFFMAN, E. (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main. [1963; Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewoods Cliffs, N.J.: Prentice-Hall]
- GÜLLNER, M.; RAFFELHÜSCHEN, B. (2014): Glücksatlas 2014. Bonn und München.
- HEITMEYER, W. (Hg.) (2012): Deutsche Zustände. Folge 10. Berlin.
- JASPERS, K. (1981): Nietzsche. Einführung in das Verständnis seines Philosophierens. 4. Auflage Berlin und New York. [Nietzsche, Friedrich Wilhelm (1880) Nachgelassene Fragmente »Die Unschuld des Werdens«]
- KRONAUER, M. (2010): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt und New York.
- NASSEHI, A. (2008): Exklusion als soziologischer oder sozialpolitischer Begriff? In: BUDE, H.; WILLISCH, A. (Hg.): Exklusion. Die Debatte über die »Überflüssigen«. Frankfurt, S. 121–130.
- NUSSBAUM, M. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies. Frankfurt.
- RAPPAPORT, J. (1981): In praise of paradox. A social policy of empowerment over Prevention. In: American Journal of Community Psychology 9, pp. 1–15.
- SEN, A. (2007): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München.
- SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Gesetz v. 19.6.2001, BGBl. I, S. 1046)
- STICHWEH, R. (2009): Leitgesichtspunkte einer Soziologie der Inklusion und Exklusion. In: STICHWEH, R.; WINDOLF, P. (Hg.): Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit. Wiesbaden, S. 29–42.
- UN-BRK – United Nations (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Internetquelle: www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf.
- UN-BRK – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD] – Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen, am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen; am 3. Mai 2008 in Kraft getreten.
- WACKER, E. (2013): Versorgung und Inklusion behinderter Menschen in lokalen Strukturen. In: LUTHE, E.-W. (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden, S. 243–261.
- WACKER, E. (2014): Verwobene Behinderungsprobleme. Diversität und Inklusion als Spagat und Zwickmühle. In: Soziale Probleme 25 (2), S. 231–266.
- WANSING, G. (2005): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden.

- WANSING, G. (2012): Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. In: WELKE, A. (Hg.): UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen. Berlin, S. 93–103.
- WEINBACH, H. (2016): Soziale Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Das Konzept der Lebensweltorientierung in der Behindertenhilfe. Weinbach.
- WHO – World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). Geneva [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI – (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit]

Die Arbeit von Besuchskommissionen

Elisabeth Scheunemann

Ich bin Gesamtkoordinatorin der psychiatrieerfahrenen Mitglieder der Staatlichen Besuchskommission Nordrhein-Westfalen (NRW). Wir haben außerdem für die fünf Regierungsbezirke Koordinatorinnen, die dafür verantwortlich sind, dass zu den Besuchskommissionsterminen jeweils auch ein psychiatrieerfahrenes Mitglied benannt wird. Ich arbeite seit zehn Jahren in der Staatlichen Besuchskommission in Nordrhein-Westfalen.

Die rechtlichen Regelungen über Besuchskommissionen stehen in den Ländergesetzen zu Schutz und Hilfen bei psychischen Krankheiten (PsychKG oder PsychKHG). Es gibt 16 Bundesländer und in jedem Bundesland sind die Regelungen zur Zusammensetzung, zu Strukturen und Regularien unterschiedlich: NRW hat eine Besuchskommission für alle Psychiatrien, in jeweils unterschiedlicher regionaler Besetzung. In anderen Bundesländern gibt es spezielle Besuchskommissionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder den Maßregelvollzug. Es gibt Bundesländer, in denen Besuchskommissionen auch Orte besuchen, wo Menschen außerhalb von Kliniken mit Freiheitsentzug untergebracht sind. Manche Länder haben (wie Brandenburg) Besuchskommissionen, die nur regional in Regierungsbezirken tätig werden. In Rheinland-Pfalz richtet der Stadtrat oder Kreistag, in deren Gebiet sich eine versorgungspflichtige Klinik befindet, eine Besuchskommission für jeweils fünf Jahre ein. Die Zusammensetzung ist nicht vorgegeben. Nach jeder Besichtigung legt die Besuchskommission das Ergebnis der Überprüfung dem zuständigen Kommunalparlament vor. Ich kann Ihnen nicht sagen, ob in jedem Bundesland Psychiatrieerfahrene und Angehörige in den Besuchskommissionen vertreten sind.

In Nordrhein-Westfalen haben wir seit 1969 Besuchskommissionen; seit der Novellierung des PsychKG 1999 nehmen auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige teil. Seitdem sind die Kommissionen auch gehalten, die Kliniken nach Behandlungsvereinbarungen zu fragen. Die Psychiatrieerfahrenen und die Angehörigen verstehen diese Vorgabe durchaus so, dass danach offensiv gefragt wird.

In Baden-Württemberg sind erst seit dem 1.1.2015 auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige Mitglieder von Besuchskommissionen. Diese sollen die Kliniken »möglichst unangemeldet« und »mindestens im Abstand von drei Jahren« aufsuchen. Eine derartige Regelung verstehen wir nicht. In NRW haben

wir die gesetzliche Regelung, dass im Abstand von zwölf Monaten jede Klinik einmal besucht werden muss, immer unangemeldet. Die Bezirksregierungen haben die Möglichkeit, jede Klinik eine Stunde vorher zu informieren; das wird unterschiedlich gehandhabt. Ich bin sehr dafür, weil dann eher die Chance besteht, dass auch weitere Verantwortliche aus der Klinik an den Beratungen teilnehmen. Außerdem finde ich, Besuchskommissionen müssen nicht wie ein »Geierschwarm« dort überraschend einfallen.

Bei uns hat ein Arzt oder eine Ärztin von der Bezirksregierung den Vorsitz in der Besuchskommission. Ein Jurist – Amtsrichter oder ein Jurist der Bezirksregierung – gehört dazu und ein Psychiater als Protokollant. Früher war das immer ein Ärztlicher Direktor oder Oberarzt aus einer Klinik. Die Termine – wir haben 106 psychiatrische Kliniken in NRW – lassen sich heute nicht mehr so besetzen. So ist der Protokollant inzwischen manchmal ein niedergelassener Facharzt oder ein Psychiater aus der Gemeindepsychiatrie. Psychiatrieerfahrene und Angehörige sind »Kann-Mitglieder«, das heißt für den Fall, dass diese bei einem Termin nicht anwesend sind, ist die Besuchskommission trotzdem handlungsfähig. Anders wäre die Vorgabe, einmal in zwölf Monaten in alle Kliniken zu gehen nicht zu erfüllen. Wir als psychiatrieerfahrene Mitglieder führen keine Strichliste, sind aber nur in Ausnahmefällen nicht dabei. Der regional zuständige Sozialpsychiatrische Dienst wird immer eingeladen, nimmt in der Regel auch teil, unterschreibt aber nicht das Protokoll.

Wir haben einen vom Ministerium vorgegebenen Fragenkatalog. Diese Gliederung für den Bericht richtet sich hauptsächlich nach den rechtlichen Vorgaben, die bei einer zwangsweisen Unterbringung nach PsychKG eingehalten werden müssen. Videoüberwachung ist seit einer Novellierung 2011 verboten: »Eine Beobachtung im Rahmen von besonderen Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen.« (§20 PsychKG NRW)

Weil der Vorsitz der Besuchskommission beim Gesundheitsdezernat der Bezirksregierungen angesiedelt ist, die auch die Psychiatrieaufsicht wahrnimmt, kann die Besuchskommission bei festgestellten Mängeln verpflichtende Regelungen zur Abhilfe verbindlich festlegen. Solche verpflichtenden Regelungen wurden bei gravierenden Mängeln auch schon bei zeitnahen zweiten Besuchen überprüft.

Wenn ein Mensch zwangsweise in der Psychiatrie untergebracht ist, sind die dort therapeutisch Behandelnden für die Einhaltung von (menschen-) rechtlichen Vorgaben verantwortlich. Dieses Bewusstsein der Verantwortung

auch für die Einhaltung von verpflichtenden rechtlichen Vorgaben ist immer noch beklagenswert unterentwickelt: Die ganz überwiegende Zahl von Unterbringungen sind inzwischen sofortige Unterbringungen ohne vorhergehenden richterlichen Entscheid. Das ärztliche Zeugnis wird dann von Klinikärztinnen und -ärzten geschrieben, in der Mehrzahl ohne die genaue Beschreibung der aktuellen Selbst- und Fremdgefährdung, wie es rechtlich zwingend ist. Auch die Begründung für die Notwendigkeit des weiteren Zwangsaufenthaltes wird immer noch häufig nur aus der Diagnose begründet.

In NRW sind uns Gespräche mit Patientinnen und Patienten verbindlich vorgeschrieben. Kaum eine/r lehnt es ab, wenn die Besuchskommission um ein Gespräch anfragt. Wenn aktuell keine Patientin oder kein Patient nach dem PsychKG untergebracht ist, können wir Akten von Untergebrachten aus der letzten Zeit prüfen. Die Patientinnen und Patienten können dann nicht mehr zustimmen, aber der Umgang mit Unterbringungen nach dem PsychKG in der Vergangenheit lässt sich überprüfen.

Ich möchte noch von einem Projekt berichten, bei dem zunächst niemand darauf gekommen war, dass die Einbeziehung der psychiatrieerfahrenen Mitglieder der Besuchskommission zweckmäßig sein könnte: In NRW muss das Ministerium alle zwei Jahre einen Bericht über die Besuchskommissionen und alle fünf Jahre einen Bericht über das PsychKG an das Parlament geben. Diese Termine fielen 2014 zusammen. Der Psychiatriereferent des Ministeriums erbat Erfahrungsberichte. Wir erfuhren davon über den Landesverband Psychiatrieerfahrener und beschlossen, uns als Gruppe auch vernehmbar zu machen. Wir haben uns getroffen, elf Punkte identifiziert, zu denen wir uns äußern wollten und sechs von uns haben dazu geschrieben. Dabei kam uns zugute, dass wir uns zweimal pro Jahr treffen und sich dabei inzwischen auch ein gemeinsames Erfahrungswissen angesammelt hat bzw. die Fähigkeit, mit dem je individuellen Erfahrungswissen zur Analyse von Problemen und der Entwicklung von Strategien beizutragen.

Bei der Vorbereitung dieses Vortrags bekam ich das Programm der Psychiatriejahrestagung des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe. Professor Tilman Steinert ist mit einem Vortrag angekündigt: »Professionelle Hilflosigkeit und Umgang mit Gewalt«. Dieser Vortragstitel hat mich geradezu elektrisiert: Auch Profis sind hilflos und geben es sogar zu. Mit Äußerungen über ihre Gefühlslagen sind sie ansonsten sehr zurückhaltend.

Mit Hilflosigkeit kennt sich unsereins – mit einer psychiatrischen Diagnose und einer langen Psychiatriekarriere behaftet – aus. Hilflosigkeit kann gefährlich und gefährdend sein, weil sie verhindert, mit Ruhe, Überlegung

und Übung angemessen handlungsfähig zu bleiben oder wieder zu werden. Im Lichte des Themas Partizipation bedeutet »professionelle Hilflosigkeit«: Das haben Patientinnen, Patienten und Profis gemeinsam und erstere haben Erfahrung darin, Hilflosigkeit erst einmal aushalten zu müssen. Wenn eine Diskussion über Hilflosigkeit und Umgang mit Gewalt in Gang kommt, sollte nicht vergessen werden, dass nicht wenige Psychiatrieerfahrene traumatisierende Gewalterfahrungen im Rahmen ihres Psychiatrieaufenthaltes gemacht haben.

B Debatte

Hilfe oder Folter in psychiatrischen Einrichtungen?

Valentin Aichele, Michael von Cranach,

Ulrich Krüger, Uwe Wegener

Moderation: Matthias Rosemann

Rosemann: Wir wollen uns in dieser Runde mit der Frage beschäftigen, welchen Nutzen oder welche Funktion der Begriff »Folter« in der psychiatrischen Versorgung hat, oder welches Problem er beschreibt. Vorher möchte ich Ihnen die Diskussionsteilnehmer kurz vorstellen.

Ich begrüße in alphabetischer Reihenfolge sehr herzlich Herrn Dr. Valentin Aichele, den Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte. Das unabhängige Institut wurde auf Beschluss des Deutschen Bundestages geschaffen, wird bis 2015 von der Bundesregierung und ab 2016 aus dem Haushalt des Deutschen Bundestages direkt finanziert. Die Monitoring-Stelle UN-BRK überprüft die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung in der Bundesrepublik Deutschland.

Neben mir sitzt Prof. Dr. Michael von Cranach, Professor an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München. Vielen ist er als langjähriger ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren bekannt. Unter seiner Leitung hat sich das Krankenhaus sehr intensiv mit der Zeit des Nationalsozialismus beschäftigt und als eine der ersten diese Zeit in einer Dokumentation aufgearbeitet. Das ist für unsere Diskussion vielleicht wichtig zu wissen. Er hat sich auch sehr dafür eingesetzt, dass aus dem großen Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren mehrere psychiatrische Abteilungen geworden sind. Ich erinnere mich auch daran, dass ihm das Thema Arbeit für psychisch kranke Menschen immer sehr am Herzen gelegen hat.

Ulrich Krüger muss ich eigentlich nicht vorstellen. Als Geschäftsführer der AKTION PSYCHISCH KRANKE hat er sehr viele Städte und Regionen unter anderem bei der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes und der individuellen Hilfeplanung bereist und beraten. Vermutlich gibt es kaum jemanden, der das psychiatrische Versorgungssystem in der Bundesrepublik besser kennt als er.

Auf der anderen Seite neben mir sitzt Uwe Wegener. Er ist Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender von »Bipolaris«, der mit Abstand größten Selbsthilfeorganisation von Menschen mit Psychiatrieerfahrung in Berlin. Eine Besonderheit von »Bipolaris« und von Herrn Wegener ist, dass er immer

wieder das ganze Meinungsspektrum von »Bipolaris« in Erfahrung bringt, danach fragt, welche Gedanken, Überlegungen, Absichten und Perspektiven es für die psychiatrische Versorgung gibt. Wenn er Vorträge hält, kann er sich deswegen immer auf ein großes Meinungsspektrum stützen. Sie werden dies auch feststellen, wenn Sie sich die Internetseite von »Bipolaris« (www.bipolaris.de) anschauen. Dort werden Sie auch sehen, dass sich »Bipolaris« sehr engagiert mit Zwang und Gewalt in der Psychiatrie beschäftigt – das nicht nur aus der Perspektive der Opfer, sondern auch aus der Perspektive derjenigen, die dies anwenden oder meinen anwenden zu müssen.

Warum sprechen wir eigentlich über Folter? Der Begriff ist ja im hohen Maße geeignet zu polarisieren. Auf der einen Seite fühlen sich Menschen gefoltert und bezeichnen das auch so, auf der anderen Seite stehen ihnen Menschen gegenüber, die doch eigentlich für sich den Anspruch haben helfen zu wollen. Ich habe deswegen Herrn Aichele gebeten zunächst zu erläutern, welche Rolle der Begriff Folter in verschiedenen UN-Konventionen spielt. Es gibt ja nicht nur die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, sondern zum Beispiel auch eine UN-Antifolter-Konvention. Auch dafür gibt es mehrere Überwachungsmechanismen: den UN-Antifolterausschuss und den UN-Unterausschuss gegen Folter, in denen als deutsche Expertin Margret Osterfeld vertreten ist. Meine Bitte also an Herrn Aichele: Erläutern Sie uns bitte, welche Rolle der Begriff Folter in diesem Kontext spielt und warum wir uns damit auseinanderzusetzen müssen?

Aichele: Ich danke der APK für die Einladung und dafür, dass sie das Thema Folter aufgreift. In den UN-Dokumenten ist das Folterverbot fest verankert. Was verstehen wir nach dem Völkerrecht aber unter »Folter«? Das Verbot der Folter beinhaltet nicht nur das Recht auf Freiheit von Folter, sondern es ist außerdem das Verbot grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung. Diese Aspekte, die zwar juristisch zu differenzieren sind, sind menschenrechtlich gleichermaßen verwerflich. Das wird in der laufenden, teilweise aufgeladenen Diskussion nicht immer gemacht. Zur Definition von Folter im engen Sinne gehört, dass staatliche Organe durch Tun oder Unterlassen zur Erreichung eines bestimmten Zweckes einer Person vorsätzlich starke körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zufügen. Als grausam, unmenschlich und erniedrigend werden alle Formen der Zufügung von starkem Leid klassifiziert, die selbst nicht Folter sind. Ob eine Behandlung grausam, unmenschlich oder erniedrigend ist, oder Folter im engeren Sinne darstellt, entscheidet sich nach dem Grad der Intensität des zugefügten Leids. Dabei ist immer eine Wertung des Einzelfalls vorzunehmen

und alle Umstände sind zu berücksichtigen. Dazu gehört auch das subjektive Schmerzempfinden. Die erniedrigende Behandlung, die auch unter das Folterverbot fällt, ist die schwächste Form und meint die Demütigung einer Person. Wir sollten uns in Deutschland auch auf Grund der schweren Kritik von Seiten der UN-Gremien intensiv mit der Frage befassen, ob es Fälle von Folter gibt, aber auch, wie die Praktiken der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland, die unter den Begriff der grausamen, unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung fallen, vermieden werden können. Es liegt nahe und wird ja auch diskutiert, dass Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlungen unter grausam und unmenschlich fallen und deshalb nicht zulässig sind. Es ist in jedem Falle menschenrechtlich geboten, Wege zu finden, solche Praktiken einzudämmen und abzuschaffen.

Rosemann: Im Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen heißt es in einer vorläufigen Übersetzung Ihres Hauses, Herr Aichele: »Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat eine Überprüfung mit dem Ziel der offiziellen Abschaffung aller Praktiken vorzunehmen, die als Folterhandlung angesehen werden.« Ist der Begriff Folter richtig gewählt oder müssen wir ihn durch erniedrigende Behandlung ersetzen, damit das verständlich und korrekt ist?

Aichele: Der Folterbegriff wird vom Ausschuss hier offenbar sehr weit gefasst. Die oben angesprochenen Differenzierungen werden also so nicht aufgegriffen. Wir müssen deshalb zum einen genau hinschauen, was jeweils dort gemeint ist und zum anderen was wir in der Lebenswirklichkeit vorfinden. Deswegen mein deutlicher Hinweis, darüber intensiv nachzudenken, ob es in Deutschland Praktiken der grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung gibt. Es sei daran erinnert, dass der Ausschuss dies nicht allein im psychiatrischen Zusammenhang kritisiert, aber eben auch dort. Damit sind menschenrechtlich in Frage gestellt die Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung. Der Ausschuss drängt außerdem darauf, den Blick zu weiten, denn er ist insbesondere besorgt über die Hartnäckigkeit der Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung und freiheitseinschränkenden Maßnahmen einschließlich der Sedierung und die geringe gerichtliche Durchsetzbarkeit in praktischer Hinsicht. Es werden also viele Fragen aufgeworfen und danach gefragt, wie Fortschritte erreicht werden können.

Rosemann: Wie erleben Sie, Herr von Cranach, das psychiatrische Handeln mit ein paar Jahren Distanz zu ihrem aktiven Berufsleben in einer psychiatrischen Klinik in diesem Zusammenhang?

von Cranach: Ich komme gleich zu Ihrer Frage, möchte aber zuerst auf Herrn Aichele eingehen. Juan Mendez hat am 1. Februar 2013 als Spezialberichterstatte der Vereinten Nationen für die Fragen von Folter grausames, unmenschliches, entwürdigendes Verhalten in Gesundheitseinrichtungen als Folter bezeichnet. Später hat er dies in einem Vortrag ein wenig zurückgenommen, aber immer noch den Begriff Folter verwendet. Worauf ich hinaus möchte: Es rumort in der Bevölkerung. Einige Beispiele: Das Bundesverfassungsgericht und der Bundesgerichtshof haben die Zwangsbehandlung verboten. Die zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung der ethischen Grundsätze in der Medizin hat der Psychiatrie den Auftrag gegeben, endlich und grundsätzlich anders mit Zwangsbehandlung umzugehen. Denken wir an den Fall Mollath oder an die vielen Untersuchungen über Zwang in der europäischen Psychiatrie. Diese zeigen, dass die Bundesrepublik bei Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen und Fixierungen an erster Stelle steht. Hinzu kommen die regionalen Unterschiede bei Zwangsunterbringungen. Ich muss ehrlich sagen: Ich schäme mich dafür. Denn das kann nicht an den Patientinnen und Patienten liegen, sondern muss am System und an den behandelnden Ärzten liegen. Dabei gäbe es drei Dinge, die wir dagegen tun können. Krankenhäuser könnten innerhalb von wenigen Monaten die Rate ihrer Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen um ein Vielfaches reduzieren. Wir brauchen nur nach Herne oder Heidenheim schauen um festzustellen, dass dies möglich ist. Zweitens sind mittelfristig gesetzgeberische Maßnahmen möglich, um die Anwendung von Zwang zu regeln. Drittens muss die Psychiatrie wieder dazu kommen, Kranke und Krankheiten zu behandeln statt Zwang anzuwenden.

Rosemann: Ich würde den Dissens gerne vertiefen, möchte aber zuerst Herrn Wegener in die Diskussion einbeziehen: Was sind Ihre Erfahrungen und Erkenntnisse zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie?

Wegener: Mich reizt es auch, auf meine Vorredner einzugehen, möchte aber zuerst die Aussage von Herrn von Cranach »es gärt in der Bevölkerung« aufgreifen. Das trifft ja zu, wie ein weiteres Beispiel zeigt: Welches negative Bild von psychischen Problemen und wieviel Diskriminierung wurde nach dem Absturz der German Wings Maschine medial verbreitet? Um Ihre Frage zu beantworten: Nach meinem Eindruck sind die wenigsten Menschen gegen Zwang und Gewalt in der Psychiatrie: Im Zweifelsfall sollen auch der Kinderschänder, der Psychotiker und der Stimmenhörer weggesperrt werden. Da stehen wir vor einer großen Aufgabe. Auch in Berlin haben wir große Unterschiede bei den Zwangseinweisungen, beispielsweise in den Bezirken Neukölln

und Wedding. Die Anzahl der Zwangsunterbringungen ist bei vergleichbarer Sozialstruktur in Wedding fünfmal so hoch wie in Neukölln, die Anzahl der Fixierungen in Wedding allerdings die niedrigste in ganz Berlin. Ich kann das also nur unterstreichen. Ein wenig komme ich mir bei der Diskussion vor, wie ich mit 18 Jahren auf einem Kirchentag war. Alle sprachen über Mitmenschlichkeit und soziales Engagement. Mit der »göttlichen Begründung« konnte ich aber nichts anfangen. So geht es mir auch mit dem Begriff Folter, der für mich nicht hilfreich ist. Wichtiger ist es, dass wir uns darauf konzentrieren, wie wir Zwang und Gewalt in der Psychiatrie reduzieren können. Nun zu unseren praktischen Erfahrungen mit Zwang und Gewalt in der Selbsthilfe. Ob es sich bei der Bipolaren Störung um eine Krankheit handelt, wird von den Menschen ganz unterschiedlich beantwortet. Wir haben uns in unseren Selbsthilfegruppen deswegen hauptsächlich mit der Frage beschäftigt, was wir machen können, damit es uns bessergeht. Und: Wir kommen nicht aus der Tradition des Kampfes gegen Zwang und Gewalt. Das stand in unseren Selbsthilfegruppen in der Vergangenheit nicht im Vordergrund und war nur selten ein Thema. Auch die konkreten Erfahrungen damit sind sehr unterschiedlich. Es gibt viele Menschen, die sagen, dass ihnen die Zwangsbehandlung geholfen hat aus der Manie herauszukommen und überhaupt wieder in der Lage zu sein, über sich selbst bestimmen zu können. Und es gibt viele Menschen die sagen, dass die Zwangsbehandlung sie traumatisiert hat. Deswegen kann ich nicht grundsätzlich Ja oder Nein zur Zwangsbehandlung sagen. Grundsätzlich geht es um die Autonomie des Einzelnen, der sich in einem System bewegt, zu dem auch Familien und Angehörige gehören.

Rosemann: Vielen Dank Herr Wegener. Ob Zwangsmaßnahmen als Schutzfunktion wahrgenommen werden und eine solche haben, ist sicherlich eine spannende Diskussion. Dazu meine Frage an Ulrich Krüger: Wie erleben Sie die Diskussion über Zwang und Gewalt bei Ihren Reisen durch die Republik?

Krüger: Ich zögere ein wenig, darauf unmittelbar einzugehen. Wenn Sie gestatten möchte ich zuerst zwei Aspekte vortragen, die mich gerade bewegen. Ich danke Herrn Aichele für die Präzisierung des Begriffs Folter und die Darstellung seiner Implikationen. Jetzt könnten wir herabwürdigendes Verhalten aufspüren und darüber diskutieren, wo und wie wir Zwangsmaßnahmen reduzieren können. Dafür bin offen und sofort dabei. Mich stört und ärgert dieser Folterbegriff aber, weil er die Psychiatrie damit noch ein weiteres Stück mehr stigmatisiert. Ein pragmatischer Grund: Die Klappe geht bei den Beteiligten schnell zu, weil sie sagen: Bei uns gibt es keine Folter

und wir können damit nicht gemeint sein. Zweitens ist der Begriff Folter für Außenstehende eine Bestätigung dafür, einen großen Bogen um die Psychiatrie zu machen. Viele Menschen benötigen und bekommen in psychischen Krisen Hilfen, manche nehmen diese wegen der Stigmatisierung allerdings zu spät in Anspruch. Das sollten wir mit dem Begriff Folter nicht auch noch unterstützen. Soviel zur bisherigen Diskussion. Nun zu Ihrer Frage. Wir haben das sehr verbreitete Problem, dass Menschen in der Psychiatrie Zwang angetan wird. Das beginnt schon damit, dass denen, die Zwang erfahren haben, nicht zugehört wird. Oder wenn wir an die etwa 9.000 Suizide und die zehnfache Zahl von Suizidversuchen im Jahr denken. Selbstverständlich gibt es Menschen, die auf Grund einer überlegten Entscheidung einen Suizid begehen. Aber bei einer Vielzahl ist der Suizidversuch nicht Ergebnis einer solchen Überlegung, sondern eine Gefühlsreaktion in einer Notsituation, die als überfordernd erlebt wird. Fast alle, die den Suizidversuch überlebt haben und die ich kennengelernt habe, waren froh, dass er gescheitert ist. Ob die Probleme, die Auslöser des Suizidversuchs waren, wieder kommen ist eine andere Frage. Gefühlte Aussichtslosigkeit gibt es nicht nur bei einem Suizidversuch. Ausgeliefert sein und Aussichtslosigkeit erleben auch Menschen, die in eine psychiatrische Klinik kommen – das ist nebenbei gesagt der kleinere Teil der psychiatrischen Kranken. Die meisten werden nicht fixiert und haben ganz andere Probleme. Die warten erst mal drei Tage auf ein erstes Gespräch, die wissen nach einer Woche immer noch nicht, wer für sie zuständig ist, oder leiden unter Beeinträchtigungen im Stationsalltag. Das möchte ich vorausschicken, ohne das Thema Zwang und Gewalt in der Psychiatrie zu bagatellisieren. Zwang wird in Einzelfällen häufig vorschnell angewendet, ohne vorher zu versuchen zu deeskalieren oder zu verstehen, warum jemand so wütend ist, er sich aggressiv verhält, oder auch was mein Beitrag als Professioneller zu diesem Verhalten war.

Rosemann: In die Runde gefragt: Haben wir ein grundsätzliches Problem damit, dass wir zwar durchaus Hilfeangebote für Menschen in Not haben, aber bei der Zuspitzung einer Situation eine große Maschine mit staatlicher Gewalt und Polizei anrollt oder die Zwangsunterbringung greift?

Aichele: Ja, klar. Deshalb finde ich es sehr gut, wenn sich jemand aus der Psychiatrie, wie wir eben Herr von Cranach erleben konnten, an die Spitze der Menschenrechtsbewegung stellt. Ich fühle mich allerdings hier etwas missverstanden und möchte hier klar sagen: In der Psychiatrie in Deutschland gibt es grausame und unmenschliche Behandlungen. Darüber bin ich sehr alarmiert und dagegen müssen wir sehr viel mehr tun: Wir dürfen das nicht

dulden und müssen das System verändern. Von der APK bin ich deshalb etwas enttäuscht, weil sie sich dieses Themas selbst im Jubiläumsjahr der Psychiatrie-Enquete nicht überzeugend angenommen hat. Wir – und damit auch die APK – müssen doch dafür sorgen, dass die Menschenrechte in der Psychiatrie zu 100 Prozent gewährleistet werden.

Rosemann: Herr Krüger: Die AKTION PSYCHISCH KRANKE ist direkt angesprochen worden.

Krüger: Ich möchte die Kritik nicht vorschnell zurückweisen, auch wenn ich das nicht ganz so erlebe. Sowohl zu politischen Diskussionen als auch bei Gesetzesvorhaben zu Zwang und Gewalt waren die Stellungnahmen der AKTION PSYCHISCH KRANKE immer sehr eindeutig: Wir sind für eine Reduzierung von Zwang und Gewalt. Ich sehe eher das Problem, dass eine Frage offenbleibt, ob in sehr eng umschriebenen Fällen es auch möglich sein sollte, ohne Zustimmung des Patienten oder der Patientin notwendige Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen sind. Eine solche Ausnahme wird dann aber oft für das Ganze gesehen. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat sich immer für mehr Autonomie ausgesprochen, das belegen zum Beispiel auch unsere Stellungnahmen zur UN-Behindertenrechtskonvention. Nun zu meinen Erfahrungen in Hilfeplankonferenzen. Wir haben als AKTION PSYCHISCH KRANKE 53 regionale Projekte zum personenzentrierten Ansatz begleitet, auch bei Herrn von Cranach. Ich kann mich an keinen einzigen Fall erinnern, bei dem in einer Hilfeplankonferenz eine geschlossene Unterbringung empfohlen wurde. Im Gegenteil: Wir mussten uns mit entsprechenden Empfehlungen und dem Druck von gesetzlichen Betreuern oder Angehörigen in diese Richtung auseinandersetzen. Es ist auch vorgekommen, dass eine Hilfeplankonferenz sehr konstruktive individuelle Pläne empfohlen hat und ein Betreuungsgericht eine geschlossene Unterbringung entschieden hat. Das führt zu starken Konflikten. Ein anderes Beispiel ist die Diskussion, ob geschlossene Heime notwendig sind. Meine Position dazu: Bevor ein geschlossenes Heim gebaut wird, sollte man immer zuerst überprüfen, ob es dazu Alternativen gibt. Das war zum Beispiel in Gera der Fall. Für ein neues geschlossenes Heim standen 30 Menschen auf einer Warteliste. Nach einer intensiven Diskussion und Hilfeplanung ist von den 30 kein Einziger in ein geschlossenes Heim untergebracht worden. Das ist geschmolzen wie Schnee in der Hand. Für alle wurde eine andere Lösung gefunden. Auch das ist die AKTION PSYCHISCH KRANKE.

von Cranach: Wir sind uns einig, dass sich etwas ändern muss. Ein Beispiel aus meiner Erfahrung: Eine 36-jährige Patientin von mir wird in ein

psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Sie spricht in der Nacht weniger als eine Minute mit einer Ärztin und bleibt 18 Stunden fixiert. In der Zeit hat sich kein Arzt um sie gekümmert. Obwohl sie ihre Periode hatte, ist sie trotz Bitten nicht entfixiert worden. In den drei Wochen ihres Aufenthalts ist sie nur zweimal von 10 bis 12 Fachleuten für jeweils drei Minuten während einer sogenannten Visite begutachtet worden. Es ist doch gleichgültig, ob man das Folter, grausames, unmenschliches oder entwürdigendes Verhalten nennt. Der Begriff Folter ist fast noch passender. Dass wir gegen solche Zustände etwas machen müssen liegt doch auf der Hand. Von selbst ändert sich das nicht. Nur: Wie ändert man das? Ich erinnere an die Zeit der Psychiatrie-Enquete, einer Zeit, in der vieles infrage gestellt und verändert wurde. Verändert hat sich etwas, weil die damaligen Zustände und die brutalen Realitäten der psychiatrischen Versorgung offen und direkt ausgesprochen wurden. Das ist auch heute der einzige Weg: Wir müssen die unhaltbaren Zustände beim Namen nennen. Wenn wir sie verharmlosen und eine Untersuchung machen, ob eine Fixierung an drei, zwei oder fünf Punkten sinnvoller ist, verwässern wir die Zustände. Zwang und Gewalt offen und eindeutig auszusprechen ist die bessere Strategie.

Rosemann: Herr Wegener, an dem Abend, den Sie zum Thema Zwang und Gewalt in Berlin durchgeführt haben, haben Sie den Versuch unternommen, dieses Thema dialogisch zu diskutieren. Sie haben streng auf den Dialog geachtet, sodass nicht bloß viele Profis mit zwei Psychiatrieerfahrenen und mit einem Angehörigen sprechen. Hat diese Veranstaltung etwas verändert?

Wegener: Eindeutig Ja. Sie hat alle Beteiligten, also Psychiatriefachleute, Angehörige und Profis, zum Nachdenken über ihre eigene Haltung und Rolle angeregt. Das persönliche Gespräch aller Beteiligten ist wichtig, kann es allein aber nicht sein. Deswegen stimme ich Herrn von Cranach auch zu: Die Zustände müssen beim Namen genannt werden. Bei seinem Beispiel handelt es sich doch eindeutig um Menschenrechtsverletzungen, egal wie man sie konkret nennt. Ein anderer Aspekt: Mit solchen Vorhaben wie »PEPP« und anderen werden wir noch weniger Zeit haben, uns um die Menschen zu kümmern. Nach meiner Überzeugung bedeutet »PEPP« Menschenrechtsverletzung aus finanziellen oder systematischen Gründen.

Rosemann: Der Aufruf, die Zustände zu benennen und zu verändern steht im Raum und ist uns allen bewusst. Es ist die Frage, an welchen Punkten wir ansetzen können, um etwas zu ändern. In seinem Beitrag heute Vormittag hat Professor Heinz darauf hingewiesen, dass wir uns bei dem Thema nicht auf das Krankenhaus alleine konzentrieren dürfen, weil dort viele Zwangs-

behandlungen und Fixierungen festzustellen sind. Wir müssen auch das im Blick haben was Herr Krüger angesprochen hat: Es gibt immer noch eine nennenswerte Anzahl von Menschen, die in geschlossenen Heimeinrichtungen untergebracht sind. Dahinter stecken nicht immer nur finanzielle Überlegungen. Primär sollte die Frage sein, wie viel Mühe wir uns geben, individuelle Wege und passende Hilfe zu finden. 2014 war ich auf Einladung der Caritas in verschiedenen Regionen der Republik, um über »Unterbringung von Menschen in geschlossenen Heimen« zu sprechen. Ich war über die Heterogenität einigermaßen erstaunt. Es gibt Regionen in Deutschland, die meinen, mit rund sechs Millionen Einwohnern 700 Plätze in geschlossenen Heimen zu benötigen. 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete habe ich das nicht erwartet. Es gibt aber auch Regionen, denen es gelingt, auf eine Unterbringung in geschlossenen Heimen weitgehend zu verzichten. Das ist die mutmachende Seite der Entwicklung. Heute Morgen wurde gesagt, dass der Begriff Menschenrechte etwas mit Menschenwürde zu tun hat. Ich bin der Überzeugung, dass wir mit Menschenwürde in der psychiatrischen Versorgung ein Problem haben. Frau Osterfeld hat auf den Film »Einer flog übers Kuckucksnest« hingewiesen, der genauso alt ist wie die Psychiatrie-Enquete. Ich erinnere mich an meinen Zivildienst 1976 an der psychiatrischen Klinik in Hannover: Eine junge Frau kam in einem katastrophalen psychischen Zustand in die Aufnahme. Sie kam viel zu spät, weil sie den Film gesehen hatte und überzeugt war, dass die dort dargestellten Zustände auch in der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik zu finden sind. Das war allerdings schon 1976 in Hannover nicht mehr so. Sie hat sehr lange gebraucht um zu verstehen, dass die Psychiatrie auch helfen kann. Leider hat diese Einsicht nicht ausgereicht und sie hat sich das Leben genommen. Das ist eines der Probleme vor denen wir alle stehen: Es muss uns gelingen, die Hilfe so zu gestalten, dass sie angenommen werden kann. Wir haben die Verantwortung dafür, dass Menschen die notwendige Hilfe dort und dann bekommen und annehmen können, wenn sie benötigt wird. Wir haben die Verantwortung dafür, dass dies mit weniger Zwang und Gewalt passiert. Dies bei den ersten 80 Prozent zu schaffen ist so schwer nicht, die nächsten 20 Prozent zu schaffen, ist ziemlich schwer. Nach meiner Überzeugung ist das eine Frage der Haltung und der Umsetzung in der Praxis. Damit werden wir uns weiter beschäftigen müssen. Die Tagung hat gezeigt, dass dies nur mit der Stärkung von Selbsthilfe und Partizipation möglich sein wird. Dann wird es uns auch gelingen, die notwendige Haltung zu entwickeln und daraus die notwendigen Organisationsstrukturen ohne Zwang und Gewalt zu schaffen.

C Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Selbsthilfe und zivilgesellschaftliches Engagement

Einleitung

Reinhard Peukert

Im Symposium haben sich mehr Vertreter von Selbsthilfevereinigungen zusammengefunden als die sechs, die zu einem Beitrag eingeladen waren. Dies hat der Debatte um die Aufgaben, den Stand und die Zukunft der Selbsthilfe sehr gut getan. Denn damit wurde das breite Spektrum nicht nur der Anliegen der Selbsthilfe, sondern auch des Selbstverständnisses gut erkennbar.

Dazu gehören Selbsthilfeorganisationen, die neben der Zusammenarbeit mit Professionellen deren Mitgliedschaft – zum Teil auch in den Vorständen – vorsehen und die außerdem die Förderung von Forschung zu ihrem Aufgabenkatalog zählen (z. B. die Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen oder die Alzheimer Gesellschaft). Dazu gehören auch Selbsthilfeorganisationen, die ausschließlich Betroffene aufnehmen und die Position vertreten, nur so können viele erreicht werden, um deren Interessen angemessen zu vertreten – wobei diese die Kooperationen mit professionellen Helfern und Angehörigen keinesfalls ausschließen.

Die unterschiedlichen Sichtweisen wurden keinesfalls gegeneinandergestellt, sondern als unterschiedliche Zugänge zu gleichen Zielen verstanden:

- Den Betroffenen Ansprechpartner und Anlaufstellen bieten.
- In den Gruppen gemeinsam Lernen.
- Die Interessen Betroffener in Politik und Gesellschaft vertreten,
- um für eine Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation der Betroffenen beizutragen.

Wiebke Schneider (Selbsthilfe bei Suchterkrankungen) brachte dies auf den Punkt: »Leben lernen, Leben gestalten, gemeinsam lauter werden.«

Den Referentinnen und Referenten wurden keine Vorgaben für ihre Vorträge gemacht. Daher findet die Leserinnen und Leser in den folgenden, durchweg spannenden Beiträgen unterschiedliche Aspekte von Selbsthilfe bzw. Selbsthilfeorganisationen.

Einige Referentinnen und Referenten geben Einblick in die jeweilige Erkrankung, andere setzen diese Kenntnis voraus; einige betonen mehr die Zukunft und die sozialpolitischen Herausforderungen, andere die Beschreibung von öffentlichkeitswirksamen Aktionen (z. B. die MUT-TOUR

der Deutschen Depressions-Liga). Dies zeigt die Fülle von Aufgaben und Aktivitäten der organisierten Selbsthilfe.

Über die Zukunft und die sozialpolitischen Herausforderungen berichtete Frau Gudrun Schliebener (Siehe dazu »Agenda 2020 – Was zu tun ist. Zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung« unter www.psychiatrie.de/bapk/ueberuns/dokumente/agenda [aufgerufen am 29.04.2016]).

Die Breite der regionalen Aktivitäten, der Vernetzungen und der politischen Einflussnahmen geben einen Eindruck davon, wie im Laufe der Jahre aus der Selbsthilfe eine »sozialpolitische Mehrzweckwaffe« wurde.

Ebenfalls wurde die Initiative zur Gründung eines bundesweiten Selbsthilfe-Netzwerkes diskutiert. Alle Anwesenden sprachen sich dafür aus und kündigten ihre Beteiligung an. Drei Themenkreise aus der Diskussion im Symposium seien angesprochen.

- Nahezu alle Selbsthilfeorganisationen müssen sich heute mehr als in der Vergangenheit um Mitglieder bemühen, um Alterungsprozessen in der Selbsthilfe entgegen zu wirken. Dies scheint den Gruppen und Organisationen, die viel Aktivitäten für die Mitglieder anbieten, besser zu gelingen.
- Die Rolle von Familienangehörigen wurde differenziert betrachtet. Während die Familienselbsthilfe des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) selbstverständlich die Sichtweisen von Angehörigen betont und hervorhebt, ihnen zu ihrem Recht zu verhelfen verweist die Selbsthilfe für Suchterkrankungen auf den Gesichtspunkt, dass die Menschen in den Familien »oft zu dicht beieinander seien«. In diesen Fällen sei bürgerschaftliches Engagement Nicht-Erkrankter und und außerhalb der Familien noch wertvoller als das ohnehin generell gelte.
- Dies spricht einen weiteren Aspekt aus der Diskussion an, der im Titel des Symposiums angesprochen ist: das zivilgesellschaftliche Engagement. Obwohl im Titel genannt musste die Debatte dazu vom Moderator provoziert werden. Keiner der Anwesenden hatte eine schlüssige und bereits »theoretisch durchgearbeitete« These zum Zusammenhang von Selbsthilfe und zivilgesellschaftlichem Engagement. Nach kurzer Debatte folgten viele der Auffassung, die von Klaus Dörner eingebracht wurde: sich (auch als Betroffener) in der Selbsthilfe zu organisieren sei ein Ausdruck zivilgesellschaftlichen Engagements. Dies ist plausibel, denn Selbsthilfe greift – wie jedes zivilgesellschaftliche Engagement – in das Räderwerk gesellschaftlicher Prozesse, um diese – zumindest ein wenig – zu beeinflussen.

Die MUT-TOUR

Sebastian Burger

Die MUT-TOUR (bis 2014 bekannt unter dem Namen Mood Tour und dann umbenannt in MUT-TOUR) ist Deutschlands erstes Aktionsprogramm auf Rädern, das seit 2012 durch Deutschland rollt und einen Beitrag zur Entstigmatisierung der Depression als Erkrankung leistet: Insgesamt radelten bis 2015 bereits 102 depressionserfahrene und -unerfahrene Menschen in 23 Etappen im Zeltbetrieb 14.000 Kilometer durch die ganze Republik. Außerhalb dieser sogenannten Staffelfahrt organisieren wir Fotoausstellungen und Schul-Workshops, veranstalten Wintertreffen für Ehemalige und Interessierte und fördern permanente Ortsgruppenangebote. Bis dato wurden mehr als 1.500 ermutigende Berichte über das Projekt und sein Anliegen veröffentlicht. Ende 2015 erhielt das Projekt den DGPPN-Antistigma-Preis 2015



Abb. 1: Start MUT-TOUR 2016 wie hier im
Bilde Karlsplatz Heidelberg: 4.6.16 um 11.30 Uhr

Die Staffelfahrt

Die Grundidee »Mit Betroffenen und Nicht-Betroffenen gemeinsam Sport, Struktur und Natur erleben und täglich Öffentlichkeitsarbeit leisten« hat sich zwischen 2012 und 2015 als beliebt, machbar und effizient erwiesen. Schweres Thema, leicht verpackt: die MUT-TOUR bewegt Hunderte und

erreicht Millionen. Begegnung gegen Vorurteile: Gesicht zeigen und die eigenen Stärken mobilisieren.

2016 geht es am 4. Juni los, mit zwölf Tandem-Teams, »Team Kajak« und »Team Esel«. Alle Teams bestehen etwa zur Hälfte aus Depressionserfahrenen und -unerfahrenen, einige von ihnen sind ehemalige Teilnehmer der früheren Jahre. Bis zum 3. September erleben die Teilnehmer auf insgesamt 7.300 Kilometern intensiven Erfahrungsaustausch, sportliche Herausforderungen und schöne Naturerlebnisse. Gezeltet wird im Freien, gelegentlich übernachtet die Gruppe bei spontanen Gastgebern. Es wird gemeinsam gekocht und zusammen gegessen.

Während der 40 Aktionstage der großen Tour 2016 suchen wir die Öffentlichkeit: Der Allgemeinde Deutsche Fahrradclub (ADFC) und andere Partnervereine bieten Mitfahr-Aktionen und Infostände für Interessierte vor Ort an, prominente Schirmherren wie Willi Lemke unterstützen uns dabei. Zwischen den Aktionstagen treffen wir täglich Journalisten. Ihnen berichten die depressionserfahrenen Teilnehmer, wie sie mit der Erkrankung leben und warum die MUT-TOUR noch immer nottut: Stand der Dinge ist, dass sich nach wie vor viele Betroffene nicht trauen bzw. es sich nicht erlauben können, offen mit der Erkrankung zu leben.

Foto-Ausstellung »Deutschland, eine Reise«

Die aus 50 holzgerahmten Fotos bestehende Ausstellung spricht ein zusätzliches Publikum an und zeigt Motive zu Projekt, Land und Leuten. Sie ist schön anzusehen und regt an, sich Gedanken zu den Themen Sport, Gemeinschaft und Stigma zu machen. Institutionen können sie kostenneutral entleihen: www.mut-tour.de/ausstellung.



Abb. 2: Ausstellung MUT-TOUR

Schul-Workshops

Ziel ist es, Schüler durch niederschwellige, zweistündige Workshops für das Thema Depression zu sensibilisieren. Eingangs werden Bilder von der Staffelfahrt gezeigt, die einen Bogen zu den folgenden Gesprächen und gemeinsamen Brainstormings spannen: www.mut-tour.de/schule.

Ortsgruppen

In Münster, Bremen, Leipzig, Rhodt und Bochum gibt es regelmäßige Angebote. Die Ortsgruppen sind ein Angebot, bei dem Menschen gemeinsam und ohne Leistungsdruck Sport treiben und sich austauschen können: www.mut-tour.de/ortsgruppen.

Die Orte, in denen wir öffentliche Mitfahr-Aktionen planen, sind in Karten eingetragen. Im Team 1 fahren neue, im Team 2 ehemalige Teilnehmer. Die kleine Karte zeigt zusätzlich die beiden Test-Teams »Esel« und »Kajak«, die ebenfalls aus Ehemaligen bestehen. In den meisten Fällen starten bzw. enden die zwei- bis sechsstündigen, langsamen Mitmach-Aktionen an Infoständen unserer Partner vor Ort: www.mut-tour.de/mitmachen.

MUT-TOUR 2012 bis 2015: Berichte von unterwegs

Gertrud, MUT-TOUR 2012, Etappe 5

Ich lebe seit fast 40 Jahren mit Depressionen. Nach einem Zusammenbruch vor vier Jahren war ich ein Jahr krankgeschrieben und kämpfte seitdem um mein seelisches Gleichgewicht. In der Klinik habe ich zwar »Handwerkszeug« vermittelt bekommen, neue Medikamente und eine weitere Therapie ausprobiert – die Tiefs kehrten jedoch in immer kürzeren Abständen zurück. Ich kämpfte wirklich ums nackte Überleben. Und dann kam die MUT-TOUR: Nach dem Vortreffen in Köln, bei dem ich das Gefühl hatte »ich komme nach Hause«, war ich guter Dinge. Die fünfte Etappe hatte ich mir ausgesucht, weil ich die Ostsee und die neuen Bundesländer sehen wollte. Obwohl die Vorfreude überwog, machte mich schon die Anreise nach Leipzig fertig. Die Erschöpfung von der Arbeit in den letzten Wochen zollte ihren Tribut. Der erste Tag begann mit vielen Tränen und war sehr mühsam. Irgendwie ging es dann aber doch los. Alles begleitet von immer wieder auftretenden Tränenströmen. Aber ich habe den Absprung geschafft. Am dritten Tag hatte ich zum ersten Mal seit Jahren das Gefühl, im HIER und JETZT zu



Abb. 3: Natur, Struktur, Sport und Gemeinschaft
ist, was bei der MUT-TOUR gut tut

sein, ohne Gedanken an die Vergangenheit oder Zukunft, einfach nur konzentriert auf das, was gerade geschah. Die Psyche erholte sich zusehends, von Depressionen war keine Spur mehr. Und mitten in diese Idylle platzte plötzlich der Gedanke: »Und was kommt danach?« Erst wurden die Beine schwer, dann die Arme, letztendlich war es mir nicht mehr möglich, weiterzufahren. Am nächsten Campingplatz wurde ich wunderbar aufgefangen von meinen Teamkollegen und nach ausreichend Schlaf konnte es am nächsten Morgen weitergehen. Ich erlebte mich selbst zunehmend offener. Ich lernte, meine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und dafür einzustehen. Meine Gedanken bekamen Flügel, ich fühlte mich unheimlich wohl, machte Pläne für die Zukunft und bin immer noch dabei, diese in die Tat umzusetzen.

Bea, MUT-TOUR 2012, Etappe 2

220 Höhenmeter, 53 Kilometer Strecke, sieben Prozent Steigung im Team: Zusammen Höhen und Tiefen bewältigen, durchschnittlich fünf bis sechs Stunden gemeinsame Zeit auf dem Tandem fahren, Teamwork und Vertrauen sind unabdingbar, da werden Gespräche intensiver, wir fühlen uns immer wohler und eingespielter im Team als auch in der Gruppe. Ganzer Bericht: 2012.mood-tour.de/MT12E2



Abb. 4: MUT-TOUR 2015, Etappe 3
Gert beim Schnippeln. »Mal ohne Erklärungen, Ausflüchte oder
Notlügen unter Leuten sein, die dieselbe Sprache sprechen ...
im Hier und Jetzt sein – das tat mir gut.«
Noch 2015 gründete Gert zusammen mit Cornelia (MT14)
die Leipziger Ortsgruppe: leipzig.mut-tour.de

Claudia, MUT-TOUR 2015, Etappe 4

In Sinsheim gerieten wir in ein Fest und durch Zufall an einen Passanten, der sich sehr für die Thematik interessierte, weil seine Freundin derzeit an Depressionen litt. Überhaupt wurden wir bei den Stopps nicht selten von neugierigen Leuten angesprochen. Hierfür verteilten wir unsere Flyer und Buttons. Ganzer Bericht: MUT-TOUR.de/MT15E4

Harald Schmidt, Schirmherr der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zu den Mitfahr-Aktionen: »Allen Teilnehmern wünsche ich viel Vergnügen und einen unvergesslichen Tag. Bei so einer Radtour geht's ja mal auf, mal ab – fast wie im richtigen Leben!«

Irina, MUT-TOUR 2012, Etappe 7

In Hildesheim, mitten in der Fußgängerzone, gab es einen tollen Stand, an dem sich viele Menschen informierten und einige kurze Reden gehalten wurden. Wir waren ein echter Blickfang! (...) Weiter ging es nach Braunschweig. Und dieser Aktionstag sollte uns wirklich in Erinnerung bleiben: Mitten auf dem Marktplatz empfingen uns zwei Trommlergruppen und wirklich viele Passanten interessierten sich für die Infostände. Mit etwa 70 Mitfahrern

und einer riesigen Polizeieskorte radelten wir die letzten 30 Kilometer zum Brandenburger Tor! Ein tolles Gefühl, auf den breiten Straßen mit Geleitschutz entlang rollen zu können – die Stadt war voll, Berliner und Touristen schauten nicht schlecht, als wir die Straße des 17. Juni gen Brandenburger Tor rollten. Ganzer Bericht: 2012.mood-tour.de/MT12E7b

Vorurteile zum Thema Depression

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen und werden in ihrem Leidensdruck und ihren Auswirkungen immer noch unterschätzt. Allein in Deutschland leiden derzeit ca. vier Millionen Menschen an einer behandlungsbedürftigen Depression und jeder Fünfte erkrankt einmal im Laufe seines Lebens. Nicht behandelte oder nicht erkannte Depressionen sind die häufigste Ursache für Suizide und Suizidversuche in Deutschland. Leider werden die meisten Betroffenen immer noch nicht optimal behandelt. Zum einen, weil bei vielen bereits durch die Erkrankung Energie und Hoffnung auf Besserung fehlen. Zum anderen, weil manche Ärzte über Diagnose und Therapiemöglichkeiten nicht gut genug Bescheid wissen. Mit einer Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten sind die meisten Erkrankungen heutzutage jedoch gut zu behandeln.

Trauer ist eine Grundemotion und eine normale Reaktion auf belastende Lebensereignisse. Es kann zwar vorkommen, dass eine lange und tiefe Trauer das Entstehen einer Depression begünstigt, doch ist sie für sich gesehen keine Erkrankung. Langanhaltende Trauergefühle können aber durchaus ein erstes Symptom einer Depression sein. Häufig treten sie dann ohne nachvollziehbaren Grund auf – man kann nicht sagen, worüber eigentlich getrauert wird.

Antriebsschwäche ist eine der Auffälligkeiten bei Depressionen, die bei vielen Menschen Assoziationen von Trägheit, Faulheit und Willensschwäche hervorruft. Hierbei wird fälschlicherweise unterstellt, die betroffene Person könnte sich auch zusammenreißen und ihren Zustand selbst überwinden. Das trifft jedoch nicht zu, denn auch mit noch so viel Anstrengung lösen sich die Blockaden des Denkens, Fühlens und Handelns nicht auf, sondern werden als umso quälender erlebt. Appelle an den Willen gehen daher an der Realität der Depression vorbei und verschlimmern die Isolation der Betroffenen.

Die Betroffenen sind auch nicht egoistisch, wie es häufig von anderen empfunden wird, sondern schlicht unfähig, zufrieden und gelöst zu sein, und

sehen alles wie durch eine schwarze Brille. Sie sind oft extrem verletztlich, beschuldigen andere und klagen über Ungerechtigkeiten, ohne hierbei jedoch eine Wahl zu haben. Positive Gedanken und Gefühle sind ihnen versperrt. Sie sehen zwangsläufig nur Probleme und verbreiten überall eine sorgenvolle und problemlastige Atmosphäre. Diese Gestimmtheit ist der Hauptgrund dafür, dass sie missverstanden werden und als Nörgler und Miesmacher bald ins soziale Abseits geraten. Niemand will mit ihnen gerne Umgang haben. Auch deshalb verschlimmern sich Depressionen von selbst.

Grenzen der Belastbarkeit zu haben ist kein Zeichen dafür, nicht leistungsfähig zu sein. Wer alles ertragen kann, könnte ebenso gut auch als unsensibel und rücksichtslos bezeichnet werden. Es ist vielmehr ein Zeichen von Eigenkompetenz, nicht alles mitzumachen, was der moderne Mensch als wertvoll und wichtig betrachtet, und sich stattdessen zu fragen, ob ein gestecktes Ziel überhaupt zu einem passt. Nur wenn man seinen Veranlagungen nach mit einem Ziel auf Dauer harmonisieren kann, wird man psychischen Problemen wirksam aus dem Wege gehen. Von außen bestimmte Ziele einfach zu übernehmen, weil es gefordert wird, kann zu vermehrtem Druck und Stress führen und das Risiko für eine Depression oder eine andere Erkrankung steigt an.

Depressionen sind behandelbar. Die Rückfallgefahr ist relativ hoch, sie hängt aber stark davon ab, ob krankmachende Faktoren erkannt werden und ob man bereit ist, den Lebensstil zu überdenken und ggfs. umzustellen. Auch das für den Einzelnen richtige Medikament ist ein wichtiger Behandlungspfeiler. In vielen Fällen ist die medikamentöse Einstellung allerdings nicht einfach und kann sehr zeitaufwändig sein. Doch das richtige Zusammenspiel zwischen medikamentöser und therapeutischer Behandlung machen Depressionen dann meistens beherrschbar.

Niemand ist vor Depressionen gefeit. Auch nicht diejenigen, die stark und unverwundlich erscheinen, die erfolgreich und beliebt sind. Die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegen belastende Umwelteinflüsse ist durch genetische und sozial prägende Faktoren gegeben, es hängt aber auch davon ab, was man daraus macht. Unwissenheit darüber, was einem eigentlich guttut und was nur unnötigen Stress verursacht, ist sehr verbreitet und stellt ein Risiko dar. Dabei ist es nicht möglich, klare Vorhersagen zu treffen, was noch gesund ist und was nicht.

Wer steht hinter der MUT-TOUR?

Willi Lemke, Sonderberater des UN-Generalsekretärs für Sport im Dienste von Frieden und Entwicklung sowie seit 2012 Schirmherr der MUT-TOUR: »Viele kennen sie, manche verleugnen sie beschämt, andere überspielen sie aus vielerlei Gründen. Kaum jemand redet gerne und offen über sie: Depressionen sollten kein Tabu sein und in ihrer Wirkung nicht unterschätzt werden. Unterstützen Sie die MUT-TOUR durch Ihre Mitfahrt, um der Gleichgültigkeit entgegen oder davonzuradeln!«

Die aktuelle MUT-TOUR 2016 wird finanziert von Aktion Mensch e. V., der Techniker Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung Bund, die gemeinnützige Gesundheitszentrum Bad Laer Stiftung zur Förderung des Gesundheitswesens sowie der Kämpfen-Stiftung.

Die Deutsche DepressionsLiga e. V. (DDL) ist der Trägerverein.

Der Allgemeine Deutsche Fahrrad-Club (ADFC) Landesverband Bremen e. V. ist seit 2014 offizieller Veranstalter der MUT-TOUR.

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe ist die institutionelle Schirm-dame der MUT-TOUR.

Das Netzwerk »Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.« ist aus der Stiftung hervorgegangen. In den vergangenen zwölf Jahren sind in über 65 Städten und Regionen Deutschlands lokale Bündnisse entstanden, die sich mit vielfältigen Aktivitäten für eine bessere Versorgung depressiv erkrankter Menschen einsetzen. Viele Bündnisse organisieren bei der MUT-TOUR Infostand-Aktionen.

Der Deutsche Behindertensportverband e. V. (DBS) ist der zuständige Fachverband im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) für den Sport von Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie mit chronischer Erkrankung.

Die Deutsche Sporthochschule Köln ist seit 2012 Partner der MUT-TOUR.

Zahlen und Fakten der Touren 2012 bis 2015

Alle TOUREN zusammengezählt:

- 862 Zeitungsberichte
- 28 Millionen Gesamtauflage der Zeitungsberichte
- 373 Internetberichte
- 55 Radio- und TV-Berichte

- 14.600 gefahrene Kilometer
- 1.450 Aktionstag-Mitfahrer
- 200 Tage gefahren
- 173 Nächte auf Isomatten
- 63 Tageskilometer
- 76 Aktionstage
- 96 Etappenteam-Teilnehmer
- 62 Depressions-Erfahrene darunter
- 59 weibliche Fahrer
- 37 männliche Fahrer
- 28 Etappen von 4 bis 14 Tagen
- 6 Tandems für 2 Teams
- Preis (DGPPN-Antistigma-Preis 2015)

Quellen

HELL, Daniel (2010): Depression – Was stimmt? Die wichtigsten Antworten. 4. Auflage, Herder Freiburg.

www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/wissen.php (27.12.2015)

MÜLLER-RÖRICH, HASS, MARGUE, VAN DEN BROEK, WAGNER (2103): Schattendasein – Das unverstandene Leiden Depression. 2. überarbeitete Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Ich beginne mit einer Frage in die Runde: Wer meint von Ihnen sicher zu sein, was eine Zwangsstörung ist? Der hebe bitte die Hand. Einer. Meine nächste Frage: Wer meint, er hätte etwas mit dem Thema zu tun? Für gewöhnlich gehen anderthalb Hände hoch. Ich möchte mit Ihnen zu Beginn meiner Ausführung ein kleines Spiel machen. Denjenigen, die nicht bekannt haben, dass sie mit Zwängen ab und zu etwas zu tun haben, möchte ich an einem Beispiel demonstrieren, dass wir alle einer Zwangsstörung recht nahe sind. Stellen Sie sich bitte vor: Wir sind am Nordpol und ein großer Eisbär steht dort. Sie haben jetzt 30 Sekunden Zeit, dieses Bild, in Ihrem Gehirn wieder zu löschen. Die halbe Minute ist rum. Wem ist es gelungen, das Bild des Eisbären aus seinem Gehirn wieder zu entfernen?

Was sind Zwangsstörungen?

Jetzt lesen wir gemeinsam, was zu Zwängen auf meinen Folien steht: »Wir alle kennen harmlose Formen des Zwangs aus unserem täglichen Leben. Manche von uns erledigen Dinge immer in der gleichen Reihenfolge, oder kontrollieren mehrfach ob die Haustür auch wirklich abgeschlossen ist.« Ich vermute, das kennen Sie alle. Jetzt lese ich ihnen die Definition für Zwangsgedanken vor: »Zwangsgedanken sind immer wiederkehrende sich ins Bewusstsein drängende Ideen, Gedanken, Bilder oder Impulse.« Wir merken also: Wenn wir einen Eisbären in unser Gehirn hereinholen und ihn nicht schnell wieder loswerden, sind wir relativ dicht an Zwangsgedanken. Sie müssen sich aber keine Sorgen machen, dass Sie nur wegen dieser Geschichte mit dem Eisbären jetzt Mitglied in der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen werden müssen und unserer Hilfe bedürfen.

Zu ihrer Beruhigung nun der zweite Teil der Definition: »Die Zwangsstörung zeichnet sich durch eine extreme Steigerung solcher Handlungen oder Gedanken aus. Diese sind sehr zeitintensiv, mit körperlichen Beschwerden verbunden und haben einen großen Leidensdruck zur Folge.« Wir haben es also mit einer extremen Steigerung und mit Dauerhaftigkeit der Gedankenlast zu tun. Deswegen sind jetzt 95% erst einmal in das normale Leben entlassen: Sie haben mit Zwangsstörungen nichts zu tun. Kontrolle, zum Beispiel ob der Herd tatsächlich aus ist, ist normal. Wenn man das einmal überprüft, ist

das völlig in Ordnung. Man sieht, dass der Herd aus ist, verlässt das Haus und das Thema ist erledigt.

Aber der Mensch der unter Zwangsstörungen leidet, überprüft den Herd nicht einmal oder dreimal. Er überprüft ihn zehnmal und ist anschließend immer noch nicht sicher, ob er tatsächlich aus ist. Er sieht es zwar, aber, wenn er sich abwendet kommt das Gefühl wieder: »Was wäre, wenn der Herd nicht aus ist, und mein Haus abbrennt?« Dieses Gefühl ist Angst, aber auch Scham, und führt dazu, dass die Menschen einen erheblichen Leidensdruck entwickeln und in ihrem Alltag beeinträchtigt. Das passiert auf gedanklicher Ebene oder über Rituale die ausgeübt werden, um den Druck des Zwangsgedankens in seine Schranken zu weisen.

Zwangshandlungen sind Handlungen zu deren Ausführung sich die Betroffenen gedrängt fühlen, obwohl sie dieses möglicherweise als sinnlos oder übertrieben erleben. Es gibt vielerlei Zwangshandlungen. Waschzwang: Habe ich Schmutz an den Händen, der Krankheiten auslösen könnte? Kontrollzwang: Ist die Tür wirklich zu, ist der Herd abgeschaltet? Ordnungszwang: Alles muss in einer perfekten Ordnung stehen. Der Fußballer David Beckham hatte beispielsweise einen solchen Ordnungszwang: Die Cola-Dosen und anderes mussten im Kühlschrank in Reihe und Glied stehen und in einer symmetrischen Anzahl vorhanden sein. Das ist schwierig, wenn zum Beispiel immer sechs Cola-Dosen im Kühlschrank stehen müssen. Eine zu trinken geht nicht. Zuerst muss die siebte Dose in den Kühlschrank, um anschließend wieder sechs in Reihe und Glied stehen zu haben. Außerdem gibt es den Zählzwang oder den Sammelzwang. Auf alle diese Arten von Zwängen müssen wir nicht im Einzelnen eingehen.

Zwangsgedanken sind also immer wiederkehrende und sich ins Bewusstsein drängende Ideen, Gedanken, Bilder oder Impulse. Solche Zwangsgedanken können sich auch auf religiöse Inhalte beziehen. Zwangsgedanken können sich auch auf Sexualität, Ordnung oder Genauigkeit beziehen. Sie lösen bei den Betroffenen intensive Emotionen wie Angst, Schuldgefühle oder Selbstzweifel aus.

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen wurde 1995 gegründet. Die letzten 20 Jahre sind eine bewegte und erfolgreiche Zeit für uns gewesen. Wir sind einer der wenigen Selbsthilfevereine in dem Experten, Betroffenen und Angehörigen gemeinsam arbeiten. Unsere hauptsächliche Aufgabe ist es,

Menschen mit Zwangserkrankung und ihren Angehörigen Hilfe zur Selbsthilfe und zum Leben mit der Erkrankung zu geben. Wir machen Öffentlichkeitsarbeit. Wir beraten fachkundig über Zwangsstörungen und die damit zusammenhängenden Probleme, um Vorurteile abzubauen und mehr als Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den Betroffenen zu erreichen. Wir haben eine umfangreiche Datei mit Therapeutinnen und Therapeuten sowie Kliniken, die sich auf Zwangsstörungen spezialisiert haben. Wir geben zwar keine Empfehlung, aber wir weisen darauf hin, wo man Hilfe findet, wenn man mit Zwängen zu tun hat.

Wir unterstützen wissenschaftliche Forschungen durch die Vermittlung von Kontakten zwischen Hochschulen und Betroffenen. Denn ohne ihre Mitwirkung ist Forschung nicht sinnvoll. Allerdings haben unsere Betroffenen kaum Interesse, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen, deren Ergebnisse wir über unsere Medien verbreiten.

Fünf Tage in der Woche bieten wir von 10 Uhr bis 12 Uhr eine telefonische Sprechstunde an. Dann kann jede und jeder unabhängig von einer Mitgliedschaft bei uns anrufen und sich beraten lassen, ob eine Zwangsstörung vorliegt. Wir machen keine Diagnose, aber wenn es Hinweise auf eine Zwangsstörung gibt, verweisen wir auf niedergelassene und stationäre Therapieangebote. Wir beraten ebenfalls Selbsthilfegruppen. Vor gut einem Jahr hatten wir noch 90 Gruppen, mussten aber 20 % der Gruppen streichen, weil sich nicht mehr existierten. Ein Grund dafür: Jugendliche gehen kaum in Selbsthilfegruppen und unsere Gruppen haben einen Altersdurchschnitt von 40+. Wir helfen, wenn eine neue Gruppe aufgebaut werden soll. Mit großem Aufwand haben wir es in diesem Jahr geschafft, in Frankfurt am Main wieder eine Selbsthilfegruppe zu initiieren. Zehn andere gibt es leider nicht mehr.

Das Bundestreffen für Selbsthilfegruppe findet immer in der ersten Jahreshälfte statt. Selbstverständlich machen wir auch Informationsveranstaltungen zu Zwangsstörungen, wenn danach gefragt wird. Darüber hinaus führen wir auch einen Jahreskongress mit Fachvorträgen durch. Betroffene und Experten sind gleichermaßen willkommen. Unsere Experten werden für Vorträge immer gebeten sie so zu gestalten, dass das sie verständlich sind. Fortbildungsangebote für Therapeuten sind schwierig, aber eine sinnvolle Sache.

Vier Mal im Jahr erscheint unsere Zeitschrift Z-aktuell, deren Redakteur ich bin. Die Auflage beträgt 2.000, wovon 1.500 an unsere 1.222 Mitglieder und Abonnenten gehen. Wir erheben einen Mitgliedsbeitrag von 50 Euro

pro Kalenderjahr, ermäßigt 25 Euro. Das Abonnement der Zeitschrift Z-aktuell kostet 20 Euro.

Wer sind die Menschen, die sich hinter dem Namen Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen verbergen? Das sind zum Beispiel unsere vier Vorstandsmitglieder Antonia Peters, Walter Hauke, Holger Müller und Thomas Hillebrand. Die paritätische Besetzung unseres Vorstandes zwischen Betroffenen und Experten ist uns sehr wichtig. Frau Peters und Herr Müller sind Betroffene, Herr Hauke und Herr Hillebrand sind Diplom-Psychologen. Ehrenvorsitzender ist unser Gründungsvorsitzender Prof. Dr. med. Iver Hand. Er war Leiter der verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik am Universitätsklinikum Hamburg.

Unser Kuratorium berät den Vorstand und ist paritätisch mit medizinisch-psychologischen Experten sowie Betroffenen und Angehörigen besetzt. Den wissenschaftlichen Beirat haben wir den Wissenschaftlern überlassen. Weil unsere Vorsitzende bei den Sitzungen immer dabei ist, fehlt in keinem unserer Gremien die Stimme der Betroffenen.

Mehr Informationen über unsere Arbeit finden Sie auf unserer Internetseite www.zwaenge.de.

Projekt »Leben mit Demenz« - Alzheimer Gesellschaft NRW

Regina Schmidt-Zadel

In NRW leben ca. 300.000 Menschen mit der Diagnose Demenz. Davon werden ca. 60 % Zuhause von Angehörigen gepflegt. Mit einem Menschen zu leben, der an einer Demenz erkrankt ist, stellt eine beachtliche Herausforderung dar.

Um den Angehörigen der betroffenen Menschen Hilfe in dieser für sie oft schwierigen Situation zu geben hat der Landesverband der Alzheimer-Gesellschaft NRW seit dem Jahr 2010 das Projekt Leben mit Demenz in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg eingerichtet und durchgeführt.

Das Projekt möchte die Pflegesituation für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen bzw. Zugehörigen verbessern und zur Gesunderhaltung pflegender Angehöriger beitragen. Darüber hinaus ist es ein Ziel des Projektes, durch seine Angebote ein besseres Verständnis für demenzielle Veränderungen zu fördern. Die Angebote richten sich an pflegende Angehörige (aller Kassen), Zugehörige, Ehrenamtliche, Nachbarschaftshelfer/innen und Interessierte.

Seit dem Start im Jahr 2010 konnte das Projektangebot kontinuierlich ausgebaut werden. Die Schulungsangebote werden in 27 Kreisen und kreisfreien Städten mit insgesamt ca. zehn Millionen Einwohnern durchgeführt. Mit stetig steigenden Teilnehmerzahlen wurden im Zeitraum 2010 bis 2015 mit den Projektangeboten ca. 11.000 Menschen erreicht.

Ein qualifiziertes Projektteam koordiniert die Angebote, betreut und schult Referenten, aktualisiert und entwickelt Schwerpunktthemen, führt Informationsveranstaltungen durch, leistet Öffentlichkeitsarbeit, Gremien- sowie Netzwerkarbeit nach Innen und Außen, sichert die Qualität der Projektangebote.

Das Angebotsspektrum umfasst mit Beginn des Jahres 2016 Schulungskurse mit sechs Modulen à 90 Minuten, Vortragsveranstaltungen à 90 Minuten sowie ein Beratungsangebot durch Selbsthilfe in Pflegestützpunkten. Im Rahmen der Projektangebote kann eine Qualifizierung im Sinne der »Nachbarschaftshilfe« erfolgen. Neben den deutschsprachigen Schulungsangeboten berücksichtigt das Projekt »Leben mit Demenz« mit seinem speziellen Kursangebot in türkischer und russischer Sprache auch Menschen mit Migrationshintergrund als besondere Zielgruppen.

Über 70 erfahrene Referentinnen und Referenten unterschiedlicher Berufsgruppen (Sozialpädagogen, examinierte Pflegekräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung, Ärzte, Gerontologen, etc.) vermitteln unter anderem medizinische Aspekte der Demenz, Umgang mit »herausforderndem Verhalten«, gelingende Kommunikation mit Betroffenen, Möglichkeiten der Beschäftigung, rechtliche und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Entlastungsangebote für Angehörige, Krisenbewältigung für Pflegende, Selbstpflege und Achtsamkeit.

Das Schulungs- und Informationsangebot wird überwiegend von Frauen (73 %) in Anspruch genommen. Männer bilden mit 27 % den geringeren Anteil an der Nutzung der Angebote des Projektes. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Angeboten des Projektes liegt bei 58 Jahren. Die kontinuierlich durchgeführte Projektevaluation zeigt eine hohe Zufriedenheitsquote. Für über 70 % haben sich die Erwartungen an das Schulungsangebot voll und ganz erfüllt.

Das Projekt »Leben mit Demenz« wird kontinuierlich weiterentwickelt. Aktuelle Entwicklungsansätze bestehen in thematischen Vertiefungen bzw. Ergänzungen der Pflegekurse sowie in einer Verstärkung qualitätssichernder Maßnahmen.

Abstinenz als Ziel bei Abhängigkeit? Sichtweise der Suchtselbsthilfe

Wiebke Schneider

In Deutschland ist das Suchtselbsthilfe-System mit ca. 9.000 Gruppen gut aufgestellt. Es bietet vielfältige Angebote der Unterstützung, Beratung und Begleitung für Suchtmittelabhängige, -gefährdete und Angehörige von Betroffenen für Betroffene.

Um die heutige Ausrichtung der Suchtselbsthilfe zu verstehen ist es hilfreich, die Wurzeln und Ursprünge der Entwicklung von solidarischer Hilfe für Menschen mit Abhängigkeitsproblematik zu betrachten. Die Gründer/innen der Abstinenzbewegung Mitte des 19. Jahrhunderts waren überzeugt von der Idee, dass Menschen mit einer Alkoholproblematik und deren Familien durch Austausch, Gemeinschaft und Gruppenaktivitäten, verbunden mit sozialem Lernen in Gruppen, eine abstinente Lebensweise erreichen und erhalten können.

Der Deutsche Guttempler-Orden wurde z. B. im Jahre 1889 in Flensburg gegründet und war damals und ist auch heute Mitglied der internationalen Bewegung von IOGT (seinerzeit »International Organization of Goodtemplars«).

Die Idee der Abstinenz- und auch der »Mäßigkeits«-Verbände war es, durch »Trinker-Rettung« Menschen zu helfen, eine alkoholfreie Lebensweise zu erreichen und damit selbst einen Freiraum zu gewinnen für persönliche Weiterentwicklung und für eigenes soziales Engagement in der Hilfe für andere Menschen. Die Einbeziehung der Familie in die Hilfen und in Aktivitäten der Abstinenzverbände, z. B. in der Jugendarbeit, war dabei eine Selbstverständlichkeit. Die sich zu der Zeit emanzipierende Jugendbewegung war auch Grundlage für die Jugendarbeit der Abstinenzverbände. Dies wird auch deutlich im Festgruß von Herbert Eulenberg beim ersten »Meißner-Treffen« im Oktober 1913: »Ich grüße die Jugend die nicht mehr säuft, die Deutschland durchdenkt und Deutschland durchläuft...«

Gleichzeitig wurde der Kampf gegen die Alkohol-Lobby aufgenommen, um deren Einflüsse durch ihre sozial- und gesundheitsgefährdenden Produkte und die Verharmlosung und Vermarktung dieser Produkte zu verdeutlichen und ein Gegengewicht zu setzen.

Suchtselbsthilfe ist demnach kein neues Phänomen. Allerdings wurde die Bedeutung von Selbsthilfegruppen erst in den 1970er Jahren unterstrichen und publik durch die Verdienste von Michael Lukas Moeller

(vgl. MOELLER, Michael Lukas: Selbsthilfegruppen, Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen, Reinbek bei Hamburg 1978). Seine Auseinandersetzung mit den Wirkmechanismen von Selbsthilfe, dem hilfreichen Austausch und der wechselseitigen Beratung von Menschen, die dasselbe (oder ein ähnliches) Problem haben ist wohl als einer der wichtigsten Bausteine in der Selbsthilfegruppenbewegung in Deutschland zu betrachten.

Für die Suchtselbsthilfe in Deutschland machten sich zwei weitere Aspekte in den 1970er Jahren bemerkbar: Zum einen das »legendäre« Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1968, das erstmals Alkoholabhängigkeit als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung definierte, zum anderen die aus Amerika nach Europa »eingewanderten« Ideen der Anonymen Alkoholiker mit einem strikten Selbsthilfeansatz von Betroffenen für Betroffene.

In den folgenden Jahren entwickelten sich die Selbsthilfegruppen in den Abstinenzverbänden, in Wohlfahrtsverbänden und in sogenannten freien Gruppen ohne Verbandsanbindung. Heute gibt es eine bunte Landschaft von Selbsthilfegruppierungen, die auf örtlicher und überörtlicher Ebene (meist) sehr gut zusammenarbeiten nach dem Motto: »Für jede/n findet sich eine geeignete und passende Gruppe.« Entsprechend den Wurzeln der Suchtselbsthilfe ist die große Anzahl der Gruppen geprägt von der eignen Erfahrung Alkoholabhängigkeit. Alkohol ist auch heute noch das hauptsächlich konsumierte Suchtmittel, aber zunehmend werden auch andere Substanzen oder nicht-stoffgebundene Suchtformen sichtbar – und in die Gruppenarbeit einbezogen.

Der Weg von Betroffenen und Angehörigen in der Suchtselbsthilfe ist im Prinzip auch nicht an die gemeinsame Erfahrung mit einem Suchtmittel gebunden. Dennoch hört man häufig den Satz in der Selbsthilfe: »Wir können nur Alkohol.« Dabei wird vergessen, dass Selbsthilfe sich eigentlich nicht auf ein bestimmtes Suchtmittel bezieht, sondern auf die Überwindung von Abhängigkeit und auf eine neue und freiere Lebensgestaltung. Mit Schulungen, unter anderem für Gruppenleiter/innen und ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer/innen, soll dieses Bewusstsein wieder mehr in die praktische Arbeit integriert werden. Dabei werden nicht nur die sogenannten »neuen« Suchtmittel und Suchtverhalten thematisiert, sondern insbesondere auch die Ausrichtung auf eine umfassende Gesundheitsförderung, auf Sinnfragen und Zielformulierungen für das eigene Leben und auf Einbeziehung der gesamten Familie in einen psychosozia-

len Entwicklungsprozess. Auch Prävention, Rückfallgefährdungen und Rückfallprophylaxe sind wichtige Themen.

In den Gruppen der Suchtselbsthilfe geht es zunächst um die Überwindung einer akuten Problematik, langfristig jedoch um Veränderung, um positive Lebensgestaltung und um Entwicklung eines Lebensstils, in dem Suchtmittel oder Suchtverhalten nicht mehr »gebraucht« werden. Dabei spielen neben den gesprächsorientierten Gruppen auch Freizeitaktivitäten, Schulungen und Seminarangebote, Interessenvertretung (Betroffenen-Vertretung) und Öffentlichkeitsarbeit, Suchtselbsthilfe-Tagungen usw. eine große Rolle. Und: »Die« Suchtselbsthilfe gibt es nicht – die Gruppen sind ebenso bunt und vielfältig wie die Menschen, die diese Gruppen nutzen und sie als ehrenamtliche Helfer/innen begleiten.

Suchtselbsthilfe wird von Betroffenen genutzt, vor, während, nach oder anstatt einer professionellen Beratung oder Therapie. Etwa ein Viertel der Betroffenen erreichen und erhalten eine abstinenten Lebensweise alleine durch die Hilfe der Gruppe. In Abständen von einigen Jahren führen die Suchtselbsthilfeverbände (Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler, Kreuzbund) gemeinsam eine Befragung und Erhebung in den angeschlossenen Gruppen durch. Bei dem Anteil der Gruppenteilnehmer/innen (die zu einem großen Teil keine Verbandsmitglieder sind, wohl aber die Angebote der Selbsthilfe wahrnehmen) hält sich die Zahl derjenigen, die keine Behandlung in Anspruch genommen haben, relativ konstant, mit ganz leicht steigender Tendenz in den letzten zehn Jahren. Die von Suchtkranken angegebene Situation der »letzten Behandlung« erhoben im Jahr 2010, zeigt folgendes Bild:

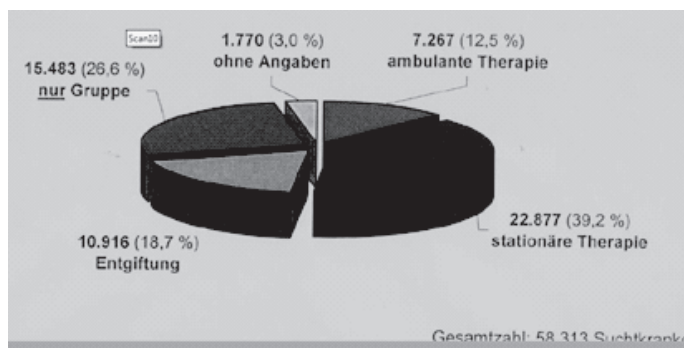


Abb. 1: Suchtkranke in den fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden; Art der Behandlung

Das Prinzip der Hilfe und Unterstützung auf Gegenseitigkeit, auch Helfer-Therapie-Prinzip genannt, hat sich bewährt. Sucht-Selbsthilfe wirkt durch:

- geteilte Erfahrungen auf Basis gemeinsamer oder ähnlicher Betroffenheit.
- Hilfe auf Gegenseitigkeit und auf Augenhöhe.
- soziale Kontakte, Überwindung von Einsamkeit und Isolation und von Scham- und Schuldgefühlen.
- Vermittlung von Informationen über die Sucht(mittel)Problematik.
- Einüben neuer Kommunikationsmuster und Erprobung und Reflexion von Handlungs- und Verhaltensstrategien.
- soziales Lernen und persönliche Weiterentwicklung.
- und viele andere Wirkfaktoren mehr ...

Bei denjenigen, die selbst in die Rolle des Helfers/der Helferin hineingewachsen sind, ist Abstinenz-Erreichung und -Aufrechterhaltung eines der wichtigsten Ziele – im Sinne von Freiheit von Suchtmitteln und Freiheit für eine positivere und sozial engagierte Lebensgestaltung.

Eine große Angst begleitet aber nicht nur die Helfer/innen, sondern auch Gruppenmitglieder, die mehr oder weniger lange, manchmal schon sehr lange, abstinent leben: Die Angst vor dem Rückfall. Häufig werden andere Konzepte und Zielsetzungen als die der Totalabstinenz als verstörend, verunsichernd und als Bedrohung der eigenen Festigkeit in der abstinenten Lebensgestaltung erlebt. Von daher ist es notwendig, in Selbsthilfegruppen immer wieder diese Ängste und Befürchtungen zu thematisieren, aber auch zu tolerieren, dass Menschen unterschiedliche Ziele und Vorstellungen definieren, die zum Teil von der »Abstinenz auf Lebenszeit« abweichen.

Presseschlagzeilen, wie sie z. B. im Mai 2015 in der »Apothekenumschau« unter dem Titel »Abstinenz schreckt ab« propagiert wurden, verunsichern und verärgern Menschen, die in einer Selbsthilfegruppe gelernt haben, ihr Leben in den Griff zu bekommen, ohne zur Krücke Suchtmittel oder Suchtverhalten greifen zu müssen. In dem Bericht war zu lesen: »Suchtexperten rücken bei Alkoholsucht vom Prinzip des absoluten Verzichts ab. Abstinenz gilt nicht mehr als einziges Behandlungsziel.« Solche Presseartikel verunsichert und führen zu Zweifeln, ob der eigene gewählte Weg der Abstinenz tatsächlich der richtige ist, wenn denn die »Expertenmeinung« etwas Anderes zu sagen scheint. Und Menschen, die mit anderen Anliegen als Abstinenz-Erreichung kommen und sich dabei auf diese Angaben beziehen, werden eher als Be-

drohung erlebt. Hier gilt es deutlich zu machen, dass Abstinenz nach wie vor eine gute und erfolgreiche Perspektive bietet, aber auch, dass der Weg dahin durchaus mit dem Versuch der Trinkmengenreduzierung beginnen kann. Und nicht alle erreichen den »Gold-Standard« der Abstinenz – das stützende Angebot der Suchtselbsthilfe und ihrer Gruppen kann dennoch hilfreich und förderlich sein.

Häufig wird in der Öffentlichkeit die Meinung vertreten, dass nur abstinenzwillige Menschen den Zugang zur Suchtselbsthilfe finden. Jedoch: Die überwiegende Zahl der Menschen, die in eine Selbsthilfegruppe kommen, suchen zunächst nach einem anderen Weg, der »Trinkmengenreduzierung« oder zumindest der Minimierung ihrer psychischen, körperlichen und sozialen Probleme. Offen wird dieses Ansinnen meist nicht geäußert, aber es ist – wie viele Gespräche mit Betroffenen und die eigene Erfahrung zeigen – meist »verheimlicht« vorhanden.

Erst nach längerem Besuch einer Selbsthilfegruppe verändert sich die Einsicht, dass Abstinenz ein lohnendes und auch ein machbares Ziel ist bzw. sein kann. Die große Herausforderung für die Suchtselbsthilfe (ebenso wie für jegliche Hilfe) ist es, die Menschen dort abzuholen, wo sie stehen und sie zu begleiten, damit sie ihre Ziele und Möglichkeiten immer neu bewerten, überdenken und bei Bedarf auch anpassen können.

Im Sinne von »stepped care« findet der schrittweise Zugang zu einer positiven Lebensveränderung Einzug in die Angebote der Suchtselbsthilfe – ohne Abstinenz als Zugangsvoraussetzung zu betrachten, sondern als ein Ziel, das sich im Laufe einer persönlichen Entwicklung als lohnend und realisierbar herausstellen muss. Die dabei sehr hilfreichen Instrumente der Frühintervention und motivierenden Gesprächsführung gehören mittlerweile zum Standard der Schulungen für ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer/innen und Gruppenleiter/innen in den Selbsthilfeverbänden.

Mythen und Meinungen über die »Beschränktheit« der Suchtselbsthilfe existieren in vielen Zusammenhängen und halten sich manchmal hartnäckig. Hier sind Dialog und Austausch gefragt, sowohl der Suchtselbsthilfegruppen und -Verbände untereinander als auch mit anderen Hilfesystemen und besonders mit der professionellen Suchthilfe.

Im Zuge eines gemeinsamen Projekts der fünf Suchtselbsthilfeverbände (Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Ev. Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler, Kreuzbund), gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit »Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk« wurden die Wünsche, Bedürfnisse

und Anliegen von Patient/innen der stationären und ambulanten Suchthilfe hinterfragt, um die Angebote und Möglichkeiten der Suchtselbsthilfe besser zu kommunizieren und den Übergang zwischen den Hilfesystemen »nahtlos« zu ermöglichen. Die Probleme im Übergang zwischen dem professionellen Hilfesystem und der Suchtselbsthilfe wurden sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Hilfebereich beleuchtet. Die Zusammenarbeit der Systeme hat sich als außerordentlich fruchtbar erwiesen. Kommunikation und Austausch über die jeweiligen Angebote und Strukturen und über die Ziele von Beratung, Behandlung und langfristig begleitender Suchtselbsthilfe waren von erfreulicher gegenseitiger Bereitschaft zur »nahtlosen Verbindung« geprägt.

In der Handreichung, die sowohl für die Suchtselbsthilfe als auch für das professionelle Hilfesystem hilfreich sein kann, werden Möglichkeiten und Chancen einer Zusammenarbeit und verbesserten Kommunikation konkret und mit praktischen Beispielen aufgezeigt. Auch in diesem verbandsübergreifenden Projekt hat sich gezeigt: Die Suchtselbsthilfe bewegt sich und ist bereit und in der Lage, Entwicklungen und neue Sichtweisen zuzulassen und mit anderen Beteiligten im Hilfesystem erfolgreich zu kooperieren, um für Betroffene ein möglichst breites und gutes Angebot der Hilfen zu ermöglichen. Auf der Homepage www.guttempler.de und auf den Homepages der anderen beteiligten Suchtselbsthilfeverbände findet sich die Handreichung zum Download.

II Rechtliche Regelungen

Reform des Maßregelvollzugs

Heinz Kammeier

Selbstbestimmung

Zur Entwicklung der Selbstbestimmung im Behandlungsrecht in Deutschland kann hier im Wesentlichen auf den Hauptvortrag (Seite 40) verwiesen werden.

In der Forensik blieb es auch und gerade nach der Psychiatrie-Enquete und der Strafrechtsreform (beide aus dem Jahr 1975) bei einer auf das sozialstaatlich geboten erscheinende *Ziel* der *Besserung* der untergebrachten Person ausgerichteten *Behandlung*, wie es alle landesgesetzlichen Regelungen des Vollzugs vorschrieben. Man muss nicht unbedingt auf die metaphysische Höhe und eine dort angesiedelte Beauftragung zurückgreifen, mit der die ärztliche Leiterin einer forensischen Klinik den Auftrag der Psychiater beschrieben hat, wonach sie dazu *berufen* seien, dem durch die psychische Krankheit hervorgerufenen Desintegrationszustand und dem Zerfallsprozess des Individuums entgegenzutreten. Manche Psychiater mögen »ihren Auftrag« so oder als dem ärztlichen Ethos innewohnend verstehen oder aus einfachen humanitären Erwägungen heraus jemanden vor einer Chronifizierung seiner Krankheit bewahren wollen.

Aber, und das haben die Entscheidungen des BVerfG aus den Jahren 2011 und 2013 zur zwangsweisen medikamentösen Behandlung deutlich herausgestellt, der Maßregelvollzug ist ein integraler Teil unseres Rechtssystems und der hierin sich vollziehenden Rechtsentwicklung. Und deshalb kommen im Grundsatz, wie das BVerfG deutlich hervorgehoben hat, auch im Maßregelvollzug dem Selbstbestimmungsrecht der untergebrachten Person und ihrer Entscheidungsfreiheit, in eine Behandlung einzuwilligen oder diese zu versagen, eine höhere Priorität zu als einem berufsethisch motivierten oder von Vernunftgründen getragenen fürsorglichen Einsatz von Zwang bei der Behandlung einer psychischen Krankheit.

Das Recht der Behandlung einer strafrechtlich im Maßregelvollzug untergebrachten Person ist jedenfalls inzwischen dem Behandlungsrecht in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (nach dem PsychKG) und der zivilrecht-

lichen nach dem Betreuungsrecht (§ 1906 III BGB) weitgehend kongruent mit den neu normierten §§ 630 a ff. BGB, dem vertraglichen Patientenrechtsgesetz, ausgestaltet worden. Ich kann hier nicht auf die Diskussion über die Zulässigkeit und die Folgen von Selbstbestimmung im Blick auf eine frei verantwortliche Beendigung des eigenen Lebens und erst recht nicht auf die gebotene oder zu verbietende Mitwirkung eines Arztes daran eingehen. Aber gerade an der Diskussion um die Extremsituation der Lebensbeendigung wird gegenwärtig besonders deutlich, welche Bedeutung das Selbstbestimmungsrecht in Behandlungsangelegenheiten inzwischen erlangt hat.

Das BVerfG hat damit das *Selbstbestimmungsrecht* im Blick auf die eigene Person und deren Umgang mit ihrer Krankheit beinahe in den Rang der *Würde* erhoben, den Art. 1 GG dem Menschen zuspricht. Im Jahr 2004, in einer Entscheidung die Sicherungsverwahrung betreffend, hat es (BVerfG NJW 2004, 739 ff.) dies so ausgedrückt: »Menschenwürde (...) ist auch dem eigen, der auf Grund seines körperlichen oder geistigen Zustands nicht sinnhaft handeln kann. Selbst durch »unwürdiges« Verhalten geht sie nicht verloren. Sie kann keinem Menschen genommen werden.« Und weiter: »Mit der Menschenwürde ist der soziale Wert- und Achtungsanspruch des Menschen geschützt, der es verbietet, den Menschen zum bloßen Objekt des Staates zu machen oder ihn einer Behandlung auszusetzen, die seine Subjektqualität prinzipiell in Frage stellt.« Wenn man diese Worte über die Menschenwürde auf die Ausprägung der Geltung des Selbstbestimmungsrechts einer im Maßregelvollzug untergebrachten Person nach den Entscheidungen von 2011 und 2013 überträgt, dann hat das Selbstbestimmungsrecht keinen anderen Zweck als nur den, sich möglichst selbst zu verwirklichen!

Das mag man kritisch sehen oder ablehnen, aber es ist gegenwärtig geltendes Recht. Und ausschließlich um dieses Recht auf Selbstbestimmung auch *selbst verwirklichen* zu können, hat es das BVerfG zugelassen, unter engen materiellen und verfahrensrechtlichen Voraussetzungen zwangsweise eine Medikation einzusetzen, die *genau* dieses und *nur* dieses Ziel – die Selbstbestimmung – erreichbar erscheinen lässt. Auch wenn das BVerfG konsequent ergänzend formuliert, »um sie – die untergebrachte Person – »entlassfähig« zu machen«, ist damit im Kontext der Gesamtentscheidungen nichts anderes gemeint, als dass der Betroffene nach der Anwendung von Zwang *selbst* darüber *bestimmen* können soll, ob er in eine Behandlung einwilligen will, die möglicherweise dazu beiträgt, seine Gefährlichkeit mit der Aussicht auf eine Entlassung zu reduzieren, oder ob er dies – auch um den Preis langdauernden Freiheitsentzugs – gerade nicht will.

Noch einmal das BVerfG: Deshalb darf auch »der Täter (...) nicht zum bloßen Objekt der Verbrechensbekämpfung [hier: auf die Situation der dritt-schützenden Gefahrenabwehr in der psychiatrischen Maßregel bezogen] unter Verletzung seines verfassungsrechtlich geschützten sozialen Wert- und Achtungsanspruchs gemacht werden.« (a. a. O.)

Mit dieser Herausstellung der Bedeutung von Selbstbestimmung ist nach dem Beschluss des BVerfG zum Ende des sog. »besonderen Gewaltverhältnisses« im Jahr 1972 (BVerfGE 33, 1) und der Normierung von zulässigen Eingriffen in die Grundrechte von im Maßregelvollzug untergebrachten Personen durch Gesetze, nun auch die letzten fremden Zwecken dienende Zugriffsmöglichkeit des Staates auf die Individualität und die Persönlichkeit der Betroffenen beendet worden. Dies bedeutet zugleich und konsequent: Über den Weg der »Behandlung« und möglicherweise sogar einer Genesung sind der Zweck und das Ziel der psychiatrischen Maßregel, nämlich der Schutz Dritter, nicht mehr allein und wie selbstverständlich erreichbar! Hieraus folgt: Eine Verringerung oder gar die Aufhebung des Freiheitseingriffs zum Schutz Dritter ist auch dann rechtlich geboten, wenn trotz fehlender Krankheitseinsicht und anerkanntermaßen fortbestehenden Behandlungsbedarfs die Gefährlichkeit des Betroffenen soweit reduziert ist, dass sie als sozialadäquat von der Gesellschaft akzeptiert werden kann.

Daraus folgt: Der Staat hat den Auftrag und die Verpflichtung, seine Bürger vor den Gefahren durch Menschen zu schützen, die erhebliche Rechtsgüter anderer bereits verletzt haben und bei denen eine erneute Verletzung zu befürchten ist. Diese Befürchtung bzw. die Erwartung neuer Taten beschreibt § 63 StGB mit dem Begriff »Gefährlichkeit«. Die psychiatrische Maßregel – wie vergleichbar auch die Sicherungsverwahrung – dient im System des Straf- bzw. des Straf-*Vollstreckungsrechts* dazu, eine erneute Realisierung von Gefährlichkeit zu verhindern. Unter der Maßgabe des geltenden Schuldstrafrechts tut sie dies, indem sie der betroffenen Person zum Schutz der Allgemeinheit *ausschließlich* das Sonderopfer (vgl. jüngst hierzu OLG Hamm, Beschluss vom 28.07.2015 – 1 Vollz(Ws) 260/15 – BeckRS 2015, 14881) des nicht schuldbezogenen *Freiheitsentzugs* abverlangt. Mehr lässt unsere Rechtsordnung nach den angesprochenen Entscheidungen des BVerfG an Eingriffen in Persönlichkeitsrechte nicht zu.

Und selbst der mit diesem Sonderopfer verbundene Freiheitseingriff ist am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auszurichten. Denn auch die normierten und insoweit zulässigen Eingriffe in Grundrechte haben eine freiheits*gewähr-*leistende Funktion. Deshalb ist auch das Sonderopfer nur solange und nur in

dem Maße zu legitimieren, wie es erforderlich ist, um die »Gefährlichkeit« der betroffenen Person abzuwehren, bis sie unter ein sozialadäquates und daher tolerables Maß gesunken ist. Frühere Fälle, die das BVerfG 1985, 2011 und 2013 entschieden hat, und zuletzt besonders deutlich der Fall Mollath, geben von daher verstärkt Anlass, über die rechtliche und vor allem *versorgungspraktische* Ausgestaltung der Verhältnismäßigkeit des Sonderopfers weiter nachzudenken. Die Konzentration ausschließlich auf den Aspekt der »Dauer« der Unterbringung, auch wenn demnächst besondere qualitativ und verfahrensrechtlich ausgestaltete zeitlich fixierte Prüf Fristen ins Vollstreckungsrecht eingefügt werden (siehe unten) reicht hierzu nicht aus.

Partizipation = strukturelle Konsequenzen

Beispiel (1): OLG Hamm (vom 28.07.2015, siehe oben) zur Auswirkung des »Sonderopfers«: Das MRVG-NW enthält keine ausdrückliche Regelung zu einem Recht auf Selbstversorgung. Von daher dürfen den untergebrachten Personen diesbezüglich nur solche Einschränkungen abverlangt werden, die zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung des geordneten Zusammenlebens oder für die Sicherheit unerlässlich sind. Bei Entscheidungen über die Selbstversorgung ist der Sonderopfer-Charakter der Unterbringung zu berücksichtigen.

Fall: Eine nach § 63 StGB untergebrachte Person wollte nicht mehr an einer Selbstversorger-Kochgruppe teilnehmen, sondern sich allein selbst versorgen und selbst essen bzw. sich Koch- und Ess-Partner selbst aussuchen. Dies lehnten die Klinik und die Strafvollstreckungskammer ab.

Das OLG gab ihrer Beschwerde weitgehend statt. Bei der »Nicht-Genehmigung« habe die Klinik die Tragweite der Regelungen des § 5 S. 2 und des § 1 I 3 MRVG-NW – Angleichung an die allgemeinen Lebensverhältnisse – verkannt. Im Maßregelvollzug nach § 63 StGB untergebrachten Personen allein unter Hinweis auf die Möglichkeiten der Teilnahme an einer Selbstversorger-Gruppe, die aber mit gewissen Einschränkungen verbunden ist, die Selbstversorgung zu verweigern, würde auch einen Wertungswiderspruch zu nach § 66 StGB untergebrachten Straftätern darstellen. Dort diene der Freiheitsentzug ausschließlich präventiven Zwecken. Er beruhe nur auf einer Prognose, nicht aber auf dem Beweis begangener Straftaten. Die Selbstversorgung sei zu rechtfertigen, indem beim Betroffenen über den unabdingbaren Entzug der »äußeren« Freiheit hinaus weitere Belastungen vermieden würden.

Diese Erwägungen könnten in gleicher Weise auch für die Unterbringung von Personen nach § 63 StGB Geltung beanspruchen. Ihr Sonderopfer erscheint als ein noch höheres als das der Sicherungsverwahrten. Allerdings können bei der Genehmigung von Selbstversorgung auch Kapazitätsfragen eine Rolle spielen.

Beispiel (2): Forderungen nach strukturellen Veränderungen des Versorgungssystems (von ASJ, DGSP, Kammeier, teilweise Streng): Wenn eine Behandlung im Maßregelvollzug nicht oder kaum mehr »erzwungen« werden kann, hat sich die psychiatrische Maßregel wieder auf ihren rechtssystematischen Kern zu konzentrieren: die Abwehr von strafrechtlich relevanter Gefahr bzw. »umgekehrt«, d. h. aus anderer Blickrichtung: den Schutz der Allgemeinheit vor der – erneuten – Realisierung einer von einem Menschen ausgehenden Gefahr. Behandlung und Resozialisierung erhalten damit unter dem Primat der Sicherung einen Angebots-Charakter, der sich strukturell im Versorgungssystem wiederfinden und Realität gewinnen muss.

In die künftige Neuausrichtung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB ist deshalb die gesamte Breite und Palette der zur Verfügung stehenden sozialpsychiatrischen Versorgungs- und Kontrollmöglichkeiten, möglichst in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund, einzubeziehen. Daneben wird das psychiatrische Krankenhaus als »Krankenhaus des Maßregelvollzugs« seinen Platz für diejenigen behalten (und behalten müssen), die genau einer forensisch-psychiatrischen Krankenhausbehandlung – verbunden mit einer entsprechenden Sicherung – bedürfen. In einem solchen Maßregelvollzugs-krankenhaus sind sowohl hochgesicherte, wie geschlossene als auch offene Stationen vorzusehen. Andere mit der psychiatrischen Maßregel belegte Personen sind durch andere Einrichtungen und Dienste, wie sie auch der allgemein-psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen, sowie durch spezialisierte Forensisch-Psychiatrische (dann nicht mehr: »Nachsorge«-) Ambulanzen zu betreuen und in einem an ihrer weiteren Gefährlichkeit orientierten Maß auch zu kontrollieren.

Mit solchen Reformschritten können bisher unvermeidbar erscheinende überlange Unterbringungsauern abgebaut, wenn nicht sogar vermieden werden. Schließlich tragen teilstationäre und ambulante Betreuungs-, Versorgungs- und Sicherungsformen zu einer erheblichen Reduzierung der gesellschaftlich-fiskalisch bereitzustellenden Finanzmittel bei.

Dazu bedarf es zunächst normativer Änderungen des StGB und der StPO durch den Bundesgesetzgeber, insbesondere im Vollstreckungs- und Vollstreckungs-Verfahrensrecht.

Wenn nicht schon parallel dazu, dann ist jedenfalls im Anschluss daran die entsprechende Gesetzgebung für den Vollzug der psychiatrischen Maßregel durch die Länder, denen hierfür die Gesetzgebungskompetenz zusteht, vorzunehmen und auf die Vorgaben des Bundesrechts neu abzustimmen:

1. Damit auch andere Institutionen, die bisher nicht unter den Begriff »psychiatrisches Krankenhaus« subsumierbar sind, die hoheitliche Aufgabe des psychiatrischen Maßregelvollzugs wahrnehmen können, ist zentral in § 63 StGB die normative Zuweisung ausschließlich zu einem solchen Krankenhaus als Vollzugsbehörde durch eine offener Formulierung zu ersetzen. Sie sollte auf die Zuweisung zu »einer therapiegerichteten und die Allgemeinheit schützenden Maßregel« (Alternative 1) – als adaptierte Übernahme des »freiheitsorientierten und therapiegerichteten Vollzugs« nach der Rechtsprechung des BVerfG zur Sicherungsverwahrung (BVerfG NJW 2011, 1931, Rz 129) – lauten. Alternativ könnte die Formel in einem geänderten § 63 StGB auch heißen: » (...) ordnet das Gericht den Vollzug der psychiatrischen Maßregel an« (Alternative 2).
2. Als zentrale Vollzugsbehörde für eine in diesem Sinne strukturell erweiterte psychiatrische Maßregel könnte dabei durchaus eine (ärztlich-)therapeutische und pflegerische (zur rechtlichen Stellung der Pflege im Maßregelvollzug vgl. KAMMEIER 2013) Vollzugsleitung, die z. B. als Leitung eines psychiatrischen Krankenhauses fungiert, infrage kommen bzw. beibehalten werden. Diese Vollzugsbehörde könnte je nach Größe für ein oder zwei Landgerichtsbezirke zuständig sein und in diesem Bereich die Versorgungsverpflichtung zu erfüllen haben.
3. Mit einer solchen Änderung ginge konsequenterweise die Herausnahme der einer psychiatrischen Maßregel unterstellten Personen aus der Führungsaufsicht sowie der Verzicht auf die Bestellung eines Bewährungshelfers einher. Die bisher dem stationären Aufenthalt in einer geschlossenen Unterbringung nachgelagerten Aufgaben und Zuständigkeiten von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe wären dann durch die Forensisch-Psychiatrischen Ambulanzen als originäre Einrichtungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs wahrzunehmen. Die bisherigen Aufgaben und Zuständigkeit von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe würden damit ihres Charakters als *Vollstreckungs*-Maßnahme enthoben und zu einem unmittelbaren Segment des *Vollzugs* werden. Für sie würde materiell (Landes-)Vollzugs-Recht und verfahrensrechtlich (Bundes-)Vollzugsverfahrens-Recht, §§ 109 ff. StVollzG, gelten.

4. Damit wäre als weitere Konsequenz die bisher in § 67 d II StGB normierte Bewährungsaussetzung obsolet. Da nicht mehr *vollstreckungsrechtlich* über eine Entlassung aus dem vorrangig und langdauernd stationär ablaufenden Vollzug entschieden werden muss, erfolgt die Zuweisung zu der je nach Behandlungs- und Sicherungsbedarf erforderlichen und geeigneten Aufenthalts- und Kontrollform nach (Verwaltungs-) *Vollzugsrecht* durch die Vollzugsbehörde.
5. Die bisher in § 67 e StGB normierte regelmäßige Überprüfung der weiteren Unterbringungsnotwendigkeit wäre dahingehend zu ändern, dass sie nur noch auf die Frage einer gänzlichen Beendigung des staatlichen Zugriffs mittels der psychiatrischen Maßregel im Sinne der Erledigung – ohne anschließende Führungsaufsicht – auszurichten ist.
6. Damit wäre auch die Erledigungserklärung wegen Unverhältnismäßigkeit der Dauer des Maßregelvollzugs, § 67 d VI StGB, obsolet. Ein nach diesem Reformvorschlag umgestalteter Maßregelvollzug dauert solange an, wie der Schutzanspruch der Allgemeinheit die präventive Gefahrenabwehr erforderlich macht, selbst wenn sie auf nur noch sehr niedrigschwelligem Niveau, aber dennoch langfristig erfolgen muss.
7. Sozusagen im Gegenzug hat schließlich § 62 StGB die Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit hinsichtlich der vollzuglichen Eingriffsintensität in die Rechte der betroffenen Personen normativ mit aufzunehmen.

Die zu dieser Reform erforderlichen gesetzlichen Änderungen *de lege ferenda* (»nach einem zu schaffenden Gesetz«):

§ 63 StGB

In § 63 StGB sind die Worte »die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus« entweder durch »eine therapiegerichtete und die Allgemeinheit schützende Maßregel« (Alternative 1) oder durch »den Vollzug der psychiatrischen Maßregel« (Alternative 2) zu ersetzen. Die Neufassung des gesamten § 63 StGB könnte dann folgendermaßen lauten:

»§ 63 Zuweisung zu einer therapiegerichteten und schützenden Maßregel (1) / zu einer psychiatrischen Maßregel (2).

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen und ergibt die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat, dass von ihm infolge seines

Zustands weitere erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist, so ordnet das Gericht eine therapiegerichtete und die Allgemeinheit schützende Maßregel (1) / den Vollzug der psychiatrischen Maßregel (2) an.«

§ 67d II StGB

Die bisher gemäß § 67d II StGB obligatorisch nach der Bewährungsaussetzung einer § 63er-Maßregel eintretende *Führungsaufsicht* (einschließlich der Bewährungshilfe) entfällt, weil ihre Funktion durch die veränderte Konzeption unmittelbar vom Vollzug der Maßregel übernommen bzw. in den Vollzug integriert wird. Deshalb ist § 67d II StGB so zu ändern, dass er nicht mehr die Maßregel nach § 63 StGB einbezieht.

§ 67d VI StGB

Bisher sieht § 67d VI StGB eine Erledigungserklärung der Maßregel bei zwei Fallkonstellationen vor: Die Voraussetzungen, die zur Anordnung der psychiatrischen Maßregel geführt haben, liegen nicht (mehr) vor, wegen Fehleinweisung oder nachhaltiger Besserung, und beim Eintritt der an der Dauer der in der Unterbringung verbrachten Zeit gemessenen ist inzwischen *Unverhältnismäßigkeit* eingetreten. Beide Beendigungsweisen, mindestens aber die zweite Variante, werden bei der vorgeschlagenen Neukonzeptionierung der psychiatrischen Maßregel obsolet. Deshalb ist § 67d VI StGB in der bis jetzt geltenden Fassung zu streichen bzw. entsprechend zu ändern.

Das Ende der Maßregel nach der vorgeschlagenen Neukonzeption des § 63 StGB könnte dann in einem neuen § 67d VI StGB folgendermaßen neu normiert werden:

»Die Maßregel nach § 63 StGB ist zu beenden, wenn die Voraussetzungen, die zu ihrer Anordnung geführt haben, nicht mehr vorliegen.«

§ 62 StGB

Der § 62 StGB ist um einen Satz 2 zu ergänzen, der über die Anordnung hinaus auch die *Eingriffsintensität* während der Durchführung einer Maßregel unter das *Verhältnismäßigkeitsgebot* stellt. Die Ergänzung sollte dann folgendermaßen lauten:

»§ 62 Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

1 Eine Maßregel der Besserung und Sicherung [...].

2 Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gilt auch im Hinblick auf das Maß der Freiheitsbeschränkungen sowie bei darüber hinaus erforderlichen Grundrechtseingriffen.«

§ 67h StGB

Zur befristeten Wiederinvollzugsetzung: Da die Führungsaufsicht für die Maßregel des § 63 StGB entfällt, ist auch der Bezug auf § 63 StGB in dieser Norm zu streichen.

§ 463 IV StPO

Hier ist die Begriffsbestimmung »psychiatrisches Krankenhaus« durch die neue Formulierung in § 63 StGB, also entweder durch »therapiegerichtete und schützende Maßregel« (1) oder durch »Vollzug der psychiatrischen Maßregel« (2) zu ersetzen.

§§ 136 und 138 II StVollzG

Dieses Bundesrecht ist gemäß Art. 125 a II GG durch Landesrecht als Maßregelvollzugsrecht neu zu fassen.

Weitere Änderungen im Vollstreckungsrecht der Maßregeln

Es werden weitere Folgeänderungen in den §§ 67 ff. StGB und in anderen Normen erforderlich werden, auf deren detaillierte Darstellung hier aus Gründen der konzeptionellen Übersichtlichkeit zunächst verzichtet wird.

Aktuelles Novellierungsvorhaben im Bundesrecht

Im *Koalitionsvertrag* vom November 2013 haben die CDU/CSU und die SPD vereinbart:

»Wir reformieren das Recht der strafrechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern, indem wir insbesondere dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz stärker zur Wirkung verhelfen.«

Aufgrund dieses Auftrags hat eine *Bund-Länder-Arbeitsgruppe* im Januar 2015 einen »Diskussionsentwurf« zur »Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 Strafgesetzbuch« vorgelegt.

Etwas überarbeitet und ergänzt wurde dieses Papier im Mai 2015 als »Referentenentwurf« des Bundesministeriums für Justiz und für Verbraucherschutz der Öffentlichkeit zur Stellungnahme übergeben. Inzwischen (am 04.11.2015) hat die Bundesregierung diesen noch einmal leicht überarbeiteten Text als »Gesetzesentwurf der Bundesregierung« vorgelegt (BR-Drucksache 539/15). Darin werden folgende Änderungen bzw. Ergänzungen vorgeschlagen (Neuerungen fett hervorgehoben):

»Hat jemand eine rechtswidrige Tat, im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.«

Im Vollstreckungsrecht wird § 67 d Abs. 2 S. 1 StGB wie folgt ergänzt: »Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.«

Eine weitere Ergänzung soll § 67 d Abs. 6 S. 1 StGB erfahren: »Dauert die Unterbringung sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend.«

Darüber hinaus sollen die Anforderungen an die gerichtliche Überprüfung der Notwendigkeit einer Fortdauer der Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug durch die Einführung besonderer Prüffristen und Vorgaben für die Benennung von Sachverständigen erhöht werden.

Hierzu soll § 463 Abs. 4 Strafprozessordnung wie folgt umgestaltet und erweitert werden: »Im Rahmen der Überprüfung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 des Strafgesetzbuches) nach § 67 e des Strafgesetzbuches ist eine gutachterliche Stellungnahme der Maßregelvollzugseinrichtung einzuholen, in der der Verurteilte untergebracht ist. Das Gericht soll nach jeweils drei Jahren, ab einer Dauer der Unterbringung von sechs Jahren nach jeweils zwei Jahren vollzogener Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus das Gutachten eines Sachverständigen einholen. Der Sachverständige darf weder im Rahmen des Vollzugs der Unterbringung mit der Behandlung der untergebrachten Person befasst gewesen sein noch in dem psychiatrischen Krankenhaus arbeiten, in dem sich die untergebrachte Person befindet, noch soll er das letzte Gutachten bei einer vorangegangenen Überprüfung erstellt haben. Der Sachverständige, der für das erste Gutachten im Rahmen einer Überprüfung der Unterbringung herangezogen wird, soll auch nicht das Gutachten in dem Verfahren erstellt haben, in dem die Unterbringung oder deren späterer Vollzug angeordnet worden ist. Mit der Begutachtung sollen nur ärztliche oder psychologische Sachverständige beauftragt werden, die über forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung verfügen. Dem Sachverständigen ist Einsicht in die Patientendaten des Krankenhauses über die untergebrachte Person zu gewähren. § 454 Abs. 2 gilt entsprechend. Der untergebrachten Person, die keinen Verteidiger hat, bestellt das Gericht für die Überprüfung der Unterbringung, bei der nach Satz 2 das Gutachten eines Sachverständigen eingeholt werden soll, einen Verteidiger.«

Auf die Wiedergabe anderer und weiterer Folgeänderungen im StGB und zum Inkrafttreten wurde hier verzichtet.

Literatur

Beim Verfasser.

Landesrechtliche Ordnungen zur Unterbringung und zu vorrangigen Hilfen

Jörg Holke

Die landesrechtlichen Ordnungen zur Unterbringung regeln für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Schutz- und Unterbringungsmaßnahmen, sofern gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Anderer auf Grund der psychischen Erkrankung bestehen. Damit werden den jeweiligen Landesgesetzen ordnungsrechtliche Aufgaben zur Gefahrenabwehr zugewiesen und die Gesetze legen die Befugnisse der Ordnungs- und Gesundheitsbehörden fest. Mit Ausnahme von Bayern, Hessen und dem Saarland, enthalten die Landesgesetze zudem gesetzliche Vorgaben zu vor- und nachsorgende Hilfemöglichkeiten, um möglichst Selbst- und Fremdgefährdung bzw. eine Unterbringung zu vermeiden.

Diese Hilfe- und Schutzgesetze firmieren unter der Bezeichnung Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG). In den genannten Ausnahmelandern sind es Unterbringungsgesetze (UBG) bzw. Freiheitsentziehungsgesetze, wobei in Hessen und Bayern zurzeit gesetzliche Neuregelungen in Bearbeitung sind, die die Ausrichtung auf ein Hilfe- und Schutzgesetz und somit eine Angleichung an die anderen Bundesländer zum Ziel haben. Die gerichtlichen Verfahrensregelungen sind einheitlich bundesweit in dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) verankert.

Mit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention und einer damit einhergehenden veränderten höchstrichterlichen Rechtsprechung haben sich die Anforderungen an diese landesrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Beachtung der menschenrechtlichen Perspektive deutlich erhöht. Die mit den Schutzgesetzen verbundenen Zwangsmaßnahmen bzw. deren Kontrolle und die Art und der Umfang der vorrangigen Hilfen bzw. der milderer Mittel stehen dabei im besonderen Fokus der Rechtsprechung und des Fachdiskurses. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 2011 zur Rechtmäßigkeit der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug hatte weitreichende Konsequenzen auch für die landesrechtlichen Regelungen zur Unterbringung. In der Folge sind Novellierungen der PsychKGs in acht Bundesländern in Kraft getreten, in den anderen Bundesländern sind Novellierungsprozesse in Gang gesetzt worden.

Tab. 1. Übersicht aktueller Stand in den Ländern (Stand 1. November 2015)

Rheinland-Pfalz	Änderung 06.06.2014
Berlin	Gesetzentwurf in Bearbeitung, Gesamtnovelle Psych-KG
Saarland	Novellierung Zwangsbehandlung im Unterbringungsgesetz zum 09.04.2014 erfolgt
Baden- Württemberg	Neues PsychKG ist zum 01.01.2015 in Kraft getreten
Brandenburg	Änderung in Folge des BVG-Urteils in Kraft getreten zum 10.07.2014
Hessen	Novellierung Unterbringungsgesetz/Gesetzentwurf, dann neue Koalition, jetzt Entwurf PsychKG
Bremen	Novellierung 29.07.2014
Mecklenburg- Vorpommern	Novellierung geplant
Sachsen-Anhalt	Novellierung nach Wahl im April 2016 angekündigt
Sachsen	Novellierung PsychKG im Juli 2014
Thüringen	Novellierung geplant, zunächst MRV-Gesetz novelliert; Verlängerung Gesetzesstand 2009
Nordrhein-Westfalen	Gesetzentwurf geht voraussichtlich im ersten Quartal 2016 in die Verbändeanhörung
Hamburg	Änderung in Folge des BVG-Urteils in Kraft getreten zum 10.07.2014
Bayern	Psychisch-Kranken-Hilfegesetze geplant, zurzeit in Vorbereitung
Schleswig-Holstein	Novellierung seit 29.05.2015 in Kraft
Niedersachsen	Gesetzentwurf liegt vor, aktuell in Verbändeanhörung; Gesetz von 1997 noch gültig

Im Rahmen der vollzogenen Novellierungen und der zurzeit sich vollziehenden Novellierungsprozesse standen und stehen die Anforderungen im Bereich der Regelungen zu Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung und die vorrangigen Hilfen im besonderen Fokus des öffentlichen Fachdiskurses. Hier wurden und werden in den Ländern zum Teil vergleichbare und zum Teil unterschiedliche Wege beschritten.

Regelungen zur Unterbringung und Zwangsmaßnahmen in den Ländern

In den acht vollzogenen Novellierungen und auch in den bereits öffentlich gewordenen Entwürfen der übrigen Bundesländer werden die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung aufgegriffen, wenn auch nicht in durchgängig kongruenter Form. Als zwingende Voraussetzung hatte das Bundesverfassungsgericht 2011 folgende Voraussetzungen definiert:

- Krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit in die Notwendigkeit einer Behandlung oder die Fähigkeit, entsprechend zu handeln.
- Strikte Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips, d.h. die Zwangsbehandlung muss das letzte Mittel sein (Ultima Ratio), andere mildere

Maßnahmen stehen nicht zur Verfügung und der zu erwartende Nutzen überwiegt die Risiken einer Behandlung deutlich.

- Der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch muss vorausgegangen sein, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Untergebrachten zu erreichen.
- Möglichkeit, rechtzeitig eine unabhängige Kontrollstelle anzurufen.
- Rechtzeitige Ankündigung der Maßnahme (so rechtzeitig, dass Rechtsschutz eingeholt werden kann).
- Anordnung und Überwachung der Maßnahme durch einen Arzt.
- Ihre umfassende Dokumentation.

Als unabhängige Kontrollstelle haben alle bereits in Kraft getretenen Novellierungen die Betreuungsgerichte verankert. In den bereits vollzogenen Gesetzesnovellierungen sind durchgängig Regelungen zu Gefahr im Verzug enthalten und somit auch kein Rückgriff auf § 34 StGB. Zwangsbehandlungen allein auf Grund Gefährdung Dritter sind bisher nur in Sachsen und Brandenburg nicht zulässig. Das Bundesverfassungsgericht hat in diese Richtung argumentiert. Berlin und NRW beabsichtigen bei den aktuellen Novellierungen dieser Argumentation zu folgen.

Bei den besonderen Sicherungsmaßnahmen enthalten drei der bereits in Kraft getretenen Gesetze neben den Isolierungen, Fixierungen und Beschränkungen des Aufenthaltes im Freien den Einsatz von sedierenden Medikamenten.

Besuchskommissionen zur Kontrolle sind bis auf das Saarland in allen Regelungen aufgenommen bzw. waren bereits zuvor vorgesehen. Unterschiedlich gehandhabt werden die Häufigkeit, die Besetzung und die Verbindlichkeit. So sind die Besuche in Baden-Württemberg auf einen Drei-Jahres-Rhythmus ausgerichtet, während in Hamburg und in NRW ein jährlicher Rhythmus vorgesehen ist.

In Bezug auf die Besetzung ist nicht in allen Ländern eine trialogische Zusammensetzung der Kommission (Betroffenen- und Angehörigenvertretungen) vorgesehen.

Rechtsbeistände im gerichtlichen Unterbringungsverfahren sind in den landesrechtlichen Regelungen nicht verankert, die Unterstützung verbleibt bei dem im FamFG vorgeschriebenen Verfahrenspfleger.

Meldepflichten in Bezug auf Zwangsmaßnahmen auf Landesebene sind bisher nur in Baden-Württemberg aufgenommen worden.

Die Förderung von so weit wie möglich offenen Unterbringungsformen finden in den Landesgesetzen von Sachsen, Thüringen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg Erwähnung.

Regelungen zur Sicherstellung der vorrangigen Hilfen und zu Beschwerdemöglichkeiten

Die Verpflichtung der Sicherstellung der Hilfen ist grundsätzlich geregelt im ersten und neunten Sozialgesetzbuch. Zudem ist dort die Zusammenarbeit der Leistungsträger und Leistungserbringer als allgemeine Verpflichtung vorgeschrieben. Landesgesetzlich sind hier Konkretisierungen und Vorgaben zur regionalen Steuerung möglich, die regional Verbindlichkeit fördern können. So sind in drei Landesgesetzen (Thüringen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg) die Förderungen von Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) aufgenommen worden.

Gesundheitsberichterstattung schafft Transparenz über die Sicherstellung von Hilfen. In drei Ländern (Bremen, Baden-Württemberg und Sachsen) ist die Psychiatrieberichterstattung im PsychKG aufgeführt.

Die Sicherung der Sozialpsychiatrischen Grundversorgung fokussiert sich in den Landesgesetzen auf die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) und Koordinationsaufgaben, die jedoch nicht in allen PsychKGs explizit verankert sind. Die Beauftragung wird unterschiedlich gehandhabt. Nur sehr begrenzt sind Anforderungen definiert. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sind finanzielle Regelungen zur Landesbeteiligung an der Grundversorgung im PsychKG aufgenommen worden. In Niedersachsen wird die Möglichkeit der Behandlungsermächtigung für die SPDi erwähnt.

Die Verankerung der Vorhaltung besonderer kommunaler Hilfen wie Kontakt- und Beratungsstellen, Krisendienste und Zuverdienstprojekte sind bisher nur in Berlin angedacht. Zu bedenken ist, dass das Konnexitätsprinzip hier die Pflicht zur Landesfinanzierung zur Folge haben kann.

Die Förderung von Selbsthilfestrukturen ist bisher in keinem der Landesgesetze auch nur ansatzweise aufgenommen worden.

Beschwerdemöglichkeiten sowohl in Bezug auf die Unterbringung als auch in Bezug auf die Hilfen als verbindliche Anlaufstellen sind bisher nur sehr begrenzt in NRW und in Baden-Württemberg vorgesehen. Ansonsten sind Beschwerderechte in Hamburg und Bremen verankert und in Berlin ist angedacht, die bereits bestehenden Beschwerdestellen im Gesetz abzusichern.

Fazit und Ausblick

Es ist durch die Impulse von außen und Erfahrungen in der Umsetzung zu einer Novellierungswelle in den Ländern in Bezug auf die Ausgestaltung von Zwangsmaßnahmen gekommen, die zu einer Stärkung der Patientenrechte geführt hat. Die Gestaltung der Novellierungen verläuft zum Teil als ein voneinander lernender Prozess zwischen den Ländern, ist aber nicht durchgängig homogen. Es bleibt zu hoffen, dass auch bei der Sicherstellung der Hilfen die Ländergesetze sich auch gegenseitig befruchten und gute Steuerungsvorgaben sich bundesweit durchsetzen können.

III Psychiatrieerfahrene – Profis

Einleitung

Dyrk Zedlick

Ein Weg der Umsetzung des von der APK getragenen Paradigmenwechsels von der Institution zur Person in der psychiatrischen Versorgungslandschaft ist auch die systematische Einbeziehung der Betroffenerfahrungen in die Beratung, Begleitung und Therapie von seelisch in Not geratenen Menschen. Patienten nicht nur als Experten in eigener Sache, sondern auch als Hilfe zur Selbsthilfe für andere zu sehen, hat in den letzten Jahren neben den Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen mit den Genesungsbegleitern, Peers bzw. der EX-IN-Bewegung zunehmend an praktischer Bedeutung gewonnen, wenn auch lokal noch in sehr unterschiedlicher Ausprägung.

Mit einem eigenständigen Symposium wollte die APK zum einen die facettenreichen Bewegung darstellen aber auch betroffenen Profis mit ihren Erfahrungen als Genesungsbegleiter Gehör verschaffen. Das Symposium war durch eine lebhafte Diskussion geprägt, weshalb nun hier noch einmal die zu Gunsten des Erfahrungsaustausches teils verkürzten Vorträge nachgelesen werden können.

Im ersten Beitrag »Selbstbestimmt und partizipiert? – 10 Jahre EX-IN« gibt Gyöngyvér Sielaff, Psychologin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und eine der Initiatorinnen des dortigen Experienced-Involvement Projektes, einen Überblick über die Entwicklung der von einem Pilotprojekt der Europäischen Union 2005 ausgehenden EX-IN-Bewegung. Dabei werden die Besonderheiten der Ausbildung zum Genesungsbegleiter beschrieben, aber auch auf mögliche Probleme in der praktischen Peer-Arbeit eingegangen.

Frank Rettweiler, Systemischer Therapeut in eigener Praxis in Speyer und Vorstandsmitglied des LV Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz, schildert in seinem Diskussionsbeitrag »Recovery als Erfahrung, Beruf und Berufung« sehr anschaulich seinen persönlichen Recovery-Prozess. Er weist auch auf den doppelten Expertenstatus psychiatrieerfahrener Profis hin, die Erfahrungen der eigenen Krise mit ihrem theoretischen Expertenwissen verbinden können.

Daran knüpft auch Cornelia Brummer, Ärztin und Psychologin und jetzt als Sozialpädagogin tätig, an. Sie stellt in ihrem Impulsvortrag die Ar-

beitsgruppe »Betroffene Profis« der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) vor und schildert assoziativ ihren krankheitsbedingten Abschiedsprozess aus ihrer Berufsrolle als Ärztin bzw. Therapeutin.

Bei allen Vortragenden und Diskutanten war ihr persönliches Engagement für die stärkere Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung in den psychiatrischen Versorgungsalltag zu spüren. Dies zu fördern sollte auch künftig, nicht nur auf APK-Tagungen, ein grundlegendes Anliegen regionaler psychiatrischer Versorgungsplanungen sein.

»Selbstbestimmt und partizipiert?« Zehn Jahre EX-IN. Symbol und Instrument der Veränderung

Gyöngyvér Sielaff

»Es muss aus dem Grund gesagt werden, dass nicht gewusst wird, was nicht in der Erfahrung ist oder (...) was nicht als gefühlte Wahrheit vorhanden ist.« G. W. F. Hegel

Entwicklungslinien

Das Anliegen Psychiatrieerfahrene in die Versorgung von Menschen in Krisen und in die Ausbildung miteinzubeziehen, trägt der Annahme Rechnung, dass jedes Wissen seinen Anfang in Erfahrungen hat. Auf sie baut sich alles Weitere auf. Patientinnen und Patienten als Erfahrene zu betrachten, sie als Experten nicht nur in eigener Sache, sondern auch als hilfreich für andere anzusehen, hat im deutschsprachigen Raum seit der Entwicklung vom Trialog inzwischen Tradition. Mit der EX-IN-Bewegung im zehnten Jahr setzt sich die wissenschaftlich vielfach belegte Erkenntnis durch, dass subjektive Konzepte, Einstellungen und Bewertungen sowie die individuellen Bewältigungsstrategien für Genesung und Recovery wertvoll und wichtig sind – also Basis aller weiteren Interventionen sein sollten. Außerdem wird deutlich, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung nicht nur Leid und Verzweiflung bedeutet (das sicher auch!), sondern auch zu besonderer Sensibilität und Erkenntnis führen kann. Diese können auch in anderen überindividuellen Kontexten hilfreich und nützlich sein, im persönlichen Austausch, in Selbsthilfegruppen und eben auch in bezahlter psychosozialer Arbeit.

Bei EX-IN, ursprünglich von 2005 bis 2007 ein Pilotprojekt der Europäischen Union, werden seit zehn Jahren die Erfahrungen und Erkenntnisse von Psychiatrie-Erfahrenen in den Mittelpunkt gestellt. Um Psychiatrie-Erfahrene, Menschen die eine schwere psychische Krise durchlebt haben, als Dozentinnen und Dozenten oder als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für psychosoziale Dienste zu qualifizieren, wurden ein Curriculum, Lehrmaterial sowie Lehr- und Lernstrategien und -methoden entwickelt.

Nachdem das EU-Projekt beendet wurde und bereits die ersten Pilotkurse in Hamburg und Bremen durchgeführt wurden, war es überraschend, wie groß die Resonanz auf das EX-IN-Programm war. Die Nachfrage nach EX-IN-Ausbildungen war so groß, dass EX-IN schon bald über die Grenzen Hamburgs und Bremens hinaus verbreitet werden musste.

Um EX-IN in Deutschland, der Schweiz und Österreich anbieten zu können und Kurse zu realisieren, die die Besonderheiten der Regionen berücksichtigen, wurde entschieden, Kurse zur Ausbildung von Ausbildern anzubieten.

In der Train-the-Trainer-Ausbildung werden die Modulinhalte, die EX-IN-Philosophie und die Methodik der EX-IN-Kurse vermittelt. Zudem wird das Kursmaterial zur Verfügung gestellt und Unterstützung bei der Planung und Organisation von EX-IN-Kursen in der jeweiligen Region angeboten.

Die gesammelten Erfahrungen der letzten zehn Jahre werden für die Angehörigenfortbildung genutzt und eingesetzt. EX-IN-10 und EX-IN für Angehörige starteten in Hamburg im Herbst 2015.

EX-IN-Hamburg in Zahlen

- 2005 bis 2007: EU-Projekt, eine internationale Arbeitsgruppe (Fachkräfte und Psychatriererfahrene) stellt ein Curriculum für die Ausbildung zum Genesungsbegleiter zusammen.
- 2006: In Hamburg und Bremen starten die ersten Pilotkurse.
- 2008: Es startet der erste Trainerkurs in Bremen/Hamburg – Ausbildung für Ausbilder. Er findet seitdem jährlich in Kooperation mit Bremen/Fokus statt.
- 2008: DGSP-Auszeichnung für die Hamburger Arbeitsgruppe: EX-IN Arbeitschance-Hamburg.
- 2009: Regelmäßige regionale und deutschlandweite EX-IN-Tagungen.
- 2011: Mitgründung des Vereins EX-IN-Deutschland.
- Seit 2011: Regelmäßige Einzel- und Gruppensupervision für die klinisch arbeitenden Genesungsbegleiterinnen und -begleiter.
- 2014: Das Ausbildungsangebot und das Projekt werden entfristet und als reguläres Ausbildungsangebot für psychiatriererfahrene Menschen und von Angehörigen der Universitären Akademie Hamburg übernommen.
- Seit 2014: Regelmäßige Durchführung von dem – regional und über-regional – in Hamburg entwickelten Forschungsmodul für interessierte Genesungsbegleiterinnen und -begleiter.
- 2015: Die erste Ausbildungsgruppe »EX-IN für Angehörige« in Hamburg startet.
- Seit 2015: Supervisionsangebot für die in der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) arbeitenden Genesungsbegleiterinnen und -begleiter.

Partizipation

Entscheidend für den Erfolg und Nutzen von Peer-Arbeit ist der Einsatz von Peers entsprechend ihrer besonderen Fähigkeiten und nicht als Lückenbüßer oder Aushilfskräfte. Eine Arbeitsgruppe des Vereins EX-IN Deutschland e. V. beschäftigt sich mit Qualitätsstandards für die Beschäftigung von Genesungsbegleitern. Ein Ziel für die Zukunft ist es, mehr Stellenbeschreibungen zu entwickeln, die die Besonderheit der Peer-Arbeit beschreiben und es Arbeitgebern ermöglichen, sich ein klares Bild von den Möglichkeiten und Kompetenzen zu machen, um die Erfahrungsexperten entsprechend ihrer Qualitäten einzusetzen.

Andererseits geht es bei den Qualitätsstandards aber auch um die Bedingungen, die sicherstellen, dass Peer-Arbeit auch ihre Potentiale entfalten kann. Hierzu gehört, dass mindestens zwei Genesungsbegleiter in einem Betrieb beschäftigt werden, um den Fokus bei der Innovation nicht nur auf eine Person zu richten. Zudem ist es wichtig, dass die Erfahrungsexperten eine eigene Supervision erhalten, um zu ermöglichen, dass die Eigenständigkeit des Ansatzes auch erhalten bleibt. Allzu leicht kann es passieren, gerade wenn Erfahrungsexperten eine neue Berufsgruppe in einer Einrichtung sind, dass sie sich nur schwer gegenüber den bereits vorhandenen Berufsgruppen behaupten können und traditionelle Rollen, Haltungen und Methoden übernehmen, wenn die Peer-Identität nicht auch strukturell unterstützt wird.

Symbol und Instrument der Veränderung

Der Einsatz von Peers ist zu einem Symbol und einem Instrument der Veränderung in der psychiatrischen Praxis geworden. Nicht nur durch die Tätigkeit der Genesungsbegleiter allein, sondern auch dadurch, dass sich Leitungskräfte und Mitarbeitende in Organisationen für den Peer-Ansatz entscheiden, ihm Räume schaffen, in den Dialog treten und Weiterentwicklung suchen, öffnen sich neue Perspektiven. Die Herausforderung, Neues zu wagen, bedeutet auch, Unsicherheit zu wollen, zumindest aber auszuhalten. Diese Unsicherheit, dieses Zurücktreten von Gewohntem und Bekanntem, schafft neuen Platz für Begegnung und mehr Platz für diejenigen, die Unterstützung brauchen und suchen.

Mit dem Recovery-Ansatz, der ebenso wie die Peer-Arbeit auf Erfahrungswissen beruht, wächst parallel auch ein neues Verständnis von Genesung, das nicht mehr nur »Heilung«, sondern vor allem die Lebenszu-

friedenheit der Betroffenen zum Ziel hat. Recovery-Orientierung, die in vielen englischsprachigen Ländern längst zum offiziellen Leitprinzip der psychiatrischen Versorgung geworden ist, bringt die gewohnten Behandlungsmuster auf den Prüfstand. Lebenszufriedenheit zu fördern erfordert andere Kompetenzen als nur Symptome zu bekämpfen. Immer wieder neu anzuregen, das eigene Leben in die Hand zu nehmen, erfordert eine Grundhaltung von Hoffnung und die Bereitschaft, lebendig in Kontakt zu treten.

Für viele neue Behandlungsmodelle, die auch im deutschsprachigen Raum mehr und mehr umgesetzt werden, sind Genesungsbegleiter eine wichtige Berufsgruppe, da ihre Grundsätze und Kompetenzen genau zu den Grundgedanken dieser Ansätze passen. Hierzu gehört die Zuhause-Behandlung (Home Treatment), bei der Menschen auch in Krisen in ihrem sozialen Umfeld von Pflegekräften, Ärzten, Psychologinnen und anderen Berufsgruppen begleitet werden können. Hierzu gehören auch die skandinavischen Ansätze der bedürfnisangepassten Behandlung (Need Adapted Treatment) und des offenen Dialogs.

Das EX-IN-Konzept ist in einem europäischen Kontext entwickelt worden und für die Weiterentwicklung ist der internationale Kontext weiterhin wichtig. Die Vernetzung der EX-IN-Organisationen in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland hilft uns, voneinander zu lernen und von den Erfolgen der anderen zu profitieren. Die europäische Vernetzung ermöglicht es, die EX-IN-Ausbildung auch in Polen und Bulgarien anzubieten und weitere Länder zu interessieren. Die Ausbildung muss sich in den kommenden Jahren der sich weiterentwickelnden Praxis anpassen. Hierzu gehören Aufbaukurse zu den Schwerpunkten Genesungsbegleitung, Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und Bildungsarbeit.

Die Ausbildung von Experten und Expertinnen lässt sich auch auf andere Hintergründe übertragen, beispielsweise auf Migration oder Armut. Aber wir haben auch erkannt, dass der Bildungsgedanke für sich eine enorme Kraft entfaltet. Die große Mehrheit der EX-IN-Teilnehmer berichtet, dass die Kurse nicht nur zu einer Qualifizierung für die Genesungsbegleitung führen, sondern auch ganz wesentlich zu Empowerment und Genesung selbst beitragen. Bildung, die dazu beiträgt, aus Erfahrung Wissen zu entwickeln, stärkt das Selbstvertrauen, erweitert Handlungsspielräume und unterstützt, das eigene Leben selbst zu bestimmen. Die nach ähnlichen Prinzipien wie EX-IN arbeitenden Recovery-Colleges setzen genau da an. Bildung für alle. Vom Abendkurs zu Empowerment und Info-Workshop über Nutzerrechte

bis zum Kurs über Fürsprache werden Bildungsangebote allen zugänglich gemacht, die sich persönlich entwickeln oder sich selbstbewusster im Hilfesystem bewegen wollen.

Es gibt noch viele weitere Bereiche, die weiterentwickelt werden müssen. Wir brauchen eine Berufsanerkennung für Genesungsbegleiter, ein klares und gerechtes Entlohnungssystem und wir brauchen klare und verbindliche Qualitätskriterien für Ausbildung und Praxis.

Die Gründung von Dachorganisationen ist hier ein wichtiger Schritt. In Deutschland hat der Verein EX-IN Deutschland bereits Qualitätsstandards verabschiedet, die nun die Voraussetzung für die Anerkennung von EX-IN-Ausbildungskursen sind. Der Verein soll aber als Interessenvertretung auch die anderen Themen voranbringen.

Das wird in den zersplitterten, ungesteuerten psychiatrischen Versorgungssystemen nicht einfach sein. Im Spannungsfeld unterschiedlichster Interessenlagen ist es eine Herausforderung, eine neue Berufsgruppe mit einer neuen Dienstleistung zu etablieren. So lange bleiben Leitungskräfte, Kostenträger, engagierte Praktikerinnen, Psychiatrieplaner und Genesungsbegleiter aufgefördert, ihre Fantasie, ihre Spielräume und ihre Netzwerke zu nutzen, um der Weiterentwicklung von Peer-Arbeit eine Chance zu geben.

Wege in die Zukunft

Seit zehn Jahren werden in Hamburg Genesungsbegleiter/Peerbegleiter ausgebildet. Mit den zahlreichen Genesungsbegleitern, die sowohl in der stationären, als auch in der ambulanten Sozialpsychiatrie seit mehreren Jahren tätig sind, ist EX-IN in Hamburg ein Politikum geworden. Einrichtungen, die psychisch erkrankte Menschen begleiten, nehmen die Beschäftigung von Genesungsbegleitern in ihre strukturelle und inhaltliche Ausrichtung auf. Hier findet ein wichtiger Prozess statt.

Durch die Zusammenarbeit findet ein Paradigmenwechsel statt, in der Haltung der Mitarbeiter und in der Vorstellung, worauf es bei der Begleitung von Menschen in Krisen ankommt. Eine schwierige oft widersprüchliche Zeit und eine energieabsorbierende Entwicklung, die niemals gradlinig verläuft. Das Ringen und die Mühe lohnen sich aber allemal.

Viele Genesungsbegleiter leisten wertvolle und notwendige Öffentlichkeitsarbeit. In den Begegnungen geht es oft darum, psychischen Erkrankungen und Krisen ein menschliches Gesicht zu geben, für mehr Toleranz zu werben. Aber reicht Toleranz für den Abbau von Ängsten und Ausgrenzung?

Eher nicht. Oder wenn überhaupt nur als Anfang. Wie sagte Goethe vor 200 Jahren: »Toleranz sollte eigentlich nur eine vorübergehende Gesinnung sein: Sie muss zu Anerkennung führen. Dulden heißt beleidigen.« (Quelle: »Maximen und Reflexionen«, nach den Handschriften des Goethe- und Schiller Archivs, Verlag der Goethe-Gesellschaft, Weimar, 1907) Nur was der Mensch kennt und erkennt, kann er auch anerkennen und auch als einen Teil der menschlichen Möglichkeiten akzeptieren.

Akzeptanz und Verstehen entstehen am eindrucklichsten im gemeinsamen Tun, in der gemeinsamen Bildung. EX-IN als Bildungsangebot kann maßgeblich dazu beitragen, dass das Menschsein in all seinen Facetten mehr gesehen, angenommen und weniger gefürchtet wird. Und was wir nicht fürchten, brauchen wir nicht auszugrenzen. Was wir nicht ausschließen, brauchen wir auch nicht zu integrieren oder partizipieren lassen.

Recovery als Erfahrung, Beruf und Berufung

Frank Rettweiler

Die Idee des »verwundeten Heilers« – des »wounded healer« –, also des Heilers auf Basis eigener Erfahrung, ist vielleicht so alt wie die Geschichte der Heilkunst insgesamt und auch der Psychotherapie im Besonderen. In unterschiedlichen Kulturkreisen und in verschiedenen Epochen der Menschheitsgeschichte gibt es Geschichten von Menschen, die persönliche Krisen bewältigen und diese Erfahrung nutzen, um anderen Menschen in ähnlichen Situationen hilfreich zur Seite zu stehen. In der westlichen Tradition war es vor allem Carl Gustav Jung, der sich mit diesem Phänomen beschäftigte.

Viele Therapeuten fühlen sich offenbar aufgrund eigener Verletzungen veranlasst – oder gar berufen – anderen zu helfen. Die eigene Erfahrung verleiht ihnen die Authentizität und die Fähigkeit, in »Resonanz zu gehen« mit den Erfahrungsberichten ihrer Klientinnen und Klienten. Betroffene Therapeutinnen und Therapeuten können die Situation des verletzten Menschen deshalb so gut mitfühlen – empathisch nachempfinden, nicht mitleiden –, weil sie eine Resonanz dazu haben. Sie können sich »einschwingen« auf den Gemütszustand des Gegenübers. Diese Therapeutinnen und Therapeuten können die verletzte Person deshalb hilfreich auf ihrem Weg begleiten, weil sie einen ähnlichen Weg gegangen sind. Die Gemeinsamkeit stärkt die Beziehung, eröffnet Raum für Hoffnung und Zuversicht auf Besserung, aktiviert und stärkt die Selbstheilungskräfte.

Gut die Hälfte einer jeden Behandlung hat ihre Basis tief in der Selbsterfahrung des Therapeuten mit Leid. Es sei sein eigener Schmerz, an dem sich seine Kraft zu heilen letztlich misst. Dies ist nach C. G. Jung die Bedeutung des griechischen Mythos des verwundeten Heilers. Der verwundete Heiler ist ein Archetyp – eine Ur- oder Grundprägung – unseres Selbst. Marie Louise von Franz spricht von unserer Ganzheit, »dem Gott in uns«, der Heilung bewirkt. Sie sei das Fundament aller echten, wirklichen Heilungsprozesse.

Eine ähnliche Idee findet sich in Michael Endes unendlicher Geschichte. »Es gibt Menschen, die können nie nach Phantasien kommen, (...) und es gibt Menschen, die können es, aber sie bleiben für immer dort. Und dann gibt es noch einige, die gehen nach Phantasien und kehren wieder zurück. So wie du. Und die machen beide Welten gesund.«

Viele Menschen erleben psychische Erschütterungen und Krisen. Einige erholen sich nicht davon und bleiben in den leidvollen Erfahrungen

stecken. Einige andere scheinen gänzlich von Krisen verschont zu bleiben. Und dann gibt es eine dritte Gruppe. Das sind Menschen, die psychisches Leid erlebt und bewältigt haben und gestärkt aus der Krise hervorgehen. In der Mythologie ist dies das Bild des Phönix, der sich aus der Asche seines alten Lebens in eine neue Form des Da-Seins erhebt. Michael Ende scheint diesen Experten aus Erfahrung ein enormes Potenzial zuzuschreiben, das Potenzial, die Welt »gesund zu machen«. Vielleicht ist es tatsächlich diese Vorstellung, die eigene Betroffenheit als Potenzial und Ressource anzusehen, die manche veranlasst, ganz neue Lebens- und Berufswege einzuschlagen. Sie machen aus ihrer eigenen Betroffenheit ihren Beruf oder gar ihre Berufung, häufig allen Widerständen und Stigmatisierungen zum Trotz. Sie hören so etwas, wie eine innere Stimme, die die Richtung vorgibt und Kraft verleiht. Sie machen ihre Andersartigkeit zum Fundament ihres Berufs, manche gar zur Basis ihrer Berufung.

Was meint nun Berufung?

Es geht um einen Ruf des Lebens, nicht mehr und nicht weniger. Und dieser Ruf ist unzweideutig. Diese Menschen erleben »eine innere Notwendigkeit, die jemand spürt und die ihn zum Handeln zwingt.« Sie erfahren diese Aufforderung als existenzielle Botschaft im Sinne des verwundeten Heilers nach C. G. Jung.

Es geht also um Erfahrung, Beruf und Berufung. In vielen Lebensbereichen steht die Erfahrung ganz selbstverständlich im Zentrum der Wirkung und des Erfolgs. Diese Beobachtung erscheint mir disziplinübergreifend, traditionsübergreifend – Wissenschaften, Kunst, Kultur, Sport, Spiritualität – und interkulturell – Ost/West – und zeitlos zu gelten. »Großer Geist, bewahre mich davor über einen Menschen zu urteilen, ehe ich nicht eine Meile in seinen Mokassins gelaufen bin.« Diese Weisheit stammt aus einem traditionellen indischen Gebet und betont die Rolle des Heilers als erfahrenem Wegbegleiter durch die Krise. Die innere Logik scheint quasi »universell«.

Manche Traditionen sprechen von Meisterschaft. Menschen eignen sich motiviert Wissen an, machen persönliche Erfahrungen damit und erhalten Feedback durch ihre Umwelt. So lernen sie und erlangen nach und nach einen Expertenstatus. Psychiatrieerfahrene Profis erlangen diesen Status in zweifacher Hinsicht. Sie haben die Erfahrung der eigenen Krise und verbinden diese mit ihrem theoretischen Expertenwissen. So wirken sie vielfach authentischer und nachvollziehbarer auf akut Betroffene als ausschließliche

Profis. Diese doppelte Perspektive erleichtert insbesondere den Beziehungsaufbau und die Einschätzung therapeutischer Möglichkeiten. Der »Erfahrene« ist vielfach anschlussfähiger als der »Theoretiker«.

Die persönliche Recovery-Erfahrung scheint manchmal gar den entscheidenden Unterschied auszumachen. Recovery nach William Anthony »ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.« Es geht also auf diesem besonderen Weg nicht so sehr um Fachwissen als vielmehr um Erfahrungswissen. Wenn Recovery also ein Weg ist, so braucht es einen erfahrenen »Bergführer«, der die Hindernisse, Klippen und Stolperfallen kennt. Es geht um die ganzheitliche Erfahrung, eine Sicht auf die Phänomene quasi aus der 360-Grad-Perspektive. Denn »der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist mitunter in der Praxis größer als in der Theorie.«

Meine Erfahrung und Praxis auf dem Weg aus dem Labyrinth der psychischen Krise ist für mich mittlerweile so etwas wie ein Modell für die Beratung der Menschen, die in Lebenskrisen in meine Praxis kommen.

Es geht fast immer wieder um ähnliche Motive. Es geht um etwas Grundlegendes, um existenzielle Fragen: Menschen suchen zunächst nach Halt und Orientierung. Sie sehnen sich nach Stabilisierung. Enorm wichtig ist die innere Haltung. »Radikale Akzeptanz« wirkt manchmal erlösend, allerdings nicht, wenn sie lediglich als theoretisches Konzept daherkommt. Es ist eher ein tiefes Einverstandensein mit dem, was ist. »So ist es.« Es geht fast immer um das Selbstbild und die Spiegelung an einem Gegenüber, das ich aufgrund der Erfahrung eher nehmen kann. So wird Umdenken leichter möglich, als wenn ein aus der Betroffenenicht vermeintlich »Blinder von der Farbe spricht«. »Es ist, wie es ist« hört sich mitunter schräg an, wenn die Botschaft von jemandem ausgesprochen wird, der mutmaßlich nie eine ähnlich krisenhafte Situation erlebt hat. Die Notwendigkeit des Annehmens der Situation, des Übens und Umlernens kaufe ich einem Gegenüber eher ab, wenn dieser eigene Erfolge auf dem Weg des Heilwerdens aufweisen kann.

Hinsichtlich der »Meta-Kompetenzen« erweist sich das Training von Achtsamkeit für mich immer wieder als enorm hilfreich. Im »Hier und Jetzt sein«. Weniger und bewusster vergleichen, bewerten, beurteilen. Mehr Of-

fenheit, Distanz und Möglichkeiten zum Perspektivwechsel. Geduld und ebenso radikales Annehmen des Unveränderlichen, Geschehen lassen und die Ausrichtung auf Sinn und tragfähige Werte. Letztlich geht es bei schweren psychischen Phänomenen sehr häufig um eine Katharsis, eine Läuterung von Leid, die nicht selten in einer neuen Erfahrung von Identität endet.

Wer bin ich – eigentlich – hinter all den Masken, Rüstungen und Mauern?

Alte Konzepte und Muster werden durch hilfreichere ersetzt. Energie, die bisher zur Aufrechterhaltung von Schutzmechanismen eingesetzt wurde, kann wieder freier und »funktionaler« fließen. Die Fragen nach Sinn und Sein sind wesentliche Katalysatoren einer aufwärtsgerichteten Entwicklung. Hierbei geht es weniger um theoretische Konzepte aus dem Elfenbeinturm der Naturwissenschaft oder analytisches Sezieren, sondern eher um eine anschlussfähige Lebensweisheit.

»Problem talk creates problems. Solution talk creates solutions.« Kreative Lebensszenarien entwickeln dann besondere Dynamik, wenn sie lösungsorientiert sind und es eine nachvollziehbare persönliche Referenzerfahrung gibt.

Recovery – der Weg der Verwandlung ist für mich persönlich immer eine Antwort auf einen unüberhörbaren, unausweichlichen Ruf des Lebens, zu Beginn ein Ringen, um das (Über-)Leben, eine Reise in die (Un-)Tiefen der Seele und ein Auftauchen aus den Katastrophen der Krankheit.

Es ist so etwas wie eine Heldenreise, die zum Kampf mit den eigenen Dämonen auffordert, die Begegnung mit dem »Schatten«, den unerwünschten und daher unterdrückten Teilen der Persönlichkeit, die in das Unbewusste abgeschoben waren.

Es scheint eine existenzielle Veränderungserfahrung zu sein, die das bisherige Leben, das Denken und das Fühlen ad absurdum führt, »auf den Kopf stellt«, »durchmischt«, »durch den Wolf dreht«, »pulverisiert«.

Es geht auch um ein Eingeständnis meiner Grenzen und Beschränkungen, eine Form von Annahme und Akzeptanz (Selbstakzeptanz, radikale Akzeptanz) und ein Ausdruck von Kreativität, eine neue befriedigende Daseinsform zu (er-)finden.

Zu einem guten Ende gebracht ist es, eine besondere Form des inneren Wachstums, der Reifung, für viele gar eine Form der Selbstwerdung, »von der Raupe zum Schmetterling«. Recovery ist häufig ein Weg zu mehr Klarsicht und Spiritualität, fast immer verbunden mit einem Ausdruck der Demut

und der Dankbarkeit. Letztlich ist Recovery das Geschenk eines »neuen« Lebens, verbunden mit einer neuen Chance.

Um diese Grundhaltung und Perspektive authentisch vermitteln zu können ist die eigene Erfahrung von nicht zu unterschätzendem Wert. Menschen in Krisen vertrauen eher auf Erfahrungsberichte als auf theoretische therapeutische Konzepte. Beispielhaft ist der bereits angesprochene Carl Gustav Jung zu nennen, der eigene »Schatten« in seine therapeutischen Konzepte integrierte.

Mein persönliches Vorbild Marsha Linehan (Link zur Geschichte von Marsha Linehan (www.nytimes.com/interactive/science/lives-restored-series.html#/marsha-linehan)) ist weltweit anerkannt als die Begründerin der DBT, des wohl erfolgreichsten Therapiekonzepts in der Behandlung von Phänomenen. Gleichzeitig ist sie Zen-Meisterin. Auf dem Höhepunkt ihrer Karriere outete sie sich selbst als Betroffene in der New York Times. Und trotz ihrer bahnbrechenden Erfolge als Wissenschaftlerin führt sie die Therapieform letztlich auf ihre persönlichen krisenhaften sowie ihre spirituellen Erfahrungen, insbesondere auf dem Zen-Weg, zurück. Radikale Akzeptanz – mittlerweile Basis der dritten Welle der Verhaltenstherapie – findet sich bereits in den Lehrreden Buddhas und in überlieferten Zen-Texten. Gleiches gilt für achtsamkeitsbasierte Therapiekonzepte, die heute die therapeutische Landschaft aufrollen. Die westliche Wissenschaft hinkt hier bei näherer Betrachtung dem Erfahrungswissen alter Hochkulturen um 2.500 Jahre hinterher.

Marsha Linehan beschreibt Erlebnisse mit suizidalen Klientinnen, die ihre Hoffnung zunächst in erster Linie darauf stützen, dass sie mit einem Menschen sprechen, der die Erfahrung selbst gemacht hat, der den Weg gegangen ist. Deshalb bekennt sie sich zu ihrer eigenen Betroffenheit. »Ich wollte nicht als Feigling sterben.«

Diese Botschaft hat Marsha Linehan mir im letzten Jahr im Rahmen eines achtsamkeitsbasierten Psychotherapie-Workshops mitgegeben. Es sei wichtig, sich zu bekennen, gerade auch zur eigenen Erfahrung, allen Stigmatisierungstendenzen der Gesellschaft und des Systems zum Trotz. Für mich war dies eine wegweisende Begegnung, die meine Haltung seither fundamental geprägt hat und es bis heute tut. Die eigene Ambivalenz hat sich seither weitgehend aufgelöst. Heute kommen Menschen zu mir, nicht trotz, sondern wegen der eigenen Erfahrung und Betroffenheit. Marshas Linehans Mission scheint offenbar sukzessive auch zu meinem Auftrag geworden zu sein. Auch ich möchte nicht als Feigling sterben.

Recovery ist für mich heute vor allem eine »Discovery« – eine Entdeckungsreise zu einem authentischeren Sein. Der Weg der psychischen Gesundung ist tatsächlich so etwas wie eine Entdeckungsreise und der Weg entsteht beim Gehen, Schritt für Schritt. Manchmal tun sich noch Hindernisse auf. Und wenn es manchmal nicht so recht weiterzugehen scheint, erinnere ich mich gerne an Oscar Wilde, der einmal gesagt hat: »Am Ende wird alles gut. Wenn es nicht gut wird, ist es noch nicht das Ende.« Möglicherweise braucht es dann noch eine Kurskorrektur. Und irgendwann wird aus dem beengten Leben der Raupe möglicherweise das Da-Sein eines Schmetterlings, der sich in den Himmel erhebt und die Welt aus luftiger Höhe völlig anders wahrnimmt.

Manchmal scheint es mir, als sei das Gesundheitssystem in seiner Ausrichtung und Praxis ebenfalls noch sehr Recovery-bedürftig, vielleicht bedürftiger als manche seiner Klientinnen und Klienten. Die Leichtigkeit und die Perspektive des Schmetterlings scheinen mir mancherorts noch eher die Ausnahme zu sein.

Doch das ist eine andere Geschichte. Vielleicht ein Thema für den nächsten Kongress zu neuen Perspektiven auf dem weiteren Weg der seelischen Gesundung.

Betroffene Profis

Cornelia Brummer

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, der Impulsvortrag, den ich für Sie hier zu Papier bringe, wurde so von mir auf der Jahrestagung nicht gehalten: Da ich als Teilnehmerin die mangelnde Zeit für Austausch nach Vorträgen oft bedauert habe und sowohl als Psychotherapeutin als auch als Pädagogin prozessorientiertes Arbeiten gewohnt bin, entschied ich mich, den zahlreichen offenen Fragen zur Ex-In-Fortbildung und Berufstätigkeit den Vorrang zu geben. Vor allem da ich selbst Betroffene, Profi und Ex-Inlerin bin, und dieses authentische Arbeiten im Gegensatz zur Arbeit als angeblich »gesunde Profi« – im Folgenden werden Sie davon lesen – ehrlicher, einfacher und vertrauensvoller erlebe.

»Betroffene Profis«

Ich bin Ärztin und Diplom-Psychologin, arbeite aber auf Grund meiner Bipolaren Erkrankung seit 13 Jahren auf einer 3/8 Stelle als Sozialpädagogin in der Begleitung von Jugendlichen im Freiwilligendienst. Ich bin Mutter eines 17-jährigen bipolaren Sohnes und war Betroffenenvertreterin im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS). Ich möchte in meinen Vortrag die Arbeitsgruppe »Betroffene Profis« in der DGBS vorstellen und von meinen Erfahrungen als betroffene Profi berichten.

Die Arbeitsgruppe gründete sich nach einem Symposium auf der letztjährigen Jahrestagung der DGBS in Würzburg 2014. Eine betroffene Psychiaterin hielt neben zwei betroffenen Ärztinnen einen Vortrag mit dem Thema: »Im Spannungsfeld zwischen Erkrankung und Professionalität – die Bipolarität als Ärztin und Patientin.« (Sie können diesen Vortrag auf der Internetseite der DGBS unter Jahrestagung 2014 nachlesen.)

»Betroffene Profis« können sich in dieser Arbeitsgruppe austauschen und haben sich zum Ziel gesetzt, andere betroffene Profis zu unterstützen. Die Arbeitsgruppe ist bisher die Einzige ihrer Art in Deutschland.

Persönliche Erfahrungen

Ich möchte Ihnen anhand meiner Geschichte beispielhaft Facetten der besonderen Problematik betroffener Profis aufzeigen und zur Veranschaulichung aus der von mir verfassten Lebensgeschichte zitieren: Ich als Betroffene, Profi, Angehörige.

Mein Motiv zur Wahl meines Studiums: Ich bin Angehörige. »In der Familie muss ich ohnmächtig erleben, wie neben mir ein Kind psychisch zerstört wird: meine 2 1/2 Jahre jüngere entwicklungsverzögerte Schwester« – und möchte Profi werden: »Erwartungsvoller Aufbruch zum Psychologiestudium: Ich will verhindern, dass Kinder psychisch so geschädigt werden wie meine Schwester.« Zunächst aber werde ich zur Betroffenen – »Im herbstnebligen Konstanz: große Enttäuschung – nur nichtssagende Vorlesungen, Statistik – Dienstag und Donnerstag – dann fahren alle in der Umgebung Wohnenden heim – Ich: Ohne Struktur mutterseelenallein in meinem Untermietzimmer. Erste Depression. – Stabilisierungsversuch durch Umzug in eine WG scheitert: die Anderen deutlich älter. – Ich neben ihnen wie ein Geist – kaum wahrnehmbar. Die Unibibliothek – mein innerer Druck: Du musst alle Bücher lesen. In der Realität kann ich mich auf keinen einzigen Satz mehr konzentrieren. Am meisten erschreckt mich, dass ich – Matheabitur mit 1 – drei mal fünf nicht mehr rechnen kann.« Am Semesterende: Studiumsabbruch. Rückkehr in meine Heimatstadt. »Stabilisierungsversuch durch ein Krankenhauspraktikum scheitert: Ich verwechsle Patientinnen und Patienten, vergesse Arbeitsaufträge – mühsamst schaffe ich das Austeilen von Mahlzeiten. Die Verzweiflung wird immer größer.« Als Rettungsstrohalm: Studieren an einer kleinen ortsansässigen theologischen Hochschule? »Studis wie in einer Schulklasse: Ich fühle mich sofort in Sicherheit.« Das Wunder geschieht: Gestern keinen Brief einwerfen zu können und plötzlich »geht wieder alles!« Ich übergelücklich, energiestrotzend.« Erste hypomanische Phase. Im zweiten Anlauf gelingt dank der passenden WG mein Psychologiestudium: Von der Betroffenen zur Profi in Ausbildung.

Nach dem Diplom Medizinstudium: Erneute Phase. »Die Urängste meiner Jugend kommen hoch: Obdachlos auf der Strasse zu landen oder in der Psychiatrie – nur Spritzen/Infusionen – und niemand in Kontakt mit mir.«

Jedes Abstürzen in die Hölle der Depression – insgesamt 40 Phasen – fast 13 Jahre meines Lebens – für mich wie eine »Vertreibung aus dem Paradies.« Praktisches Jahr u. a. in der Psychiatrie: Halboffene Station. »Schwer die Rolle sie die Kranken – wir die Gesunden« zu spielen.

Fremde Stadt – erste Stelle: Ärztliche Stationstherapeutin – mein Boden bricht völlig weg: Neun Monate – meine längste depressive Phase. Kränker als meine Patientinnen und Patienten. Große Unterstützung im Team. Täglich rechne ich mit meiner Entlassung.

In einer nächsten Krankheitsphase: Die Erwachsene wird zur Zwei- bis Dreijährigen voller Angst und Panik, die völlig aufgelöst im Sekretariat der Klinik (in der ich arbeite) mit Buntstiften malen möchte. Ich werde krankgeschrieben, betrete als Erwachsene die Arztpraxis und werde in Anwesenheit des Arztes zur Kleinen, die mit Kinderstimme nur noch stammeln kann.

Jeder geplante Arbeitsversuch führt zu einem »Rückfall«. Akuteinweisung in eine psychosomatische Klinik: Angekündigt als suizidaler Notfall komme ich strahlend und energiestrotzend zur Aufnahme. Entlassung – Absturz – Psychiatrie – wieder Psychosomatik. Wiedereingliederung am Arbeitsplatz – medizinisch nicht psychotherapeutisch soll ich arbeiten – am ersten Tag »Bindehaut-Patientin« – Absturz. Aus der Traum als Therapeutin in meine Klinik zurückzukehren. Existenzielle Erschütterung. Aus und Ende.

Perspektive?

IV Krankenhausfinanzierung und Patientenrechte

Einleitung

Heinrich Kunze

In diesem Workshop geht es um die Rechte von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen bei der Krankenhausbehandlung. Wir haben das Thema in das Programm aufgenommen, weil die Vorbereitungen des Bundesministeriums für Gesundheit und der Selbstverwaltungspartner (Spitzenverbände der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) zur Einführung eines neuen Psychiatrie-Entgeltsystems seit 2009 in die falsche Richtung steuern.

Immer mehr Verbände tragen ihre gemeinsame Sorge an die Politik heran, seit Sommer 2015 auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Die seit der Psychiatrie-Enquete erreichten Fortschritte in der Krankenhausversorgung und ihrer Behandlungsqualität sind nach ihrer Auffassung bedroht. 2014 haben der neue Gesundheitsminister Gröhe und der Gesundheitsausschuss des Bundestages eine zweijährige Denkpause vorgeschlagen und einen »strukturierten Dialog« begonnen. Ihre Botschaft: die Bedenken und Sorgen werden ernst genommen. Ob und wie die Vorschläge der Verbände zur Kursänderung von der Politik aufgenommen werden sollen, ist jedoch noch nicht erkennbar.

Das Thema Psychiatrie-Entgelt ist nicht nur für die Professionellen in den Kliniken wichtig, sondern auch für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, sowie für die Psychosozialen Dienste, die Kommunen und Länder. Denn beim bisherigen Konzept für ein neues Entgeltsystem werden die Bedürfnisse der Betroffenen und die entsprechende Weiterentwicklung der Kliniken – gemeindepsychiatrische Kooperation, mehr Psychotherapie und neue Behandlungsformen – nicht ausreichend berücksichtigt.

Rainer Höflacher hat das Impulsreferat »Qualitätsanforderungen aus Patientensicht« übernommen. Stefan Wöhrmann stellt die Sicht einer Krankenkasse vor und ich werde die Position der APK vortragen.

Patientenrechte und Krankenhausfinanzierung aus der Sicht der APK

Heinrich Kunze

Vorgeschichte

Die Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV, 1990) konkretisierte für die Krankenhausfinanzierung die Versorgungsziele der Psychiatrie-Enquete (1975) und der Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFW 1988): Von der »Verwahrpsychiatrie« zur »Behandlungspsychiatrie« (so die amtliche Begründung Psych-PV). Die Pressemitteilung des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 30.04.1990 zur Ankündigung der Psych-PV beschrieb das Ziel: »Die Patienten befähigen, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern.« (siehe dazu KUNZE et al. 2010, S. 53 und 211) Das bedeutet in heutige Begriffe übersetzt: Teilhabe als Ergebnisqualität für die Behandlung. Das war der Zweck der erheblichen Verbesserung der Personalstellen mit den Schwerpunkten für therapeutische Fachkräfte und Pflegepersonal.

Die Psych-PV wurde zweimal im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) evaluiert, zunächst ihre Einführung 1991 bis 1995, und 2004 der Stand zur Vorbereitung eines neuen Psych-Entgeltsystems. (APK et al. 1998; APK 2007; KUNZE und SCHMIDT-MICHEL 2007)

PEPP kommt vom Kurs ab

Wenn das »Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)« entsprechend der bisherigen Entwicklung seit 2009 eingeführt wird, dann werden Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ihre Erwartungen und Ansprüche an wohnortnahe und neue Formen der Krankenhausbehandlung mit Psychotherapie und gemeindepsychiatrischer Kooperation nicht realisieren können. Hier eine kurze Zusammenfassung der Kritik am (noch nicht verbindlich eingeführten) PEPP-System (siehe dazu auch WEISS et al. 2014; KUNZE et al. 2015):

- PEPP zementiert die bettenzentrierte Krankhausversorgung und die damit verbundenen Qualitätsmängel.
- PEPP verdrängt die wohnortnahe Pflichtversorgung durch Konzentration in überregionalen Großkliniken.

- PEPP ist mit seinem rein empirischen System nicht kompatibel mit einer Norm für »Strukturqualität therapeutisches Personal«, wie die Psych-PV oder eine Nachfolgeregelung. Die Gefahr: Ausbeutung der Krankenhäuser durch Personal- und Qualitätsabbau, Gewinnabschöpfung und Quersubventionierung.
- PEPP finanziert den Aufwand für stationäre Behandlungstage, dann wird dieser Aufwand auch geliefert. Der therapeutische Sinn und die Qualität der Behandlung für die Patientinnen und Patienten ist die »Black Box« des PEPP-Systems.
- PEPP blockiert den möglichen Ersatz von stationären durch innovative Behandlungsformen, wie z. B. Home-Treatment.
- Die Erlösoptimierung steuert die Behandlung zum Wohle der Klinik, statt zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Therapeuten und andere beteiligte Professionelle sind in Bezug auf ihre Handlungsziele deshalb Konflikten ausgesetzt zwischen
 - Erwartungen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen,
 - Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz und Qualitäts-Management,
 - Eigennutz von Berufsgruppen,
 - ökonomischen Rahmenbedingungen mit Anreizwirkungen,
 - betriebswirtschaftlicher Optimierung bei Leistungsträgern und Leistungserbringern: Finanzierung steuert – mit oder ohne Absicht!

Kursänderung für das neue Psych-Entgeltsystem

Über die Grundsätze ihrer Kritik sind sich die verschiedenen psychiatrischen Verbände einig geworden. Man kann davon ausgehen, dass dies die Politik beeindruckt hat (siehe dazu Verbände-Brief an Minister Gröhe vom 09.09.2015, siehe Bericht DGPPN 2015). Das vorgeschlagene alternative Konzept der Verbände (an dem auch Vertreter der APK mitgearbeitet haben) kurz zusammengefasst:

- Ein »Budgetbasiertes Entgeltsystem« für die differenzierte Gesamtleistung des Krankenhauses.
- Die Strukturqualität des dafür notwendigen therapeutischen Personal wird in das Budget eingepreist.
- Die Abrechnung der Patientenbehandlungen erfolgt als Abschläge auf das Budget, keine Festpreise für den PEPP-Entgeltkatalog.

Die in der Psych-PV vorgesehene Systemprüfung der Versorgungsleistung des psychiatrischen Krankenhauses und ihrer Qualität dient der Vorbereitung der Budgetverhandlung: Psych-PV §4, Absatz 4. Diese Systemprüfung wird seit fast zwei Jahrzehnten nur in Hessen angewendet (ERNST 2015) und fokussiert:

- regionale Versorgungspflicht
- Strukturqualität therapeutisches Personal
- Prozessqualität therapeutisches Konzept
- regionale Besonderheiten

Diese Systemprüfung sollte weiterentwickelt werden, um den Misstrauensaufwand zu Lasten der Therapiezeit für Patientinnen und Patienten, wie beim PEPP-System absehbar, auf ein »praktikables« Niveau zu reduzieren. Beim PEPP-System kann jeder Einzelfall bei der Abrechnung möglichst teuer dokumentiert und von den Krankenkassen bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) runter geprüft werden. Damit ist die grenzenlose Eskalation des Misstrauensaufwandes auf beiden Seiten systemisch angelegt.

Die Qualität der patientenorientierten Behandlung wird möglich, wenn die Behandlungssteuerung im Einzelfall abgeschirmt ist vom Druck zur Erlösoptimierung, weil die Rechnung im Einzelfall »nur« ein Abschlag auf das Budget ist, flankiert von Ausgleichsregelungen, die die Anreize zur Leistungsausweitung (Kliniken) oder zur Leistungskürzung (Kassen) minimieren. Grundlage ist der Budget-Kompromiss zum wirtschaftlichen Interessenkonflikt Krankenkassen – Klinik. Patientenorientierung bedeutet nach Leitlinien und Evidenz behandeln: flexibel, individuell passgenau, von dem Leiden und Krankheitsverständnis sowie den Zielen der Patienten ausgehend, subjektive Erfahrungen mit Behandlung berücksichtigen, verantwortlich abwarten, Behandlung verhandeln. Aufwand und Zwang: so wenig wie möglich – aber so viel wie nötig, Teilhabe-orientiert und nachhaltig.

Weiterentwicklung der Versorgungs- und Qualitätsziele

Die APK konsentiert in einem BMG-Projekt (APK 2013) folgende Grundsätze: Psychisch erkrankte Personen haben Anspruch auf individuell passgenaue Behandlung, statt ihren Bedarf den historischen Strukturen und Prozessen der Krankenhäuser und dem PEPP-System anpassen zu müssen. Voraussetzung dafür ist die Weiterentwicklung der Prozessqualität: Flexibilisierung

- der institutionellen »Dosis«,
- der Orte der Behandlung, auch im Lebensfeld,
- der Zeitmuster, auch mit Pausen und Wiederholungen
- in Verbindung mit therapeutischer Kontinuität zu wichtigen Bezugspersonen im privaten und professionellen Bereich.

Eine wichtige Voraussetzung, um dies zu ermöglichen, sind folgende Organisationsprinzipien:

- Die Verantwortung für Personen integriert auch die Zuständigkeit für die verschiedenen Behandlungsformen für die Patienten.
- Psychiatrische Klinik: Leitung für Einheiten bzw. Abteilungen nach Personengruppen. Kriterien: (Sub-)Region, Krankheitsgruppen.
- Integrierte Behandlung stationär, teilstationär und ambulant in der Klinik und durch die Klinik im Lebenskontext und vernetzt mit professionellen Diensten in der Region. Die Finanzierung muss dies fördern statt behindern.
- Eine bessere Kontinuität der therapeutisch wichtigen Beziehungen kann erreicht werden, wenn Schnittstellen (z. B. Klinikorganisation nach Behandlungsformen) möglichst vermieden werden, statt sie durch zusätzliches Schnittstellenmanagement zu kompensieren.

Diese Organisationsprinzipien betreffen:

- Patienten – Therapeuten, Angehörige – Therapeuten,
- sonstige medizinische Angebote, die für den Patienten wichtig sind, wie niedergelassene Haus- und Fachärzte, somatische Kliniken,
- psychiatrische Fachärzte, Psychotherapeuten, Pflegedienste, Soziotherapie,
- externe professionelle Dienste: Arbeit und Wohnen, Sucht-, Behinderten-, Alten- und Jugendhilfe, Kirchengemeinde, Volkshochschule, Schuldnerberatung etc.

Zwei Beispiele für flexibilisierte, individuell passgenaue Behandlung

Die Zeilen A, B & C in der folgenden Abbildung stehen für das mögliche Spektrum von individualisierten personenorientierten Behandlungsprozessen. Diese kann man auch in der anderen Richtung lesen: mit Institutsambulanz oder ½ Tag Tagesklinik pro Woche beginnen, und die »institutionelle Dosis« erhöhen, wenn notwendig.

	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	W5	W6	W7	W8
A	16 Tage stationär							
BR 16	7	7	2					
B	7 Tage stat.	5 Tage TK	4 Tage TK	2 TK				
BR 15,8	7	4	3,2	1,6				
C	3 stat. 2 TK	5 Tage TK	Mo 0,8 Mi 0,8 Fr 0,8 So Rückfall 1	So TK ½ 0,8	0,4	0,4	0,4	0,4
BR 15,8	3 1,6	4						
PIA Steuerung der Krankenhausbehandlung aus der ambulanten Perspektive Beratung, Abklärung & amb. Behandlung – Indikation für stat. Behandlung – Intensive Case-Management – Nachsorge								
BR = Bewertungsrelationen (sektorenübergreifend), TK = Tagesklinik (Berechnungsfaktor x 0,8), TK½ = Halbtagesklinisch (Berechnungsfaktor x 0,4)								

Abb. 1: Flexibilisierung von Behandlungsverläufen (tabellarisch),
aus: KUNZE 2015, S. 90)

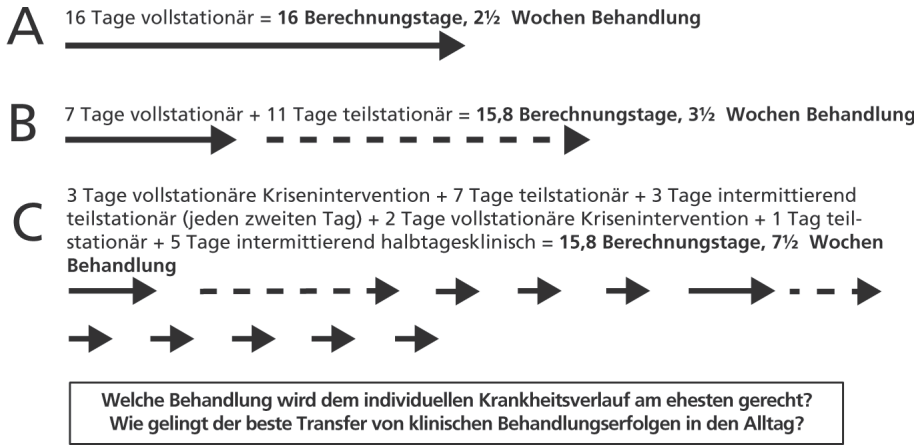


Abb. 2: Flexibilisierung von Behandlungsverläufen (mit freundlicher Genehmigung
von Dr. Grupp und Dr. Hansen)

Es geht nicht darum, was immer, überall und für Alle einzig richtig sein soll. Die bisherigen Formen stationär, teilstationär und ambulant und ihre separate budgetierte Verfügbarkeit behindern die individuell passgenaue

Behandlung von Personen. Diese Behinderung würde durch PEPP-Festpreise noch gesteigert.

Patienten haben das Anrecht auf individuell passgenaue Behandlung. Einflüsse auf die Behandlungsprozesse durch Finanzierung oder Organisation müssen diesem Anspruch untergeordnet werden. Daran sind die rechtlichen Regelungen für Finanzierung und Leistungserbringung zu messen.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hg.) (1998): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99, Schriftenreihe des BMG. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hg.) (2007): Evaluation der Psych-PV. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2013): Projektbericht: Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung. Online verfügbar unter [www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht %20WPK.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht_%20WPK.pdf) (Zugriff am 30.01.2015).
- DGPPN et al. (2013): Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik - Fachgesellschaften und Verbände legen Alternativkonzept vor. Psyche im Fokus, das Magazin der DGPPN, Ausgabe 3/2015, S. 4–5
- BMJFFG (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Eigendruck: Bonn.
- ERNST, R. (2015): Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen und -gespräche mit den psychiatrischen Einrichtungen in Hessen. Online verfügbar unter www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatri-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf (Zugriff am 16.02.2016).
- KUNZE, H. (2015): Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- KUNZE, H.; BURMANN, T.; GRUPP, D.; SCHEPKER, R.; WEISS, P.; WÖHRMANN, S. (2015): PEPP-System – Budget oder Festpreis. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 9/2015, S. 740–741.
- KUNZE, H.; KALTENBACH, L.; KUPFER, K. (Hg.) (2010): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- KUNZE, H.; SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (2007): Die Erosion der Psych-PV und die zukünftige Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Der Nervenarzt 78, S. 1460–1464.
- WEISS, P.; HEINZ, A.; SCHEPKER, R.; GRUPP, D.; KUNZE, H. (2014): Gewagtes Manöver. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 31, S. 262–265.

Krankenhausfinanzierung und Patientenrechte

Stefan Wöhrmann

Die Neuordnung des Entgeltsystems für psychiatrische Krankenhäuser wurde als Nebenschauplatz im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im Jahr 2009 eingeleitet. Die Erwartungen waren sehr hoch; wurde doch in § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nicht nur von einer Neuordnung der Vergütungsstrukturen gesprochen, sondern auch von einem durchgängigen System, bei dem sektorenübergreifende Ansätze eine Rolle spielen sollten. Der Prüfauftrag zur Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gab Anlass zur Hoffnung, dass die Zeit der getrennten Finanzierungsstrukturen zumindest im Krankenhaus vorbei war. In der Gesetzesbegründung zum KHRG war sogar die Rede davon, dass die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden soll. Der Gesetzgeber schien erkannt zu haben, dass die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in Deutschland primär einer Reform der Strukturen und nur sekundär einer dazu passenden Vergütungsreform bedarf. Hierfür sprach auch der Bezug zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), auf deren Grundlage das neue Finanzierungssystem ausgehen sollte. Diese Tatsache zeigt ebenso wie der Gedanke des sektorenübergreifenden Ansatzes, dass die beiden Themen »Krankenhausfinanzierung und Patientenrechte« nicht getrennt voneinander gedacht werden können. Diese Überlegung soll im Folgenden erläutert werden:

Zu den Patientenrechten zählen das Recht auf

- Selbstbestimmung, Selbsthilfe, Sozialraumorientierung (Inklusion),
- sorgfältige Heilbehandlung gemäß des »Facharztstandards«,
- Information über Diagnosen, die gesundheitliche Entwicklung und die Therapie,
- Aufklärung,
- Vertraulichkeit der Behandlung,
- Dokumentation, insbesondere der Diagnose und der Therapie,
- Akteneinsicht,
- Zweitmeinung,
- freie Arztwahl und
- freie Krankenhaus- und Krankenkassenwahl.

Insbesondere die ersten beiden Punkte spielen eine Rolle, betrachtet man die Anreizwirkungen, die der neue Finanzierungsrahmen mit sich bringt. Bei jeglichen Diskussionen zu den Kritiken an PEPP muss hervorgehoben werden, dass die Fehlanreize insbesondere durch den ordnungspolitischen Rahmen entstehen, der den Finanzierungsrahmen bildet, nicht etwa durch das Entgeltsystem PEPP an sich. Es muss daher zwischen PEPP als Finanzierungsrahmen und PEPP als Entgeltsystem unterschieden werden. Der Finanzierungsrahmen regelt, welches Entgeltsystem angewendet wird (also z. B. ein Selbstkostendeckungssystem oder ein Festpreissystem). Ebenfalls regelt es Fragen zu den zu finanzierenden Tatbeständen, z. B. ob (fest definierte) Personalressourcen(-steigerungen) finanziert werden oder ob das Krankenhaus freie Wahl hat in der Verfügung der Mittel. Auch regelt das Finanzierungssystem die Anforderungen an die Qualität der Behandlung.

PEPP oder auch DRG-Entgelte sind Instrumente, bestehend aus einem Katalog mit Leistungsbeschreibungen und Abrechnungseinheiten sowie -bestimmungen. Diese haben an sich zunächst keine unmittelbare steuernde Wirkung. Diese erhalten sie erst in ihrer Funktion im Finanzierungsgefüge. So werden im internationalen Vergleich leistungsbezogene Entgelte, wie PEPP oder DRG-Entgelte hauptsächlich als Instrumente für Budgetverteilungen eingesetzt. In Deutschland allerdings werden sie zum Zwecke der Verteilung von Festpreisen, die auf Landesebene definiert sind (bzw. definiert werden sollen), verwendet. Problematisch ist, dass sich die PEPP-Entgelte ausschließlich auf stationäre Leistungen beziehen und die Entgeltvergütung keinen direkten Qualitätsbezug hat, d. h. sie sind nicht an den Behandlungserfolg gekoppelt. Wenn Einzelleistungen nicht erbracht werden, hat dies keinerlei Konsequenzen. Der Aspekt der Fixkostendegression bietet einen Anreiz zur Mengenausweitung. Da keine Abrechnungsmöglichkeiten von PEPP-Entgelten für außerstationäre Leistungen wie Hometreatment bestehen, ist auch kein Anreiz für die Einrichtungen vorhanden, diese Leistungen anzubieten.

Es ist ordnungspolitisch gewollt, dass auch die psychiatrischen Einrichtungen wirtschaftlich handeln, d. h. auch gewisse Gewinnorientierungsabsichten verfolgen. Dieser Wertewandel ist überall im deutschen Gesundheitswesen zu beobachten. Nicht mehr ausschließlich die Daseinsfürsorge bzw. das Solidaritätsprinzip sind maßgeblich; Einrichtungen sowie Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb.

Dieses Phänomen kann man auch als Ökonomisierung der Medizin bezeichnen, was insbesondere für den Bereich der Psychiatrie zunächst nicht

beabsichtigt war. So wurde dieser bei Einführung der DRG-Entgelte bewusst außen vorgelassen. Dies hatte verschiedene Gründe: Die Leistungen waren und sind schwer zu beschreiben. Die Diagnosen sagen wenig über den Aufwand einer Behandlung aus. Vielmehr sind diese häufig nicht durchgängig und ändern sich im Verlauf der Erkrankung. Der Anteil von Mehrfachdiagnosen ist wesentlich häufiger als im somatischen Bereich. Verweildauern und Wiederaufnahmequoten sind ebenfalls deutlich höher. All dies erschwert eine Kalkulation von Behandlungsfällen. Wesentlicher Unterschied ist die Konsequenz des wirtschaftlichen Druckes. Ein Personalabbau trifft den Psychiatriebereich deutlich stärker als andere operative Disziplinen: Das Recht auf sorgfältige Behandlung gemäß »Facharztstandard« scheint gefährdet.

Die Rahmenbedingungen eines Finanzierungssystems prägen also die Versorgung, nicht die PEPP-Entgelte. Die Durchgängigkeit des Finanzierungssystems ist nicht gegeben. Es erfasst nur stationäre Leistungen, nicht aber andere Behandlungsformen. Unabhängig davon ist die Entwicklung von Abteilungspflegesätzen hin zu diagnoseabhängigen Pflegesätzen ein Fortschritt. Wünschenswert ist, dass im Rahmen der Systementwicklung der Zustand bzw. die Zustandsentwicklung der Erkrankung sowie das tatsächliche Leistungsgeschehen berücksichtigt werden. Letzteres setzt adäquate Leistungsbeschreibungen voraus.

Wie bereits festgestellt, ist die Teilhabe des Patienten an seiner Versorgung, also seine Selbstbestimmung, ein wichtiges Patientenrecht. Leitgedanke dabei ist die Inklusion, welche mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) als maßgebliches Patientenrecht konstatiert wurde. Die UN-BRK wurde 2009 vom Deutschen Bundestag ratifiziert und hat zumindest sozialrechtlich einen individuellen Rechtsanspruch auf Teilhabe unter Berücksichtigung der sogenannten Sozialraumorientierung geschaffen. Doch die Versorgungsrealität bleibt noch zum Teil erheblich dahinter zurück. Erst vor kurzem hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (G-BA) einen Auftrag zur Entwicklung von (einigen wenigen) Qualitätsindikatoren für den Bereich der psychiatrischen Krankenhausbehandlung erteilt. Das fast zeitgleich mit den ersten Beratungen im G-BA eingeführte neue Finanzierungssystem scheint aus Sicht vieler beteiligter Akteure nicht den Erwartungen zu entsprechen, mit denen Ende der ersten 2000er-Dekade das Vorhaben zur Reformierung der alten tagesgleichen Pflegesätze angegangen wurde.

Viele Kritiken sind aus Sicht des Autors überspitzt. Allerdings müssen sie angesichts der vielfach laut werdenden Befürchtungen, das neue Finanzie-

rungssystem gefährdet wesentliche Patientenrechte, ernst genommen werden. Entsprechende Überlegungen sollten aber immer unter Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen zur Differenzierung von Finanzierungs- und Entgeltsystem vorgenommen werden.

Betrachtet man den fehlenden sektorenübergreifenden Ansatz, kommt man schnell zu einer Erklärung der Hemmnisse der Sozialraumorientierung: Die ausschließlich auf die stationäre Behandlung ausgerichtete Krankenhausversorgung vergütet und fördert stationäre Belegungstage. Wenn Patienten anstelle einer stationären Behandlung ambulant behandelt werden, fehlen dem Krankenhaus Erlöse, um seine Kosten zu decken. Wenn ein Krankenhaus Behandlungen umschichtet, werden die Leistungen nach anderen Grundsätzen vergütet. Nicht für alle Behandlungsleistungen gibt es eine Abrechnungsgrundlage. Dies führt dazu, dass ein Patient nach Abrechnungsmöglichkeiten und nicht nach Behandlungsmöglichkeiten versorgt wird: Ein wesentliches Hemmnis bei der Durchsetzung der UN-BRK.

Wenn Patienten verstärkt im Lebensumfeld bzw. in Rahmen ihres Sozialraumes behandelt werden sollen, dann müssen die Voraussetzungen hierfür geschaffen werden. Dies betrifft insbesondere die Anreizwirkungen, die ein Finanzierungssystem mit sich bringt. Theoretisch stehen Ökonomisierung und Versorgungsqualität nicht im Widerspruch; in der Realität leider schon. Ein Krankenhaus wird bestraft, wenn es weniger stationär behandelt.

Krankenhausträger müssen zukünftig legitimiert werden, integrierte Versorgungsformen anzuwenden. Hierfür müssen Sektorengrenzen ab- und nicht aufgebaut werden. Als Vorbild dienen hierfür die Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Diese werden derzeit von einem unabhängigen universitären Institut evaluiert. Auftraggeber dieser auf mindesten acht Jahre angelegten Evaluation sind die Krankenkassen. Es sollen neben versorgungsrelevanten Aspekten und klinischen Outcomes auch Fragen zu Anreizwirkungen von sektorenübergreifenden Finanzierungssystemen beantwortet werden. Dies ist aus hiesiger Sicht ein guter Weg, um die beschriebenen Zusammenhänge zwischen Krankenhausfinanzierung und Patientenrechten zu untersuchen und letztendlich auch in der Krankenhausversorgung zu einer Umsetzung der UN-BRK, hin zu einer Behandlung im Lebensumfeld des Patienten zu kommen.

Gute Behandlung in der psychiatrischen Klinik

Rainer Höflacher

Gute Behandlung in der Klinik zeichnet sich durch offene Türen aus

In Heidenheim in Baden-Württemberg sind zum Beispiel alle Eingangstüren der Stationen überwiegend zu 90 Prozent der Zeit offen. Dadurch wird eine freiere Atmosphäre geschaffen, die unter anderem zu weniger Anwendung von Zwang und Gewalt führt. Es ist nachgewiesen, dass dadurch nicht mehr Patientinnen und Patienten entweichen als mit geschlossenen Türen.

Gute Behandlung in der Klinik zeichnet sich durch angemessene Verweildauern aus

Es ist wichtig, dass bei der Entlassung der Arzt in der Klinik das letzte Wort hat. Es führt zu fachlich nicht akzeptablen Zuständen, wenn die Krankenkassen darüber entscheiden, wer wann die Klinik zu verlassen hat. Die Krankenkassen haben laut Broschüre der AOK Baden-Württemberg vor allem den Anspruch Behandlung möglichst kostengünstig zu gestalten. Ärzte sehen ihre Aufgabe darin, Behandlung möglichst patientenorientiert durchzuführen. Dieser Gegensatz darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Die genaue Bestimmung des richtigen Zeitpunktes der Entlassung ist nicht einfach. Zu kurze Verweildauern können zum Drehtüreffekt führen, das heißt: Patienten werden wiederholt entlassen und wieder aufgenommen. Zu lange Verweildauern sind unnötig teuer und können zu ungewollten Belastungen für den Patienten führen. Der Patientenwunsch ist dabei sehr unterschiedlich. Manche drängen darauf, möglichst frühzeitig wieder entlassen zu werden, manche verpassen es, rechtzeitig wieder zu gehen.

Gute Behandlung in der Klinik zeichnet sich durch den Einsatz von EX-IN-GenesungsbegleiterInnen aus

Die zusätzliche Betroffenenperspektive in die Klinikbehandlung zu integrieren verbessert die Behandlungsqualität. Ob hier eine Kostenreduzierung erreicht wird bzw. werden soll, ist umstritten. Zusätzlich sind die Genesungs-

begleiterinnen und -begleiter »Scharniere« bzw. Übersetzer zwischen Profis und Patienten. Krisenerfahrung ist wertvolles, exklusives Wissen.

Klinik nur noch als Notfallbehandlung?

Genesung findet da statt, wo der Psychiatrieerfahrene lebt, also in der Gemeinde. Es ist wichtig hier ein Hilfenetz von unterschiedlichen Akteuren aufzubauen. Die Frage ist, inwieweit es gelingt, dass sich die Klinik noch einen therapeutischen Anspruch jenseits der Pharmakologie bewahren kann? Die Reduzierung der Verweildauern, was sich durch PEPP noch verstärken wird, macht es immer schwieriger, nichtpharmakologische Therapien durchzuführen. Muss dies unbedingt verhindert werden, oder ist es sinnvoller dafür zu sorgen, dass die Gelder, die in der Klinik eingespart werden – z. B. durch weniger stationäre Behandlungstage – zum Ausbau ambulanter und teilstationärer Behandlungsformen sowie dem Hometreatment der Klinik, bis hin zum Abbau von Bettenkapazitäten genutzt werden? Wie realistisch ist das? Tatsache ist schon heute, dass das alleinige Vertrauen auf die niedergelassenen Psychiater für eine hilfreiche Unterstützung von chronisch erkrankten Psychiatrieerfahrenen nicht ausreicht.

Gute Behandlung in der Klinik zeichnet sich durch gute räumliche Voraussetzungen aus

Nicht zu vernachlässigen ist der Umstand, dass eine patientenfreundliche Architektur den Genesungsprozess fördern kann. Auffällig ist die unterschiedliche Ausstattung von psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken zu Gunsten der psychosomatischen. Es gibt Psychiatrieerfahrene, die es kaum aushalten, ihr Zimmer mit anderen Patienten zu teilen. Mindeststandard sollten Zwei-Bett-Zimmer sein. Es wird auch als sehr unangenehm empfunden, dass oft auf Stationen jegliche Form von Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre fehlen. Eine diskussionswürdige Frage ist es, ob eine psychiatrische Klinik ein Isolierzimmer haben muss. Es ist sicherlich hilfreich, wenn diese Form der Sicherung vorhanden ist – aber wenn es da ist, wird es möglicherweise auch genutzt wenn es unangebracht ist. Es ist gut für den Patienten, wenn es während der Fixierung die Möglichkeit gibt, ein separates, angenehmes Zimmer bekommen zu können oder auf der Station am Beispiel des Sotoriakzeptes ein »weiches Zimmer« eingerichtet ist.

Behandlungsteam als Kapital der Klinik

Wirkliche Genesung funktioniert in der Psychiatrie nur über die menschliche Begegnung und die Beziehung. Dabei sind die Quantität und die Qualität des Personals entscheidend. Die Personalkosten sind der größte Kostenfaktor einer Klinik. Deshalb wird hier vermehrt gespart. Es ist ein Dilemma, wenn es in Zukunft keine Mindeststandards für die Personalbemessung mehr geben soll. Dies wird sich fatal auf die Qualität der Behandlung in der Klinik auswirken.

Gute Behandlung in der Klinik zeichnet sich durch flexible Stationsregeln aus

Es gibt bei einem Klinikaufenthalt grundsätzlich das Spannungsverhältnis zwischen den Bedürfnissen der einzelnen Patienten und der Stationsgemeinschaft als Ganzes. Hier sind Konflikte unausweichlich. Es gilt für die Klinik Mut zur Ausnahme zu haben, die dann allerdings gut begründet sein sollte. Die Regeln sollten flexibel ausgelegt werden.

Gute Behandlung in der Klinik zeichnet sich durch Reduzierung pharmakologischer Therapie aus

Psychopharmaka können immer nur die Symptome behandeln. Menschen, die sich nur auf die Hilfe von Medikamenten verlassen, neigen dazu, die notwendige Arbeit an sich selber zu vernachlässigen. Es ist beispielsweise bei Depressionen nachgewiesen, dass Psychotherapie nachhaltiger wirkt als Psychopharmaka. Die Verlockung für die Klinik ist groß, hier Kosten zu sparen. Es ist viel weniger kostenintensiv, sich auf die Medikation zu beschränken und andere Therapieansätze zu vernachlässigen. Allerdings machen es Psychopharmaka manchmal erst möglich, Menschen psychotherapeutisch zu unterstützen. Etwas unscharf könnte man das Problem auf den Slogan reduzieren »Psychopharmaka helfen, Gespräche heilen«.

Die Haltung macht's

Wir sind auf dem Weg, dass sich die direktive, dem Patienten gegenüber respektlose Haltung zu einer von Akzeptanz und Ernsthaftigkeit geprägten Haltung wandelt. Auch im Bereich der Zwangsbehandlung wird immer mehr auf die Möglichkeit der Deeskalation fokussiert und nicht mehr das

Ruhigstellen des Patienten steht im Vordergrund. Was früher »den müssen wir fixieren« hieß, heißt heute »hier müssen wir deeskalieren«. Trotzdem gibt es immer noch Personal der »alten Schule«, das meint, es besser zu wissen als der Patient, und das Machtgefälle einer therapeutischen Beziehung nutzt, manchmal sogar um um persönliche Defizite auszuleben. Hier ist die Klinikleitung gefordert, die »von oben« einen partnerschaftlichen Umgang auf Augenhöhe vorlebt. Gegen Willkür und Ungerechtigkeit während des stationären Aufenthaltes muss nach wie vor vorgegangen werden.

V Die Bedeutung von »Selbsthilfe« für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Einleitung

Jörg M. Fegert

Die Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist dadurch gekennzeichnet, dass immer ein Zusammenwirken im Dreieck Sorgeberechtigte Eltern – betroffene Kinder oder Jugendliche – und Behandler erforderlich ist (vgl. den Beitrag von mir in diesem Band).

Jüngere Kinder sind nicht dazu in der Lage sich in Selbsthilfeorganisationen zusammenzufinden. Es liegt oft in der pädagogischen Verantwortung der Erwachsenen dazu beizutragen, dass Kinder entsprechend ihren Entwicklungsvoraussetzungen an der jeweiligen Behandlung und insbesondere an zentralen Behandlungsentscheidungen partizipieren können. Eine zentrale Rolle bei der Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und bei der sozialen Unterstützung im Kontext der Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe und in der Sozialhilfe spielen Elterselbsthilfeorganisationen. Beim Workshop wurde diese Sicht von Frau Kaminski, der Gründerin von Autismus Deutschland und von Herrn Boerner von ADHS Deutschland repräsentiert.

In der Jugendhilfe haben sich in den letzten Jahren auch stärker Ansätze durchgesetzt, welche sogenannte Care-Leaver, also junge Erwachsene, die institutionelle Betreuung verlassen haben, als Fürsprecher für die heute im System betreuten Kinder und Jugendlichen zu Wort kommen lassen. Care-Leaver-Organisationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstehen derzeit noch nicht. Verschiedene Verbände, wie unter anderem die Tourette-Gesellschaft, werden aber zum Teil von ehemaligen Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam mit Eltern getragen.

Da sich bei jungen Menschen im Entwicklungsalter auch in absehbarer Zeit wohl keine direkten Selbsthilfeorganisationen entwickeln werden, kommen den Empfehlungen aus der Debatte über Schutz in Institutionen eine besondere Bedeutung zu. Regelmäßige Nachbefragungen von Patientinnen und Patienten, welche aus der stationären Therapie entlassen wurden und Workshops mit ihnen während des stationären Aufenthalts in Bezug auf ihre Rechte und Mitsprachemöglichkeiten, sollten mit dazu beitragen, in Insti-

tutionen ein Fehlerlernen zu ermöglichen und das Verbesserungspotential, welches häufig sonst von Interessenverbänden in der Patientenselbsthilfe ausgeht, zu nutzen.

Die Zusammenarbeit mit den Elternselbsthilfeverbänden ist für die Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zentral. Wir sind deshalb froh, dass sich mehrere Verbände, auch in der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendliche der APK, regelmäßig engagieren und mit dazu beigetragen haben, dass der Antrag an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Bestandsaufnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland im Rahmen eines Projekts durchzuführen, erfolgreich war.

Die Elternselbsthilfeorganisationen sind hier in der speziell für dieses Projekt gebildeten Expertenkommission vertreten und haben auch schon auf den bislang durchgeführten Workshops eigenständige Beiträge geleistet. Dies war mit Blick auf das Thema der Jahrestagung, besonders beim Workshop am 5. November 2015 in Berlin, als es um Zwang in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen und Institutionen, wie Heimen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung ging, wichtig. Essentiell ist es also, nicht zuletzt diesem Engagement von Eltern zu verdanken, wenn den Empfehlungen der Fachwelt nun vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) Rechnung getragen wird. Es wird überprüft, ob das Elternrecht allein so weit ausgestaltet werden kann, dass die Sorgeberechtigten ohne weitere, z. B. gerichtliche Kontrolle über Zwangsmaßnahmen, wie eine Dauerfixierung im Kindes- und Jugendalter entscheiden können. Dieser Punkt macht deutlich, dass überzeugte Eltern, welche für die Rechte ihrer Kinder und Jugendlichen eintreten, eine zentrale Funktion dabei haben, andere Verantwortungsträger zu überzeugen, sich noch stärker für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen einzusetzen.

Viele Errungenschaften in der Eingliederungshilfe und differenzierte Hilfeangebote wären ohne das Engagement der Eltern- und Selbsthilfe, die auch bundesweit oft sehr gut vernetzt ist, nicht möglich gewesen. Bei der geplanten Reform der Eingliederungshilfe sollte deshalb die Position dieser Verbände auch im Kindes- und Jugendalter verstärkt Berücksichtigung finden.

ADHS Deutschland e. V.

Patrik Boerner

Der ADHS Deutschland e. V. beruht auf der Fusion der Vorgängerorganisationen Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind (BV-AÜK) und Bundesverband Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (BV-AH) sowie dem Beitritt des AdS e. V. Die ersten Gruppentreffen fanden bereits 1980 statt.

Im Dezember 2015 besteht der ADHS Deutschland e. V. aus 3.386 Familienmitgliedschaften, Einzelmitgliedern und institutionellen Mitgliedern, was zusammen etwa 10.000 Menschen entspricht. Der Vorstand besteht aus 12 Mitgliedern, davon bilden vier den Geschäftsführenden Vorstand. Der Therapeutisch-Pädagogische Beirat und der Wissenschaftliche Beirat stehen beratend zur Verfügung. Es gibt vier angestellte Mitarbeiterinnen.

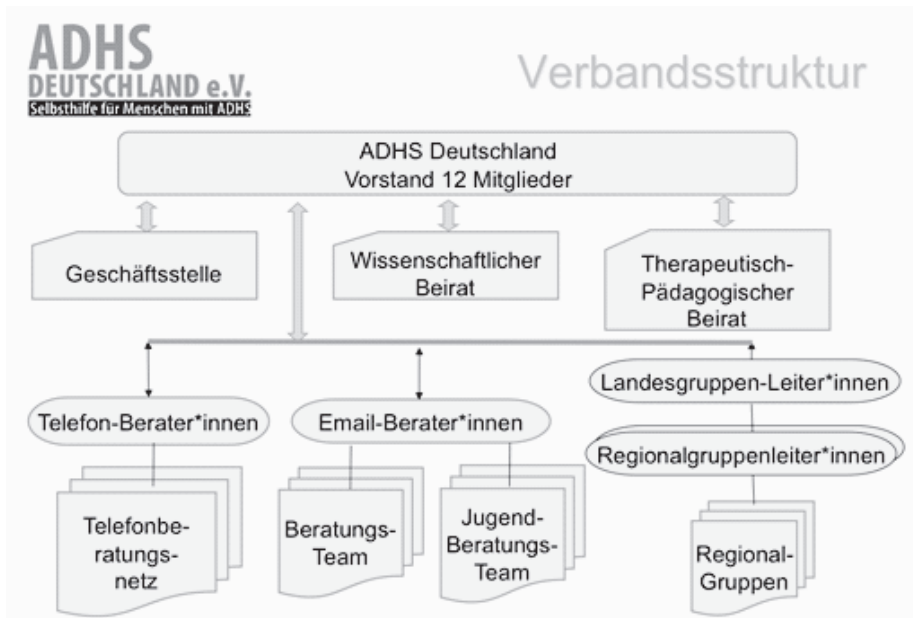


Abb. 1

In ca. 150 regionalen Selbsthilfegruppen finden Betroffene, Angehörige und weitere Interessierte die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch und zur praktischen Selbsthilfe. Einige Gruppen haben sich dabei spezifischen Zielgruppen gewidmet, z. B. Eltern betroffener Kinder oder selbst betroffene Erwachsene.

Es gibt daneben in jedem Bundesland telefonische und E-Mail-Beratungsangebote, darunter auch solche von Jugendlichen für Jugendliche.

Neu ist das Online-Angebot »Eltern-Coach«, ein interaktives Elterntraining. Für die nahe Zukunft ist außerdem eine Online-Selbsthilfegruppe vorgesehen.

Alle Beratungsangebote unterliegen strengen Qualitätsrichtlinien und dürfen nur von besonders geschulten Mitgliedern geleistet werden. Alle Beratungsangebote werden ehrenamtlich geleistet.

Bereits seit langer Zeit gehören auch eigene Publikationen zu den Leistungen des ADHS Deutschland e. V., darunter die mehrmals im Jahr erscheinende Mitgliederzeitung »Neue Akzente« sowie diverse Fachbücher und Broschüren zum Thema ADHS.

Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass alle Angebote weltanschaulich neutral, evidenzbasiert und unabhängig erfolgen. Die Finanzierung erfolgt insbesondere über die Förderung von Krankenkassen. Spenden von Privatpersonen oder Unternehmen haben keinen Einfluss auf die inhaltliche Arbeit. Sponsoring ist verboten.

Neben den diversen Beratungsangeboten setzt sich der ADHS Deutschland e. V. auch durch Symposien für die Öffentlichkeit, Fortbildungen (z. B. für die Fachkräfte in Kitas, Schulen, Ausbildungsbetrieben, Renten- und Krankenversicherungen), auf Messen und Ausstellungen und durch Lobbyarbeit für die Interessen der Betroffenen und Angehörigen ein.

Die Internetseite www.adhs-deutschland.de gibt stets aktuell Auskunft über Angebote, Veranstaltungen und Sachinformationen. In einem Mitgliederbereich stehen darüber hinaus zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, Fachartikel und frühere Ausgaben der Mitgliederzeitschrift zum Download bereit.

Autismus Deutschland e. V.

Maria Kaminski

Der Bundesverband »Hilfe für das autistische Kind e. V.« wurde 1970 in der alten Bundesrepublik Deutschland von Eltern gegründet, die für ihre von Autismus betroffenen Kinder weder Diagnose- noch Fördermöglichkeiten vorfanden. Sie fühlten sich alleine gelassen mit der Tatsache, dass ihre Kinder oft stumm, auto- oder fremdaggressiv waren. Häufig blieb nur die Einweisung in die Psychiatrie als Lösung.

Die Eltern standen nach mühsam erworbenen Autismus-Diagnosen und ersten Informationen aus den USA und der Bundesrepublik Deutschland vor folgenden Problemen:

- Was sollte getan werden?
- Welche Therapie könnte eingesetzt werden und wo bestand überhaupt eine Möglichkeit dazu?
- Wie sollten die Kinder beschult werden und welche Ausbildungsmöglichkeiten würde es geben?
- Wo könnten die Kinder eines Tages wohnen?
- Wäre Medikation eine sinnvolle Ergänzung?

Basierend auf Informationen über Verhaltenstherapie und das TEACCH-Programm aus North Carolina empfahl der Bundesverband als Maßnahme zur Förderung vor allem Sprachanbahnung und Verhaltenstherapie, übergehend in Sozialtraining. Die bis dahin vorherrschende Meinung, Eltern seien am Autismus des Kindes schuldig, wiesen diese von sich, da sie ihnen ungerecht und ungerechtfertigt erschienen. Dieses Vorurteil stellte eine zusätzliche Belastung der Eltern dar.

In der Folgezeit entstanden, unterschiedlich über Westdeutschland verteilt, Regionalverbände. Die betroffenen Eltern gründeten erste Autismus-Therapiezentren.

Seit 1975 wurde durch die Psychiatrie-Enquete allmählich eine Verbesserung der Bedingungen für Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken erreicht. Die psychologisch/psychiatrische Versorgung wird auch heute und in Zukunft zur Diagnostik, Krisenintervention und zur Anbahnung von Therapien notwendig bleiben.

Parallel zur Arbeit in den Therapiezentren wurde die Geschäftsstelle des Bundesverbandes in Hamburg, zunächst ohne hauptamtliches Personal,

aufgebaut. Der Bundesverband vertrat erstmals die Interessen von Menschen mit Autismus und ihrer Angehörigen, repräsentierte und betrieb Öffentlichkeitsarbeit sowie politische Interventionen. Ziel war und ist es, eine Anlaufstelle für betroffene Familien zu sein und sie zu Selbsthilfegruppen zusammenzuführen, um ihnen das Selbstbewusstsein zu geben, ihr Kind mit einer schweren Behinderung anzunehmen und für entsprechende Förderung zu kämpfen. Die ersten Informationsbroschüren und Bücher wurden herausgegeben. Alle drei Jahre wurde eine Tagung des Bundesverbandes organisiert. Den ersten Kongress mit 400 Teilnehmern besuchten fast nur Eltern, heute kommen 1.500 Personen zu den Bundestagungen, darunter sehr viele Fachleute.

2005 gab sich der Verband einen neuen Namen: »Autismus Deutschland e. V.- Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus«. Darin können sich auch die von Autismus betroffenen Erwachsenen wiederfinden. Dieser Beschluss passte gut zu dem Paradigmenwechsel, der sich in der Bundesrepublik Deutschland vollzog: Weg von der Fürsorge und Hilfe, hin zur gleichberechtigten Teilhabe. Im Vordergrund steht das Selbstbewusstsein Betroffener und ihrer Eltern unter dem Schutz des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes: »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.«

Zur Zeit existieren in Deutschland 60 Regionalverbände, die unterschiedliche Einrichtungen wie Autismus-Therapiezentren, Schulen, Werkstätten, Wohneinrichtungen oder Familien unterstützende Dienste betreiben. Daneben gibt es zahlreiche therapeutische Angebote von anderen Trägern oder Privatpraxen.

Die Fortbildung von Eltern und Fachleuten ist dem Verband ein großes Anliegen. Daher gründete er die Autismus Deutschland-Akademie, um flächendeckend Fachkräfte zur therapeutischen Versorgung von Menschen mit Autismus weiterzubilden.

Dem Bundesverband steht ein wissenschaftlicher Beirat zur Seite, bestehend aus Fachleuten der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, aus Schul-, Arbeits- und Therapiebereichen. Der wissenschaftliche Beirat ist zuständig für die Beratung in allen medizinischen, therapeutischen und psychologischen Fragestellungen und wirkt mit bei der Herausgabe von Büchern und Broschüren.

Die Beschulung autistischer Kinder hat sich enorm verbessert, oft mit Hilfe von Schulbegleitern. Der Bundesverband hat Leitlinien zur inklusiven Beschulung herausgebracht.

Berufsbildungswerke öffnen sich für junge Menschen mit Autismus. Die Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen ist ein wichtiges Thema. Assistenz muss organisiert werden. Auch die Forschung beschäftigt sich vermehrt mit den Ursachen des Autismus und sinnvoller Förderung. Ein großes Aufgabengebiet ist die präzise Diagnostik von Menschen mit Autismus, die häufig zu spät von Ärzten gestellt wird. Die Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen wie Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen Krankheitsbildern (Komorbidität), muss exakt definiert werden. Die Grenzen können fließend sein, denn nicht jeder Mensch, der sich gerne zurückzieht, Gesellschaft meidet und »eigenbrötlerisch« wirkt, ist ein Mensch mit Autismus. Was vermieden werden sollte, ist eine schwärmerische Glorifizierung von Autismus, da es sich in erster Linie immer noch um eine zum Teil schwere Beeinträchtigung handelt, mit zum Teil schwerwiegenden Einschränkungen für die Betroffenen und deren Familien.

Ein besonders sensibler Bereich sind die von betroffenen Eltern gegründeten kleinen Wohnheime, die meist zum Lebensort für erwachsene Menschen mit einem sehr hohen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf geworden sind. Gerade diese Wohnangebote stellen sicher, dass auch die Menschen mit Autismus und besonders herausfordernden Verhaltensweisen jenseits psychiatrischer Institutionen eine eigene Lebensqualität und ein dauerhaftes Zuhause finden.

Durch verbesserte Therapie, Beschulung und Ausbildung streben junge Menschen mit Autismus häufiger auf den ersten Arbeitsmarkt und möchten selbstständig wohnen. Oft verfügen die Betroffenen über gute oder sogar überdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten. Im sozialen Bereich hingegen sind Schwierigkeiten vorhanden. Hier kann durch individuelles Sozialtraining und Assistenz zumindest teilweise Abhilfe geschaffen werden. Menschen mit dem sogenannten Asperger-Autismus stoßen auf viele unsichtbare Barrieren, die für die Betroffenen unüberwindbar erscheinen. Hier müssen gerade auch im Arbeits- und Wohnbereich unkonventionelle Schritte gewagt werden.

Auch die älter werdenden und pflegebedürftigen Menschen mit Autismus stellen den Verband vor neue Herausforderungen.

Wie gestaltet sich die Zukunft der Therapiezentren und Wohnheime? Wird die Gesellschaft Menschen mit Autismus tatsächlich in der Arbeitswelt willkommen heißen? Oder werden sie nur als Sensation betrachtet, ohne sich die Mühe zu machen, sie wirklich verstehen zu wollen? Es ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten, damit Menschen mit Autismus im Arbeitsleben anerkannt werden. Viele von ihnen haben besondere und sehr spezielle

Fähigkeiten zur Bewältigung von ganz bestimmten Aufgaben. Entscheidend ist, Nischen für sie zu finden. Wichtig ist ein umfassendes Wissen über Autismus in der Umwelt, ihrer Vorgesetzten und Kollegen.

Der Bundesverband autismus Deutschland e. V. mit seinem ehrenamtlich arbeitenden Vorstand und seiner hauptamtlichen Geschäftsstelle hat vieles auf den Weg gebracht und stellt sich mit voller Kraft den künftigen Herausforderungen zum Wohle der Menschen mit Autismus.

VI Public Mental Health«

Einleitung

Anja Esther Baumann

Public Mental Health oder »öffentliche seelische Gesundheit« wird international bereits seit längerem als ein für Forschung und Versorgung bedeutsamer Bereich gesehen. In Deutschland und im deutschsprachigen Europa dagegen wird die Notwendigkeit für einen Public Mental Health-Ansatz erst in den letzten Jahren zunehmend erkannt. Das liegt an den steigenden individuellen, aber auch bevölkerungsbezogenen Belastungen durch psychische Erkrankungen und am zunehmenden Anerkennen der Benefite durch Förderung der seelischen Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen.

Public Mental Health sieht die gemeinschaftliche Verantwortlichkeit für den Schutz der seelischen Gesundheit, die zentrale Rolle des Staates hierbei und von Partnerschaften über den Gesundheitssektor hinaus auch in die Bereiche der Wirtschaft, Bildung, Arbeit, Wohnen und Soziales. Kernthemen von Public Mental Health sind Gesundheitsförderung und Prävention, die sozialen und politischen Rahmenbedingungen und die Gestaltung von Gesundheitsdiensten, aber auch die nach wie vor existierende Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener mit ihren gravierenden Konsequenzen in allen Lebensbereichen.

Bei vielen, wenn nicht allen dieser Aufgaben ist die Selbsthilfe einer der zentralen Akteure. Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Partizipation kommt eine Schlüsselrolle zu für Gesundheitsförderung und Prävention, beim Erfolg von Antistigma-Aktivitäten, und dafür, dass Psychiatrieplanung eine Versorgung gewährleistet im Dienste der Menschen, für die sie gemacht wird.

Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind so unterschiedlich und wandelbar wie die gesellschaftlichen Sichtweisen über die Zeit hinweg und zu sehen in Verbindung mit dem Zweck, der mit den Definitionen verbunden sein soll (BLÄTTNER und WALLER 2011). Wenn wir von den grundlegenden bekannten WHO-Definitionen ausgehen mit ihrem Anspruch auf kulturübergreifende Bedeutung, nach denen Gesundheit positiv und ganzheitlich definiert ist (World Health Organization 1946), dann ist seelische Gesundheit ein Zustand des psychischen Wohlbefindens, in dem das Individuum seine Fähigkeiten verwirklichen und mit den uns allen im täglichen Leben begegnenden Hemmnissen umgehen kann, ohne an Gleichgewicht zu verlieren, ein

geistig-seelischer Zustand, in dem der Mensch in eine Gemeinschaft eingebunden ist, arbeiten kann und damit oder auf andere Weise zu seinem eigenen Wohlbefinden und zum Gelingen des gesellschaftlichen Lebens beitragen kann. Ausgehend von diesen Definitionen wird deutlich, dass Public Mental Health sich auch mit dem Entstehen und Erleben seelischer Gesundheit und Krankheit im gesellschaftlichen Zusammenhang befassen muss, also mit ihren sozialen Determinanten, mit den politischen Rahmenbedingungen zum Schaffen und Erhalten der seelischen Gesundheit von Bevölkerungen, den Gesundheitssystemen sowie der Organisation und Gestaltung der Dienste zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und zur Unterstützung ihrer Familien und der Gemeinschaft.

Bereits in der WHO Ottawa-Charter for Health Promotion von 1986 (Weltgesundheitsorganisation 1986) wurde als Ziel von Gesundheitsförderung formuliert, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zu empowern, sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Das bedeutet auch, die seelische Gesundheit fördernde oder aber beeinträchtigende individuelle, familiäre und gesellschaftliche Bedingungen in den verschiedenen Lebensaltern zu betrachten; in besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie Kindern und Jugendlichen oder Menschen in hohem Lebensalter, in verschiedenen gesellschaftlichen Lebensräumen. Es bedeutet, sozio-ökonomische Faktoren zu berücksichtigen, den so wesentlichen Aspekt der Lebensqualität, die Rolle einschneidender Lebensereignisse und die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten, aber auch die Auswirkungen von Ereignissen, die ganze Bevölkerungen oder große Bevölkerungsgruppen betreffen, wie Krieg, Vertreibung, Flucht.

Die in der vergangenen Dekade verstärkt vollzogene Verlagerung hin zu einem menschenrechtsorientierten Verständnis von Gesundheit hat die Position und die Rolle der Zivilgesellschaft und ihrer Organisationen im Feld der Gesundheit und der seelischen Gesundheit im Speziellen gestärkt. Es ist inzwischen von allen Akteuren anerkannt, dass Nichtregierungsorganisationen (NGOs) eine wichtige Schlüsselrolle spielen für den Erfolg von Partnerschaften in der Gesundheitspolitik und ihrer Umsetzung in der gesellschaftlichen Realität. In Europa wie auch in Deutschland gibt es mittlerweile eine Vielzahl an NGOs, deren Ziel es ist, Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Stimme zu geben bei der Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Inhalte und beim Planen und Bereitstellen von Gesundheitsdiensten sowie ein gesellschaftliches Bewusstsein zu schaffen für

die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Stigma und Diskriminierung zu bekämpfen (BAUMANN 2014).

Mit der Annahme des globalen Aktionsplanes zur seelischen Gesundheit 2013-2020 der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 2013) und des Europäischen Aktionsplanes zur seelischen Gesundheit des WHO Regionalbüros für Europa (WHO Regionalbüro für Europa 2013) verpflichten sich die Mitgliedstaaten und Interessensvertreter zur Unterstützung von Betroffenen- und Angehörigenorganisationen und deren Mitwirkung als gleichberechtigte Partner bei Aktivitäten zur Förderung der seelischen Gesundheit, zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur Verbesserung psychiatrisch-psychotherapeutischer Dienste sicherzustellen. Beide Aktionspläne spiegeln die Veränderungen im Denken über seelische Gesundheit und Krankheit, die sich in den vergangenen Jahren vollzogen haben, wider; sie stellen die Wichtigkeit der Wahrung und Förderung der Menschenrechte und das Bereitstellen bedarfsorientierter, gemeindenaher, integrierter Dienste zur Versorgung in den Vordergrund. Sie betonen die Bewegung weg von einem rein medizinischen Modell hin zu einem Konzept, in dem der Bedeutung von Recovery und von sozialen Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit Rechnung getragen wird und Priorität gesetzt wird auf Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten, Inklusion von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und dem Empowerment der Zivilgesellschaft und von Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere.

Empowerment ist als Kernkonzept von Gesundheitsförderung und Prävention seit vielen Jahren Bestandteil internationaler Richtlinien und Konventionen. Betroffene und Angehörige haben in Befragungen angegeben, dass Empowerment für sie das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung und das Recht vor dem Gesetz als Person gesehen zu werden ohne jede Form von Diskriminierung bedeutet. Außerdem bedeutet Empowerment für sie Zugang zu Informationen über psychische Erkrankungen, Recht auf respektvolle Gesundheitsdienste, von Betroffenen geleitete Qualitätskontrolle und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (BAUMANN 2010).

Empowerment mit seinen verschiedenen Bedeutungen in gesellschaftlichen oder politischen Kontexten von Selbststärke – seine eigene Wahl haben, ein Leben in Würde gemäß den eigenen Werten führen, in der Lage sein, für seine Rechte zu kämpfen –, ist eingebettet in gesellschaftliche Werte und Glaubenssysteme, die über lange Zeiträume gewachsen sind, inklusive der gesellschaftlichen Bilder von Gesundheit und Krankheit. Empowerment ist

sowohl eine Handlungsorientierung als auch ein Zustand. Aber: Menschen können nicht »empowered« werden, sie können sich nur selbst empowern, indem sie mehr Einfluss oder Macht oder Raum einnehmen, den sie aus ihren eigenen Ressourcen, ihren eigenen Stärken, ihrem eigenen Vermögen gewinnen – während dieses gefördert oder erleichtert wird durch externe Strukturen und Lebensumstände. Empowerment kann gesehen werden als dynamisches Zusammenspiel zwischen dem Zugewinnen größerer persönlicher Kontrolle und dem Überwinden externer struktureller Barrieren im Zugang zu Ressourcen; der Schlüssel zu Empowerment ist das Entfernen von Barrieren und die Transformation von Machtverhältnissen zwischen Individuen, Gemeinden, Institutionen und Regierungen (BAUMANN 2006).

Daniela Rojatz beleuchtet das Verhältnis von Gesundheitsförderung, Prävention und organisierter – oder anders ausgedrückt »gemeinschaftlicher« – Selbsthilfe und stellt dar, welche Gesundheitsförderungspotenziale in gemeinschaftlicher Selbsthilfe liegen. Auch sie betont ein positives, an Potenzialen ausgerichtetes Verständnis von Gesundheit und erläutert die in der WHO Ottawa-Charta formulierten Handlungsfelder und -strategien zur Stärkung von Gesundheit und Selbstbestimmung im Umgang mit dieser. Die Ziele der Stärkung von Laien gegenüber den medizinischen Experten, die Förderung der Selbstbestimmung, Empowerment und Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung verfolgen auch die Vertreter und Organisationen der Selbsthilfe. Dennoch, so stellt Daniela Rojatz fest, scheint es nur wenige wechselseitige Bezugnahmen zwischen den Akteuren der Gesundheitsförderung und denen der Selbsthilfe zu geben. Das Nebeneinander beider steht einem fruchtbaren Nutzen bestehender Synergiepotenziale und dem gemeinsamen Eintreten für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung entgegen.

Der Europäische Aktionsplan für Seelische Gesundheit des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation betont als dem Denken und Handeln zur Verbesserung der seelischen Gesundheit der Bevölkerungen zugrundeliegende Werte »Fairness«, »Empowerment« und »Sicherheit und Effektivität von Gesundheitsdiensten«. Fairness bedeutet hier, dass jeder Mensch die Möglichkeit zum höchstmöglichen Ausmaß an seelischer Gesundheit erhalten soll, ohne jede Diskriminierung. Empowerment meint, dass alle Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf ein autonomes Leben haben sollen und auf die Möglichkeit, Verantwortung für Entscheidungen ihr Leben und ihre Gesundheit betreffend zu übernehmen; »Sichere und effektive Gesundheitsdienste« orientieren sich am Bedarf und den Erwartungen Betroffener und Angehöriger. Nach dem Aktionsplan sind die Prinzipien effek-

tiver Gesundheitsdienste, dass Entwicklung, Steuerung und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten auf dem aktuellen Stand der Forschung basieren, Qualitätskontrolle, Transparenz und Rechenschaftspflicht gewährleistet sind, sowie die Koordination mit Diensten anderer gesundheitsrelevanter Sektoren wie Bildung, Arbeit, Wirtschaft. Besonders bedeutsam ist der im Aktionsplan formulierte neue Fokus von Gesundheitsdiensten auf gesellschaftliche Prioritäten wie Inklusion, Entstigmatisierung und -diskriminierung und sozialen Determinanten von seelischer Gesundheit sowie eine nutzerorientierte, respektvolle Behandlung und Pflege, die Patienten und Angehörige aktiv als gleichberechtigte Partner in Entscheidungsprozessen sieht.

Jörg Utschakowski macht deutlich, dass die Orientierung an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Dienste allein nicht ausreicht, da es in der Lebensrealität allzu oft die medizinischen Expertinnen und Experten sind, die die Bedürfnisse der Expertinnen und Experten aus Erfahrung definieren. Er fordert daher ein verstärktes Eintreten für verantwortliche Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern bei der Gestaltung, Umsetzung und Evaluation von Diensten im Sinne einer Erweiterung ihrer Beteiligung hin zur Koproduktion, also der partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Augenhöhe. Dies betrifft auch und ganz besonders die komplexe Aufgabe der Psychiatrieplanung. Neben einem gleichberechtigten Zugang zu Informationen und fachlicher Qualifizierung der Nutzerinnen und Nutzer bedarf es eines »kulturellen Wandels«, der Beteiligung und Koproduktion auch strukturell verankert.

Neben strukturellen oder strukturbedingten Benachteiligungen sehen sich Menschen auch mit weniger schweren psychischen Erkrankungen nach wie vor mit Ängsten und Vorurteilen in der Gesellschaft konfrontiert. Ein Mangel an Kontakt mit Betroffenen und an Wissen über das Wesen psychischer Erkrankungen, über das Erleben Betroffener und ihrer Angehörigen und über Möglichkeiten der Behandlung führt häufig zu Vorurteilen und Stigmatisierung, zu sozialer Distanz und Diskriminierung. Neben öffentlicher und struktureller Stigmatisierung stellt Selbststigmatisierung eine große Belastung für die betroffenen Menschen dar. Ein großer Teil der Menschen mit einer psychischen Erkrankung gerät in soziale Isolation und nimmt nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teil, und auch Angehörige sind durch gesellschaftliche Stigmatisierung beeinträchtigt.

Die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hängt nicht unwesentlich davon ab, wie sie in Unterhaltungs- und Informationsmedien repräsentiert sind, also mit welchen Bildern, Sym-

holen und Begriffen sie belegt sind, welche Geschichten über sie erzählt werden und in welchen Kontexten sie erscheinen oder selbst zu Wort kommen. Im vergangenen Jahrzehnt hat das Interesse am Thema »psychische Erkrankung« in den Medien deutlich zugenommen, wie die Zunahme an Beiträgen zum Beispiel über Depressionen und die Tatsache, dass immer häufiger Prominente öffentlich über ihre psychische Erkrankung sprechen, zeigen. Dies kann zunächst gesehen werden als ein Indiz für eine Tendenz zur Normalisierung und vielleicht auch für eine zunehmende Inklusion. Dennoch sind die in den Medien vermittelten Bilder und Deutungen nach wie vor problematisch: Sie zeichnen ein unzureichendes, unvollständiges oder falsches Bild, das nur wenig Übereinstimmung mit dem Selbstbild und der Lebenswirklichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat und sie verstärken so negative Stereotype und Vorurteile. Umgekehrt ist die mediale Repräsentation von Menschen mit psychischen Erkrankungen aber auch ein Spiegel gesellschaftlicher Realität. Diese lässt sich jedoch nur bedingt über eine veränderte Darstellung verbessern, auch deshalb, weil historisch tief verwurzelte kulturelle Konzepte – etwa von Normalität und Abweichung, von Gesundheit und Krankheit – die Wahrnehmung von psychisch erkrankten Menschen prägen (BAUMANN 2006).

Aus den vielfältigen, weltweit in der vergangenen Dekade durchgeführten Antistigma-Maßnahmen wissen wir, dass Fortschritte im Umgang mit dem Thema »psychische Erkrankungen« auf dem Wege der Kommunikation – sei es über die Massenmedien oder über gezielte Informationsveranstaltungen – nur über lange Zeiträume und mit vielen Wiederholungen erreicht werden. Andererseits kann ein nachhaltiger gesellschaftlicher Wandel, also ein Wandel im kollektiven Bewusstsein – durch eine entsprechende Informationsarbeit gefördert werden.

Nicolas Rüsch hebt hervor, dass Diskriminierung nur innerhalb eines existierenden Machtgefälles zuungunsten der stigmatisierten Person oder Gruppe stattfindet. Er verdeutlicht die Unterscheidung zwischen öffentlicher Stigmatisierung und struktureller Diskriminierung und rückt die zentrale Rolle von Selbststigma und den häufig damit verbundenen Konflikt im Hinblick auf die Frage, ob Betroffene ihre psychische Erkrankung geheim halten oder offenlegen sollen, in den Vordergrund.

Rüsch stellt das in Anlehnung an die Antistigma-Aktivitäten von Minderheitengruppen, die wegen ihrer sexuellen Orientierung stigmatisiert und diskriminiert werden, entwickelte, von Psychiatrieerfahrenen geleitete Gruppenprogramm »Coming Out Proud« vor. Es soll Menschen mit psychischen

Erkrankung in eben diesem Entscheidungsprozess unterstützen und Stigmabewältigung erleichtern.

Literatur

- BAUMANN, A. E. (2006): Reduktion von Stigma und Diskriminierung schizophrener Erkrankter durch »Antistigma«-Programme: theoretische Aspekte der Entstehung und Überwindung sozialer Distanz und die Wirksamkeit des »open the doors«-Programms des Kompetenznetz Schizophrenie. Dissertation, Köln.
- BAUMANN, A. E. (2010): Empowerment. Fact sheet for the European Union Thematic Conference »Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Mental Health« Lissabon, 8.–9. November 2010. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.
- BAUMANN, A. E. (2014): Non-governmental organizations as key partners in mental health in Europe. In: Die Psychiatrie 2014; 11: 27–34.
- BLÄTTNER, B.; WALLER, H. (Hg.) (2011): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. E-book Pos. 952. Kohlhammer, Stuttgart.
- WALLERSTEIN, N. (2006): What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen: Health Evidence Network report. Online verfügbar unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf (aufgerufen 13.04.2016).
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen. Online verfügbar unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (aufgerufen am 13.04.2016).
- WHO Regionalbüro für Europa (2013): The European Mental Health Action Plan. Kopenhagen.
- World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. WHO, New York.
- World Health Organization (2001): Strengthening Mental Health Promotion. World Health Organization (Fact sheet no. 220), Genf.
- World Health Organization (2013): Mental Health Action Plan 2013–2020. Genf.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe in Prävention und Gesundheitsförderung

Daniela Rojatz

Der folgende Beitrag setzt sich mit dem Verhältnis von Gesundheitsförderung, Prävention und gemeinschaftlicher Selbsthilfe auseinander. Grundlage für den Impuls ist ein kürzlich publizierter Artikel zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und gemeinschaftlicher Selbsthilfe (ROJATZ und FORSTER 2015). Ausgangspunkt für die zugrundeliegende Literaturarbeit war der Eindruck, dass es trotz einer »rhetorischen« Nähe (»Selbsthilfe als Gesundheitsförderung pur«, »Selbsthilfe als Paradebeispiel der Gesundheitsförderung«) an systematischer und wechselseitiger Bezugnahme von gemeinschaftlicher Selbsthilfe und Gesundheitsförderung mangelt.

Bevor auf das programmatische und praktische Verhältnis von Gesundheitsförderung bzw. Prävention und gemeinschaftlicher Selbsthilfe eingegangen werden kann, erscheint es angebracht, das dem Beitrag zugrundeliegende Begriffsverständnis von Gesundheitsförderung, Prävention und gemeinschaftlicher Selbsthilfe zu klären.

Begrifflichkeiten und begriffliche Abgrenzungen Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist glücklicherweise zumeist der Normalzustand und damit solange selbstverständlich, bis eine Erkrankung, ein Problem auftritt bzw. das Gesundheitsideal mit dem beobachteten Gesundheitszustand verglichen wird (PELIKAN 2007). Abweichungen von diesem »Normalzustand« können als Krankheit bezeichnet werden. Dennoch ist Gesundheit mehr als das Freisein von Krankheit (WHO 1948). Entsprechend greift die Vorstellung eines Kontinuums mit den Enden Gesundheit und Krankheit zu kurz. Gemäß dem WHO-Verständnis ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit und kann unabhängig von einer Erkrankung beobachtet und gefördert werden (PELIKAN 2007). Das heißt, auch beim Vorliegen einer Erkrankung bleiben gesunde Potentiale erhalten. Der Gesundheits- und Medizinsoziologe Jürgen PELIKAN (2007) unterscheidet vier Prozesse hinsichtlich der Gesundheits- bzw. Krankheitsbilanz. Zwei Prozesse setzen dabei an Krankheit an: der Verlust von Gesundheit durch Krankheitsentstehung und der Gewinn von Gesundheit durch Heilung von Krankheit. Zwei Prozesse setzen an Gesundheit an: der Verlust, d. h. Abbau von Gesundheit

unter anderem durch Über- bzw. Fehlnutzung und der Gewinn an positiver Gesundheit durch adäquaten Umgang (z. B. günstige Copingstrategien entwickeln) bzw. gezieltes Training zum Aufbau von positiver Gesundheit (z. B. Persönlichkeitsentwicklung, Bewegung). Damit ergeben sich auch vier mögliche Interventionsstrategien:

- Behandlung von Krankheit: Krankheit kann durch medizinische und pflegerische Maßnahmen geheilt bzw. behandelt werden.
- Prävention von Krankheit: Künftige Krankheiten können durch medizinische und/oder soziale Maßnahmen verhindert oder eingeschränkt werden.
- Schutz von positiver Gesundheit durch Schutzmaßnahmen.
- Entwicklung positiver Gesundheit: Gesundheit kann u. a. durch Training oder Rehabilitation (wieder)aufgebaut werden.

Während die Behandlung von Krankheit im Akutfall sicher Priorität genießt, kommt den drei anderen proaktiven Strategien mittel- und langfristig Bedeutung zu. Mit genau diesen befasst sich der Beitrag.

Bei Prävention (wörtlich »zuvorkommen«) kann zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden werden. Primärprävention meint Maßnahmen zur Verhinderung des Eintretens einer Erkrankung. Sekundärprävention bezeichnet die Krankheitsfrüherkennung und die Vermeidung bzw. Herauszögerung des Krankheitsfortschrittes. Tertiärprävention (Rehabilitation) erfolgt nach der Akutbehandlung und möchte Folgeschäden verhindern bzw. hinauszögern.

Gesundheitsförderung zielt gemäß der WHO-Definition (WHO 1986) auf einen Prozess ab, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Um Gesundheitsförderung näher zu charakterisieren, wird hier auf die Handlungsfelder (persönliche Kompetenzen entwickeln, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, Gesundheitsdienste neu orientieren und Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik) und Handlungsstrategien (Befähigen und Ermöglichen, Vermitteln und Vernetzen, Interessen vertreten) zurückgegriffen, wie sie in der Ottawa-Charta definiert sind. Zusammengestellt ergeben die drei Handlungsstrategien und fünf Handlungsfelder eine 3 x 5-Matrix, welche in weiterer Folge auch als Gesundheitsförderungsmatrix bezeichnet wird.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe

Gemeinschaftliche Selbsthilfe (auch organisierte Selbsthilfe genannt) meint, im Gegensatz zur individuellen Selbsthilfe, freiwillige Vereinigungen, die sich durch gemeinsame Betroffenheit und Bewältigung eines gesundheitlichen Problems, Selbstorganisation und Unabhängigkeit gegenüber den etablierten Akteuren des Gesundheitssystems auszeichnen.

Trotz zahlreicher Mischformen in der Praxis, kann im Selbsthilfefeld grob zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen unterschieden werden. Selbsthilfegruppen sind kleine lose Zusammenschlüsse von (un)mittelbar Betroffenen mit Erfahrungsaustausch innerhalb der Gruppe als vorrangigste Aktivität. Selbsthilfeorganisationen als Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen sind größer und weisen einen höheren Organisationsgrad auf. Außenaktivitäten wie Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung rücken in den Vordergrund. Zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen gibt es zusätzlich Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (Selbsthilfekontaktstellen).

Zum Verhältnis von gemeinschaftlicher Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Prävention

Bei gemeinschaftlicher Selbsthilfe handelt es sich also um Zusammenschlüsse von Personen mit einem gesundheitlichen oder sozialen Problem, die gemeinsam Aktivitäten setzen, um mit diesem Problem besser umgehen zu können. Setzt Selbsthilfe nun an Defiziten, dem gesundheitlichen bzw. sozialen Problem an oder an den vorhandenen bzw. verbleibenden Ressourcen?

Historisch betrachtet gewann gemeinschaftliche Selbsthilfe – ebenso wie Gesundheitsförderung – in den 1970er und 1980er Jahren im Rahmen der medizinkritischen Bewegungen an Bedeutung. Beide einen auch gemeinsame Ziele wie die Erweiterung des Gesundheitsverständnisses, die Stärkung der Laien gegenüber den Experten, die Förderung von Selbstbestimmung bzw. Empowerment und Selbstorganisation sowie aktive Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung.

Gemäß einer Publikation der BAG Selbsthilfe (2013) gehören Prävention und Gesundheitsförderung zu den wichtigsten Gründungszielen von Selbsthilfeorganisationen. Sie haben jedoch ihr eigenes Begriffsverständnis: Für Selbsthilfeorganisationen geht es nicht um die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit, sondern um die Bewältigung des Alltags in unterschied-

lichen Lebenszusammenhängen (ebd.). Hingewiesen wird aber auch darauf, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht die alleinige Aufgabe von gemeinschaftlicher Selbsthilfe und WHO bzw. Gesundheitsförderungsagenturen ist und sein kann – vielmehr braucht es einen umfassenden Ansatz, der alle fordert (= gesamtgesellschaftliche Aufgabe).

Forschungsarbeiten bestätigen die Bedeutung von gemeinschaftlicher Selbsthilfe für Gesundheitsförderung und Prävention. Gemäß einer österreichischen Studie ist die Gesundheitsorientierung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe groß (NOWAK 2011). STREMLow u. a. (2004) sehen ebenfalls den Beitrag von gemeinschaftlicher Selbsthilfe für Gesundheitsförderung bzw. Prävention, schreiben ihr aber insbesondere im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention Wirkung zu. Rainmund GEENE (2008) schlägt Gesundheitsförderung als Handlungsfeld und Identität der Selbsthilfe vor und hebt insbesondere deren vermittelnde Funktion (zwischen Patienten und Selbsthilfegruppe sowie zwischen Selbsthilfegruppe und Gesundheitssystem) hervor.

Trotz der konzeptuellen und »rhetorischen« Nähe scheint es aktuell, an wechselseitiger Bezugnahme und Praxis zu fehlen. Dieser Eindruck wurde zum Anlass und Ausgangspunkt für eine Literaturanalyse zur wechselseitigen Bezugnahme von Gesundheitsförderung bzw. Prävention und gemeinschaftlicher Selbsthilfe mit folgenden Fragestellungen genommen:

- Wie wird das Verhältnis von gemeinschaftlicher Selbsthilfe und Gesundheitsförderung bzw. Prävention in Leitdokumenten von Selbsthilfeorganisationen und der Gesundheitsförderung in deutschsprachigen Ländern beschrieben (programmatische Bezugnahme)?
- Wie sieht die tatsächliche Bezugnahme zwischen gemeinschaftlicher Selbsthilfe und Gesundheitsförderung bzw. Prävention und ihre Kooperationspraxis im deutschsprachigen Raum aus (praktische Bezugnahme)?

Die Beschränkung auf den deutschsprachigen Raum ist dem vorherrschenden einheitlichen Begriffsverständnis von gemeinschaftlicher Selbsthilfe geschuldet.

Ausgangspunkt für die Recherche waren die Internetseiten ausgewählter nationaler Selbsthilfedachorganisationen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen (NAKOS, DAG SHG, BAG Selbsthilfe, Selbsthilfe Schweiz, ARGE Selbsthilfe Österreich) und nationale Gesundheitsförderungsagenturen (BZgA, Gesundheitsförderung Schweiz, Fonds Gesundes Österreich). Erhebungszeitraum war Januar bis Juni 2014 mit einem Fokus auf Dokumente, die ab dem Jahr 2000 publiziert wurden.

Zur Abbildung der programmatischen Bezüge würden folgende Dokumente einbezogen: Leitdokumente der ausgewählten Organisationen, Abschlussdokumente internationaler Gesundheitsförderungskonferenzen sowie Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Zur Abbildung der Praxisebene wurden Zeitschriftenbände, Konferenzunterlagen und Projekte der einbezogenen Organisationen sowie Publikationen ausgewählter Selbsthilfe- und Gesundheitsförderungs-Praktiker und -innen herangezogen. Ergänzend wurden zur Abbildung des Selbsthilfefeldes einschlägige Publikationen in den Selbsthilfegruppenjahrbüchern der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen einbezogen sowie zur Abbildung der Gesundheitsförderungs-»Seite« Sammelbände und Lehrbücher der Gesundheitsförderung.

Gesucht wurde im Material nach den Begriffen »Selbsthilfe*« (um im Material der Gesundheitsförderungsagenturen einen Selbsthilfebezug zu identifizieren) und nach den Begriffen »gesund*« und »prävent*« (um im Material der Selbsthilfeorganisationen den Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsbezug zu erheben). Die identifizierten Textstellen wurden paraphrasiert und als Primär-, Sekundär- bzw. Tertiärprävention kategorisiert bzw. einem der 15 Felder der Gesundheitsförderungsmatrix zugeordnet.

Im Bereich der Prävention wurden im Selbsthilfematerial insbesondere allgemeine Bezüge zur Prävention gefunden, die nicht einer der drei Präventionsarten zugeordnet werden konnten, daher wird hier nicht weiter darauf eingegangen.

Wechselseitige Beziehung von Gesundheitsförderung und gemeinschaftlicher Selbsthilfe

Wie nimmt »Gesundheitsförderung« auf gemeinschaftliche Selbsthilfe Bezug? Die Ergebnisse zeigen nur wenige programmatische Bezugnahmen auf gemeinschaftliche Selbsthilfe im Gesundheitsförderungsmaterial. Die identifizierten Belege in der Literatur konnten fünf der 15 Felder der Gesundheitsförderungsmatrix zugeordnet werden. Dabei stammten je vier von kooperationspraxis-bezogenen Quellen und vier aus programmatischen Quellen (vgl. Tabelle 1). Die vier programmatischen Bezüge beziehen sich insbesondere auf die Handlungsstrategien Vermitteln bzw. Vernetzen und Interessen vertreten. In den Leitdokumenten der Gesundheitsförderung wird nur in der Ottawa-Charta explizit auf Selbsthilfe Bezug genommen und sie als Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen genannt.

Praktische Bezugnahmen wurden ebenfalls in vier Feldern gefunden und sprachen insbesondere das Vermitteln und Vernetzen an. Insgesamt konnten Belege identifiziert werden, wonach gemeinschaftliche Selbsthilfe mit dem Steigern persönlicher Kompetenzen, dem Vermitteln bzw. Vernetzen auf Gemeinschaftsebene und in Lebenswelten sowie mit Interessenvertretung auf der Ebene von Gesundheitsdiensten und gegenüber der Politik assoziiert wird. Beispiel für eine praktische Bezugnahme ist das Projekt zur Qualifikationsmöglichkeit in Prävention und Gesundheitsförderung für Selbsthilfevertreter und -innen.

	Befähigen/ Ermöglichen	Vermitteln/ Vernetzen	Interessen vertreten
Persönliche Kompetenzen	Praxis-Bezugnahme		
Gemeinschaftsaktionen		Programmatische und Praxis-Bezugnahme	
Lebenswelten		Programmatische und Praxis-Bezugnahme	
Gesundheitsdienste			Programmatische und Praxis-Bezugnahme
Politik			Programmatische und Praxis-Bezugnahme

Adaptiert von Rojatz und Forster 2015

Tab. 1: Bezugnahme von Gesundheitsförderung auf gemeinschaftliche Selbsthilfe in programmatischen Dokumenten und Praxis-Quellen

Wie sieht nun die Bezugnahme von gemeinschaftlicher Selbsthilfe auf Gesundheitsförderung aus? Auf programmatischer Ebene finden sich ebenfalls nur wenige explizite Bezugnahmen: Steigern der persönlichen Kompetenzen und Ermöglichen von Gemeinschaftsaktionen, sowie Vermitteln in der Lebenswelt und Interessenvertretung gegenüber Gesundheitsdiensten. In den programmatischen Dokumenten konnten Bezüge auf neun Feldern der Gesundheitsförderungsmatrix identifiziert werden, insbesondere im Bereich der

Gesundheitsdienste und bezüglich der Strategie Vermitteln und Vernetzen (vgl. Tabelle 2).

	Befähigen/Ermöglichen	Vermitteln/Vernetzen	Interessen vertreten
Persönliche Kompetenzen	Programmatische und Praxis-Bezugnahme	Praxis-Bezugnahme	
Gemeinschaftsaktionen	Programmatische und Praxis-Bezugnahme	Praxis-Bezugnahme	
Lebenswelten		Programmatische und Praxis-Bezugnahme	
Gesundheitsdienste	Praxis-Bezugnahme	Praxis-Bezugnahme	Programmatische und Praxis-Bezugnahme
Politik			Praxis-Bezugnahme

Adaptiert von Rojatz und Forster 2015

Tab. 1: Bezugnahme von gemeinschaftlicher Selbsthilfe auf Gesundheitsförderung in programmatischen Dokumenten und Praxis-Quellen

Führt man die identifizierten Bezüge von Gesundheitsförderung auf Selbsthilfe und von Selbsthilfe auf Gesundheitsförderung zusammen, so zeigen sich Bezüge in neun der 15 Felder. Wenngleich sich zeigt, dass der Bezug von gemeinschaftlicher Selbsthilfe auf Gesundheitsförderung stärker ist als umgekehrt, konnten wechselseitige Bezugnahmen in fünf Feldern identifiziert werden:

- Stärkung der persönlichen Kompetenzen
- Vermitteln bei Gemeinschaftsaktionen
- Vermitteln in Lebenswelten
- Interessenvertretung gegenüber Gesundheitsdiensten
- Interessenvertretung gegenüber der Politik

Betrachtet man die Randverteilung der identifizierten Bezüge, d. h. wie häufig Belege (unterschiedlicher Quellen) einem Feld zugeordnet werden konnten, sind insbesondere die Strategien »Befähigen und Ermöglichen« sowie »Vermitteln und Vernetzen« stark besetzt sowie die Personen- und Gruppenebene. Betrachtet man die besetzten Felder (unabhängig von der Anzahl

der identifizierten Belege) zeigt sich die hohe Bedeutung der Selbsthilfe für das Vermitteln (vgl. auch GEENE 2008) und für die Reorientierung der Gesundheitsdienste.

Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigt sich, dass die Bezugnahme häufiger implizit bleibt und nur selten explizit formuliert wird, was darauf zurückgeführt werden kann, dass die Beziehung noch nicht ausreichend erkannt oder bereits so selbstverständlich ist, dass sie nicht expliziert werden muss.

Welche Konsequenzen haben diese Ergebnisse: Das Nebeneinander von gemeinschaftlicher Selbsthilfe und Gesundheitsförderung bzw. Prävention steht möglichen Synergiepotentialen entgegen, u. a. dem gemeinsamen Eintreten für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig kann eine stärkere Bezugnahme auch auf Seiten der Gesundheitsförderung und der gemeinschaftlichen Selbsthilfe zu Vorteilen führen: die teilweise abstrakten Konzepte der Gesundheitsförderung können durch die praxisorientierte Selbsthilfe konkretisiert und gelebt werden. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe kann die Konzepte der Gesundheitsförderung zur Selbstreflexion heranziehen.

Des Weiteren können die Konzepte helfen, das Profil der gemeinschaftlichen Selbsthilfe zu klären, welches durch die Heterogenität des Selbsthilfefeldes geschwächt ist (vgl. SEEBOHM u. a. 2013), und besser nach außen zu kommunizieren. Mit Bezug auf die Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung lassen sich Selbsthilfegruppen mit Befähigen, Selbsthilfeorganisationen mit Interessenvertreten und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen mit Vermitteln assoziieren und somit die Aktivitäts- bzw. Wirkungsbereiche transparenter darstellen.

Wenngleich für die Forcierung von Synergien zwischen Gesundheitsförderung und gemeinschaftlicher Selbsthilfe plädiert wird, darf nicht vergessen werden, dass jede Kooperation auch ihre Voraussetzungen hat und die jeweiligen Eigenlogiken und Ressourcen zu berücksichtigen sind.

Zusammengefasst: »Gemeinschaftliche Selbsthilfe ist ein potentieller Partner, der viele Prinzipien und Konzepte der Gesundheitsförderung realisiert und konkretisiert.« (ROJATZ und FORSTER 2015) Für die Selbsthilfe birgt eine stärkere Bezugnahme auf Gesundheitsförderung das Potential einer zusätzlichen Reflexionsquelle, welche hilft, ihre Identität zu konkretisieren und nach außen hin leichter kommunizierbar zu machen. (ebd.)

Inhaltlich verweisen die identifizierten expliziten Bezüge auch auf die hohe Bedeutung von gemeinschaftlicher Selbsthilfe als Vermittlerin zwischen und auf verschiedenen Ebenen, welches eventuell auch als »Bewusstseins(bildungs)arbeit« bezeichnet werden kann sowie auf ihren Beitrag zur Reorientierung der Gesundheitsdienste.

Literatur

- BAG Selbsthilfe e. V. (2013) (Hg.): Mit Gesundheitsselbsthilfe mehr für Prävention erreichen. Handreichung herausgegeben von der BAG Selbsthilfe, verfasst von Petra Schmidt-Wiborg. Köln.
- GEENE, R. (2008): Gesundheitsförderung als Handlungsfeld und Identität der Selbsthilfe. In: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Gießen, S. 110–117.
- NOWAK, P. (2011): Wohin geht die Selbsthilfe in der Gesundheitsgesellschaft? In: MEGGENEDER, O. (Hg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt a. M., S. 41–66.
- PELIKAN, J. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Zugang. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2, S. 74–81.
- ROJATZ, D.; FORSTER, R. (2015): Gemeinsame Selbsthilfe als Gesundheitsförderung pur? Eine Analyse des Verhältnisses anhand von Grundsatzdokumenten und gemeinsamer Praxis. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 10(3), S. 263–272.
- SEEBOHM, P.; CHAUDHARY, S.; BOYCE, M.; ELKAN, R.; AVIS, M.; MUNN-GIDDINGS, C. (2013): The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being. In: Health Soc Care Community 21(4), S. 391–401.
- STREMLow, J.; GYSEL, S.; MEY, E.; VOLL, P. (2004): »Es gibt Leute, die das Gleiche haben...« Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. Basel.
- WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHO (1986): Ottawa Charta on Health Promotion. Kopenhagen.

Von der Nutzerorientierung zu Ko-Produktion

Jörg Utschakowski

Auf der WHO-Konferenz 1978 in Alma Ata wird bereits formuliert: »Die Menschen haben das Recht und die Verpflichtung, sich individuell und kollektiv an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen.« (WHO Europa 1978)

Auch mit dem WHO-Bericht zur Förderung seelischer Gesundheit von 2005 wird deutlich gemacht, dass die Beteiligung von Nutzern psychiatrischer Dienste und ihrer Angehörigen ein wichtiger Bestandteil des Reformprozesses ist. Es wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die aktive Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Familien die Qualität der Versorgung und der Dienste verbessert (HERRMAN u. a. 2005).

Ohne die Erfahrenen geht es nicht

Die Statements der WHO machen bereits deutlich: Einbeziehung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen kann nicht allein bedeuten, dass sich die psychiatrische Versorgung nicht mehr nur an Institutionsinteressen, sondern an Personen orientiert. Die seit zwanzig Jahren bestehende Forderung nach Personenzentrierung und Nutzerorientierung hat nach wie vor ihre Berechtigung, weil sie auf vielen Ebenen noch nicht realisiert ist. Angesichts der Aufgabe der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geht der Ansatz der Personenzentrierung aber nicht mehr weit genug. Die Orientierung an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzern allein genügt nicht, denn dies bedeutet allzu oft, dass Fachpersonen interpretieren, was die Bedürfnisse der Betroffenen sind. Es muss viel eher um Beteiligung gehen.

Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen kann auf vielen Ebenen umgesetzt werden. Leitprinzip sollte dabei immer sein, dass die Menschen, die seelische Erschütterungen (mit-)erleben, endlich einen substantiellen Einfluss auf die angebotenen Unterstützungsleistungen bekommen

Erfahrungswissen und -kompetenz

Zentral bei der Einbeziehung von Angehörigen und Betroffenen ist deren Erfahrung mit seelischer Erschütterung und mit dem Hilfesystem. Ihr Wissen aus Erfahrung muss ein elementarer Bestandteil von psychiatrischer Planung,

Entwicklung und Evaluation sein. In England, wo die Nutzerbeteiligung schon eine lange Tradition hat, formuliert Dr. Geraldine STRATHDEE (2014, Übersetzung Jörg Utschakowski), nationale Direktorin für klinische Psychiatrie: »Die verantwortliche Beteiligung (Leadership) von Nutzern und Nutzerinnen ist von fundamentaler Bedeutung für die Gestaltung, Umsetzung und Bewertung psychiatrischer Angebote, die Menschen dabei unterstützen sollen, ihr Potential zu entwickeln. Wenn wir die Angebote so umstrukturieren wie die Menschen, die sie nutzen, es wollen, dann können wir selbst in Zeiten von Mittelkürzungen bessere Ergebnisse erzielen.«

Um Hilfe zu entwickeln, die wirklich hilft, ist es dringend erforderlich, den Anspruch der Alleinexpertise der Fachkräfte grundsätzlich in Frage zu stellen. Es geht bei der Beteiligung von Angehörigen und Erfahrenen nicht darum, deren Meinung zuzulassen, sondern ihre Erfahrungen und ihr Wissen als zentrale Expertise zu nutzen. Hierzu gehört die Erfahrung mit hilfreichen und weniger hilfreichen Angeboten und Strukturen und die Erfahrung mit verdeckter und struktureller Gewalt, Fremdbestimmung und Zwang. Ihre Expertise zeigt sich aber auch in dem Wissen um die Bedeutung von Informationen und Wahlmöglichkeiten, über den Sinn psychischer »Störungen«, über Bewältigungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien und vieles mehr. Wie verschiedene Studien zeigen, haben gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen oft ein tieferes, ganzheitlicheres Verständnis als Fachkräfte (siehe ENTWISTLE u. a. 2006 und NILSEN u. a. 2006).

Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen

Stefan Hekerman, Geschäftsführer eines Dienstes für betreutes Wohnen in Düsseldorf, beschreibt den Bedarf an Beteiligung von Erfahrenen folgendermaßen: »Deswegen sitzt bei uns eine EX-IN-Kraft im zentralen Qualitätszirkel. Dort werden die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Qualitätszirkeln noch einmal aufbereitet, kritisiert, konkretisiert, gegebenenfalls ergänzt und verabschiedet. Das ist auch wichtig, um sicherzustellen, dass diese tollen Formulierungen, die wir Profis mitunter kreieren, in eine für alle Beteiligten verständliche Sprache weiterentwickelt werden.« (HEKERMANN 2014, S. 66-67)

Beteiligung kann viele Facetten haben und auf vielen verschiedenen Ebenen umgesetzt werden. Dies kann in Institutionen bedeuten, Nutzerinnen, Nutzer und Angehörige an einzelnen Arbeitskreisen und Gremien zu beteiligen. Dies kann auch bedeuten, gemeinsam Qualitätskriterien da-

für zu entwickeln, Nutzerbefragungen durchzuführen und die Ergebnisse gemeinsam auszuwerten.

Nutzerbeteiligung kann auch bedeuten, Behandlungsvereinbarungen zu schließen oder Behandlungskonferenzen nach dem Konzept des »open dialogue« durchzuführen.

Ein gutes Beispiel für Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen bezogen auf eine ganze Organisation ist das Qualitätsmanagementmodell PPQ – Pro Psychiatrische Qualität (www.ppq.info). PPQ hat zum Ziel, die gesamte Organisation auf allen Ebenen dialogisch auf die aktive Beteiligung von Nutzerinnen und Angehörigen umzustellen. Dabei geht es inhaltlich um die gemeinsame Überarbeitung von Formularen, Leitlinien und Leitbildern, um die gemeinsame Überprüfung von Arbeitsabläufen, Standards und Konzepten und um die Beteiligung an Planungs- und Qualitätsmanagementgremien.

Die Beteiligung von Erfahrenen und Angehörigen an der Psychiatrieplanung für eine Versorgungsregion ist eine komplexe Aufgabe. Die Beteiligung muss vertikal, sowohl in regionalen, als auch in übergreifenden zentralen Gremien erfolgen. Auf horizontaler Ebene würde dies z. B. die Beteiligung an Planungsgruppen zur Krisenintervention, zum Thema Arbeit oder zur Allgemeinpsychiatrie bedeuten. Und schließlich sollte die Beteiligung auch für Querschnittsthemen wie Evaluation, Ethik- und Besuchskommissionen oder die Einführung von Genderleitlinien realisiert werden.

Ko-Produktion

Für die kooperative Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen ist in England ein besonderer Begriff geprägt worden: »co-production«.

Für mich, in meiner Funktion als Psychiatriereferent des Landes Bremen, bedeutet Ko-Produktion, die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern, um gemeinsam die Gestaltung, Zulassung, Durchführung und Evaluation psychiatrischer Dienste zu bestimmen und in der Entwicklung von Leitlinien für Versorgungsstrukturen festzulegen.

Ziel dieser Ko-Produktion ist es, Über-, Unter-, Fehlversorgung zu identifizieren, um Angebote vorzuhalten, die gebraucht, gewünscht und genutzt werden.

Ko-Produktion in der psychiatrischen Versorgungsplanung stellt die Teilhabe und Verantwortungsübernahme von Nutzerinnen, Nutzern und

Angehörigen an der Strukturentwicklung sicher. Ko-Produktion ermöglicht zugänglichere und akzeptiertere Angebote, schafft Transparenz und vermeidet Interessenskonflikte.

Die Beteiligung an der Versorgungsplanung ist ein Element von Selbstbestimmung und fördert in diesem Sinne auch Empowerment und Recovery.

Voraussetzungen für gelingende Ko-Produktion

Ko-Produktion kann nur gelingen, wenn Psychiatrie-Erfarene und Angehörige als voll- und gleichwertige Partnerinnen und Partner beteiligt werden. Sie brauchen einen gleichberechtigten Zugang zu Informationen und müssen fest in die Planungsprozesse eingebunden werden. Um Frustration, Enttäuschung, Kompetenzgerangel und Konkurrenz zu vermeiden, ist es wichtig, Rollen und Verantwortungsbereiche klar zu vereinbaren. Dazu gehört auch, die Beteiligten darüber zu informieren, welche Auswirkungen und Einflüsse ihre Beiträge haben.

Kooperations-, Gremien- und Planungstreffen müssen in angemessener Form abgehalten werden, d. h. es kann nicht erwartet werden, dass sich Angehörige und Erfarene an den Rhythmus, das Tempo, die Sprache, die Dauer und vieles andere anpassen müssen, um teilzuhaben. Vielmehr müssen Rhythmus, Tempo, Sprache, Dauer und vieles andere an die Angehörigen und Erfahrenen angepasst werden.

Eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe ist aber auch Qualifizierung. Wer noch nie ein Protokoll geschrieben hat, traut sich möglicherweise nicht, diese Aufgabe zu übernehmen. Wer es nicht gewohnt ist, vor Gruppen zu sprechen, wird sich möglicherweise in Gremien nicht beteiligen, wer es nicht gewohnt ist, Diagramme und Tabellen zu lesen, wird möglicherweise den Zugang zu manchen Informationen nicht bekommen, ohne Vorwissen bleiben manche Prozesse unverständlich. Einführungs- und Fortbildungsveranstaltungen können dazu beitragen, dass Angehörige und Erfarene besser für Beteiligungsprozesse vorbereitet sind.

Schließlich muss der Begriff der Beteiligung selbst erweitert werden, in dem Angehörige und Experten nicht nur die Gremien der Experten besuchen, sondern umgekehrt die Experten auch die Gremien und Gruppen der Angehörigen und Erfahrenen.

Hindernisse für gelingende Ko-Produktion

Wie oben bereits beschrieben, ist Ko-Produktion kein Selbstläufer. Sie erfordert eine neue Kultur der Kommunikation und Kooperation. Hierzu ist in erster Linie wichtig, dass alle Beteiligten sich in der und für die Zusammenarbeit akzeptieren und respektieren. Abwertung und Ablehnung machen die Entwicklung gemeinsamer Ergebnisse unmöglich. Vor allem die Angehörigen und Betroffenen müssen darin bestärkt und unterstützt werden, sich die Aufgabe zuzutrauen und ihr gewachsen zu sein, sonst bleiben sie in der Position der Alibi-Betroffenen.

Für alle Beteiligten muss klar sein, dass im Prozess der Ko-Produktion Prozesse länger dauern können. Wenn den Angehörigen und Erfahrenen das Recht der Beteiligung gegeben wird, muss Raum sein für neue Standpunkte, andere Blickwinkel und ungewohnte Argumente. Kreative Prozesse können mitunter länger dauern, dafür werden neue Perspektiven wahrnehmbar.

Ko-Produktion in der Psychiatrieplanung

Wie bereits oben beschrieben, erfordert Ko-Produktion einen kulturellen Wandel, der im Rahmen der psychiatrischen Planung für eine Versorgungsregion ein komplexes Unterfangen ist.

In Bremen versuchen wir uns auf den Weg der Umsetzung zu machen. Für die Etablierung einer neuen Kooperationskultur haben wir einige gute Voraussetzungen. Über 25 Jahre ist in Bremen das Journal »Irrturm« (www.irrturm.info) Sprachrohr der Psychiatrie-Erfahrenen. Seit mehr als zehn Jahren ist bei uns die »EXPA« (www.expa-trialog.de), die trialogische Expertenpartnerschaft etabliert, die sich auf den Ebenen der Politik, Weiterbildung und Praxis dafür einsetzt, den Anliegen und Sichtweisen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in der Psychiatrie eine Stimme zu geben.

Dies war unter anderem eine wichtige Basis dafür, die Projektförderung für EX-IN (www.ex-in.de) bei der Europäischen Kommission zu beantragen. Seit vielen Jahren sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige fester Bestandteil in der Ausbildung von psychiatrischen Fachkräften. Interessanterweise war es einfacher, sie als Dozentinnen und Dozenten zu etablieren, als die Bereitschaft der Kolleginnen und Kollegen zu erlangen, sie als Teilnehmer und Teilnehmerinnen in Fort- und Weiterbildungen zu akzeptieren. Natürlich sind auch die EX-IN ausgebildeten Genesungsbegleiter und -begleiter-

rinnen wichtige Wegbereiter für eine Kultur der Ko-Produktion, die sich in Bremen langsam entwickelt.

Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene sind in (fast) allen wichtigen psychiatrischen Gremien vertreten. Hierzu gehören die Besuchskommission, Planungsausschüsse, die Begleitgruppe zur Reform der Psychiatrie in Bremen und vieles andere mehr.

Beteiligung und Ko-Produktion stellen große Herausforderungen an die bestehenden Planungs- und Kooperationsstrukturen und können nur Schritt für Schritt etabliert werden. Sie müssen aber auch strukturell verankert werden. Ein wichtiges Element wird dabei sein, landesweit eine unabhängige, dialogische Fürsprache und Beschwerdestelle zu etablieren. Gleichzeitig ist es unabdingbar für die Sicherung der Ko-Produktion, in Zukunft die Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen bei der Planung und Steuerung der Psychiatrie auch gesetzlich im PsychKG zu verankern.

Der Schritt von der Orientierung an den Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen hin zu echter Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen wird kein leichter sein, aber er wird zu besser akzeptierten, hilfreichen, wirksameren psychiatrischen Angeboten führen.

Literatur

- ENTWISTLE, V.; HANLEY, B. (2006): Involving Consumers. In: PENCHEON, D.; GUEST, C.; MELZER, D.; GRAY, M. (Hg.) (2006): Oxford handbook of public health practice. Oxford: Oxford University Press.
- HEKERMAN, S. (2014): Ich wünsche mir EX-INler als selbstverständliche Kollegen an meiner Seite, mit denen ich gemeinsam auf die Klienten zugehen kann. In: JAHNKE, B. (2014): EX-IN Kulturlandschaften. Neumünster, S. 66–67.
- HERRMAN, H.; SAXENA, S.; MOODIE, R. (2005): Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, Practice. Geneva 2005.
- NILSEN, E.; MYRHAUG, H.; JOHANSEN, M.; OLIVER, S.; OXMAN, A. (2006): Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004563. DOI: 10.1002/14651858.CD004563.pub2.
- STRATHDEE, G. (2014): Service User Involvement in the delivery of mental health services. Online verfügbar unter www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2014/06/Service-User-Involvement-briefing.pdf. (Zugriff am 15.12.2015)
- WHO Europa (1978): Erklärung von Alma Ata. Online verfügbar unter www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1 (Zugriff am 15.12.2015).

Antistigma-Interventionen und Coming Out Proud / In Würde zu sich stehen

Nicolas Rüsch

Psychische Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft immer noch mit einem Stigma behaftet, und es deutet leider nichts darauf hin, dass solche Vorurteile abnehmen (SCHOMERUS u. a. 2012). Daher sehen sich viele Menschen mit psychischen Erkrankungen Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt. Die Erwartung und Erfahrung, diskriminiert zu werden, wirken sich mitunter negativer auf Betroffene aus als ihre Erkrankung selbst (RÜSCH u. a. 2005).

Unter Stigma als Oberbegriff versteht man einen Prozess, an dessen Beginn die Unterscheidung und Etikettierung von Gruppen in der Gesellschaft steht (»psychisch krank« versus »psychisch gesund«, auch wenn die vermeintliche Trennlinie zwischen beiden Gruppen nicht existiert) und der sich fortsetzt durch die Ausbildung von Stereotypen (»psychisch Kranke sind gefährlich«), durch Vorurteile, d.h. die Zustimmung zum Stereotyp und emotionale Reaktion (»Ja, psychisch Kranke sind gefährlich, und deshalb habe ich Angst vor ihnen.«) und schließlich mündet in Diskriminierung als Verhaltensfolge (»Daher gebe ich psychisch Kranken keinen Arbeitsplatz.«). Diskriminierung findet nur in einem Machtgefälle zuungunsten der stigmatisierten Gruppe statt (LINK und PHELAN 2001).

Es lassen sich drei Formen von Stigma unterscheiden (CORRIGAN 2005):

- öffentliche Stigmatisierung (wenn Mitglieder der Öffentlichkeit, z. B. Arbeitgeber, Betroffene benachteiligen),
- Selbststigma (wenn Menschen mit psychischer Erkrankung Vorurteilen zustimmen und sie gegen sich wenden) und
- strukturelle Diskriminierung (wenn Regeln und Abläufe, etwa gesetzlicher oder politischer Art, Betroffene absichtlich oder unabsichtlich benachteiligen).

Selbststigma entsteht also, wenn eine Person mit psychischer Erkrankung über sich denkt, sie sei psychisch krank und daher beispielsweise auch faul, gefährlich und schuld an ihrer Erkrankung. Selbststigma ist dabei nicht nur mit verringertem Selbstwertgefühl und Selbstwertwirksamkeit assoziiert, sondern häufig auch mit Scham über die eigene Erkrankung, sozialem Rückzug und Demoralisierung sowie Aufgabe eigener Lebensziele (CORRIGAN u. a. 2009; RÜSCH u. a. 2006).

Um soziale Ablehnung zu vermeiden, entscheiden sich viele Betroffene dafür, ihre Erkrankung geheim zu halten. Dies mag kurzfristig vor Diskriminierung schützen, doch verstärkt es langfristig soziale Isolation (LINK u. a. 1991), auch kann Geheimhaltung zur dauernden Belastung werden, u. a. durch Furcht vor Entdeckung und durch die Unmöglichkeit, authentisch zu sein (PACHANKIS 2007). Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen daher häufig und in verschiedenen Situationen (Arbeitsplatz, Nachbarschaft etc.) vor dem Dilemma, ob sie ihre Erkrankung offenlegen oder aber geheim halten sollen. Dieser Konflikt ist nicht nur in sich belastend, sondern stellt auch eine wichtige Entscheidung im Umgang mit Stigmatisierung dar. Offenlegung birgt zwar Risiken, kann sich aber positiv auf Selbststigma auswirken (CORRIGAN u. a. 2013). Auch dürfte häufigere Offenlegung dazu führen, dass öffentliche Stigmatisierung abnimmt.

Coming Out Proud (neuerdings im englischsprachigen Raum auch »Honest Open Proud« genannt, zu Deutsch »In Würde zu sich stehen«) ist ein von Psychiatrie-Erfahrenen bzw. Peers geleitetes manualisiertes Gruppenprogramm, das Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Entscheidungsfindung zwischen Offenlegung und Geheimhaltung in verschiedenen Settings unterstützen soll (RÜSCH u. a. 2014). Es ist nicht das Ziel des Programms, Menschen zur Offenlegung zu drängen, sondern den Teilnehmern soll im Austausch mit Gruppenleitern, anderen Teilnehmern und im Durcharbeiten des Arbeitsbuches eine individuell stimmige Entscheidung erleichtert werden.

Das Programm besteht aus drei Sitzungen à zwei Stunden, die üblicherweise über drei Wochen, mit einer Sitzung pro Woche, in einer Gruppe von sechs bis zehn Teilnehmern angeboten und von zwei Peers geleitet werden. In der ersten Sitzung geht es v. a. um das eigene Verständnis der Identität als »psychisch krank« und um Vor- und Nachteile von Offenlegung versus Geheimhaltung. Die zweite Sitzung behandelt die Abstufungen auf dem Kontinuum zwischen sozialem Rückzug und völliger Geheimhaltung einerseits und wahlloser Verbreitung der eigenen Erfahrung mit psychischer Erkrankung andererseits. Die dritte Sitzung thematisiert Arten und Weisen, die eigene Geschichte zu erzählen, wenn man sie denn erzählen möchte. Eine Überarbeitung des Programms sieht auch die Möglichkeit weiterer Sitzungen vor, die das Gelernte vertiefen (so genannte Booster-Sitzungen). Das englischsprachige Arbeitsbuch und Manual findet sich in seiner aktuellen Version unter <http://comingoutproudprogram.org/index.php/manual-and-resources>. Die deutschsprachige Version, die wir 2012 für eine Durchführung des Pro-

gramms in Zürich erstellten (RÜSCH u. a. 2014), ist beim Autor erhältlich. Adaptationen des Programms für bestimmte Zielgruppen, etwa Jugendliche oder Soldaten mit psychischen Erkrankungen, sind in Vorbereitung.

Mittlerweile liegen zwei randomisiert-kontrollierte Studien vor, die in der Schweiz (RÜSCH u. a. 2014) und den USA (CORRIGAN u. a. 2015) für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen positive Effekte des Programms auf stigma-bezogenen Stress sowie, in den USA, auch direkt auf Selbststigma zeigen. Weitere Studien sind geplant.

Zusammenfassend ist »In Würde zu sich stehen / Coming Out Proud« ein Ansatz, um Stigma-Bewältigung zu erleichtern und womöglich indirekt auch zum Abbau öffentlicher Stigmatisierung beizutragen. Das Programm ersetzt nicht andere Bemühungen, gegen öffentliche und strukturelle Diskriminierung vorzugehen. Ein wichtiger Aspekt des Programms ist, dass Psychiatrie-Erfahrene bzw. Peers die Gruppen leiten und daher die Führungsrolle innehaben, was für Antistigma-Initiativen aller Art empfehlenswert ist.

Literatur

- CORRIGAN, P. W. (2005): On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change American Psychological Association. Washington DC.
- CORRIGAN, P. W.; KOSYLUK, K. A.; RÜSCH, N. (2013) Reducing self-stigma by coming out proud. In: American Journal of Public Health, 103, S. 794–800.
- CORRIGAN, P. W.; LARSON, J. E.; MICHAELS, P. J.; BUCHHOLZ, B. A.; DEL ROSSI, R.; FONTECCHIO, M. J.; CASTRO, D.; GAUSE, M.; KRZYZANOWSKI, R.; RÜSCH, N. (2015): Diminishing the self-stigma of mental illness by Coming Out Proud. In: Psychiatry Research, 229, S. 148–154.
- CORRIGAN, P. W., LARSON, J. E. and RÜSCH, N., 2009. Self-stigma and the »why try« effect: Impact on life goals and evidence-based practices. in: World Psychiatry. 8, 75–81.
- LINK, B. G.; MIROTZNIK, J.; CULLEN, F. T. (1991): The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? In: Journal of Health & Social Behavior, 32, S. 302–320.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. (2001): Conceptualizing stigma. In: Annual Review of Sociology, 27, S. 363–385.
- PACHANKIS, J. E. (2007): The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. In: Psychological Bulletin. 133, 328–345.
- RÜSCH, N.; ABBRUZZESE, E.; HAGEDORN, E.; HARTENHAUER, D.; KAUFMANN, I.; CURSCHELLAS, J.; VENTLING, S.; ZUABONI, G.; BRIDLER, R.; OLSCHESKI, M.; KAWOHL, W.; RÖSSLER, W.; KLEIM, B.; CORRIGAN, P. W. (2014) Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. In: British Journal of Psychiatry, 204, S. 391–397.

- RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. (2005): Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. In: Psychiatrische Praxis, 32, S. 221–232.
- RÜSCH, N.; HÖLZER, A.; HERMANN, C.; SCHRAMM, E.; JACOB, G. A.; BOHUS, M.; LIEB, K.; CORRIGAN, P. W. (2006): Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. In: Journal of Nervous and Mental Disease, 194, S. 766–773.
- SCHOMERUS, G.; SCHWAHN, C.; HOLZINGER, A.; CORRIGAN, P. W.; GRABE, H. J.; CARTA, M. G.; ANGERMEYER, M. C.. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 125, S. 440–452.

VII Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Nichts über uns ohne uns in der Teilhabeplanung

Ottmar Miles-Paul

Der Slogan »Nichts über uns ohne uns« hat seine Wurzeln Anfang der 80er Jahre in der internationalen Behindertenbewegung. In der UN-Behindertenrechtskonvention ist er fest verankert und im Koalitionsvertrag der Bundesregierung spielt er eine zentrale Rolle. Im Prozess der Entwicklung des Bundesteilhabegesetzes war er bisher zentral und für eine gute Teilhabeplanung ist der Slogan »Nichts über uns ohne uns« ein Muss. Dass diese konsequente Beteiligung behinderter Menschen und von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gerade bei der Teilhabeplanung oft nicht der Fall, bzw. sehr unzureichend ist, machten zu Beginn des Vortrags eine Reihe von Äußerungen aus dem Publikum deutlich.

Thomas Künneke vom Verein »Kellerkinder« aus Berlin wies beispielsweise darauf hin, dass er aufgrund seiner Erfahrungen als Sozialarbeiter an die 500 solcher, wie es in Berlin heißt, Behandlungs- und Rehabilitationspläne geschrieben hat. Er kritisierte, dass Sozialarbeiter und Klienten in der Regel mit solchen Plänen überfordert sind. Kaum ein Mensch mit Handicap verstehe den Teilhabeplan. Dies wurde von einer Reihe weiterer Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestätigt. Bei der individuellen Teilhabeplanung ist es wichtig, dass das Ziel klar ist, nämlich die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und der Inklusion. Hier sind einige Kriterien von zentraler Bedeutung:

- Der behinderte Mensch steht im Mittelpunkt und wählt selbst, wer ihn bei Bedarf im Prozess der Teilhabeplanung unterstützt.
- Die Atmosphäre bei der Teilhabeplanung muss vertrauensvoll sein, es sollten also keine großen »Konferenzen« durchgeführt werden.
- Anbieter der Leistungen müssen vom Betroffenen unabhängig gewählt werden können.
- Es muss bei der Planung eine Flexibilität im Sinne der Selbstbestimmung und Inklusion geben.
- Eine begleitende unabhängige Peer-Beratung ist wichtig, damit behinderte Menschen Informationen und Unterstützungen bekommen, die nicht von den Interessen von Kostenträgern und Leistungserbringern beeinflusst werden.

- Die Vereinbarungen müssen verständlich, also auch in Leichter Sprache, gestaltet werden. Hierauf muss es einen Rechtsanspruch geben.

Neben der individuellen Teilhabeplanung muss es auch eine angebotsbezogene Teilhabeplanung geben, um entsprechend notwendige Angebote für die Betroffenen zu bieten, aus denen sie auswählen können.

Aufbauend auf den Lücken der individuellen Teilhabeplanung kann dann eine Planung von Angeboten stattfinden, die bisher noch fehlen. Dabei sollten die Kostenträger, Leistungserbringer und die Vertreter der Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen vertreten sein. Ziel ist der Auf- und Ausbau der nötigen Angebote zur Umsetzung der Inklusion und der UN-Behindertenrechtskonvention.

Im Hinblick auf eine politische und gesellschaftliche Teilhabeplanung sollten folgende Aspekte im Mittelpunkt stehen:

- Veränderung des gesellschaftlichen Umfeldes im Sinne einer kommunalen Teilhabeplanung.
- Politik, Verwaltung, Kostenträger, Leistungserbringer, Organisationen und Verbände der Zivilgesellschaft und Vertreter der Selbsthilfeorganisationen sollten konsequent beteiligt werden.
- Ziel ist eine sozialraumorientierte Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen im Sinne der Inklusion.

Entscheidend kommt es jedoch auf das Bewusstsein der handelnden Personen an. Hier ist ein Paradigmenwechsel von der einrichtungs- zur personenbezogenen Unterstützung im Sinne der Inklusion nötiger denn je. Große Organisationen wie die Aktion Mensch hat ihren Namen von der damaligen Aktion Sorgenkind geändert und auch ihre Förderpolitik. Einrichtungen haben sich zum Teil aufgelöst und alternative Angebote wurden entwickelt.

Wer auch immer die Teilhabeplanung macht, wird sich im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention mit dem veränderten Bewusstseinswandel befassen müssen. Es geht hier um Menschenrechte. Es geht um echte Partizipation. Denn wenn die Teilhabeplanung nicht zusammen mit den Betroffenen geplant und durchgeführt wird, wie soll es denn funktionieren? Der schönste Teilhabeplan taugt nichts, wenn die Menschen, um die es geht, am Ende nicht mitmachen.

VIII Selbsthilfe – Stand und Perspektiven

Selbsthilfe in Deutschland und anderswo

Vicky Pullen

Ich bedanke mich für die Gelegenheit, hier zum Thema Selbsthilfe sprechen zu können. Persönlich bin ich seit 1976 in Sachen Selbsthilfe aktiv. Dadurch habe ich Genesung erfahren und konnte mich so, neben meiner beruflichen Tätigkeit, auch ehrenamtlich, sozialpolitisch und privat engagieren.

Im Folgenden stelle ich Selbsthilfe aus Psychiatrieerfahrenensicht in Deutschland, Europa und der Welt vor.

In meinem Vortrag spreche ich hauptsächlich von denjenigen Psychiatrie-Erfahrenen, die anfänglich durch Selbsthilfe genug Kraft gefunden haben, auf nationaler und internationaler Ebene politisch und fachlich aktiv zu sein. Ich gehe nicht auf diagnose- oder problemspezifische Gruppen oder Organisationen ein, das würde den Rahmen sprengen.

Es gibt in Deutschland einige Verbände und viele Selbsthilfegruppen im Bereich Psychiatrie-Erfahrung. Ich kann am besten über den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) mit Sitz in Bochum sprechen. Dort bin ich seit 13 Jahren Mitglied. Der BPE wurde im Oktober 1992 gegründet und hat heute ca. 1.130 Mitglieder und ca. 150 Selbsthilfegruppen. Jedes Bundesland hat einen Landesverband außer Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Aus der Satzung des BPE (www.bpe-online.de/verband/satzung.pdf) kann man auszugsweise folgende Ziele entnehmen:

- Vorbeugung von psychischen Krisen.
- Schaffung nichtpsychiatrischer Hilfsangebote.
- Hinarbeiten auf eine andere, gewaltfreie Psychiatrie, wo die Würde des Menschen, die im Grundgesetz verankert ist, auch gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen geachtet wird.
- Austausch von Erfahrung und Informationen untereinander.
- Stärkung des Selbstbewusstseins der Psychiatrie-Erfahrenen.
- Abbau der gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber »psychisch Kranken«.
- Fachliche und organisatorische Beratung der Mitglieder.
- Hinwirken auf die gleichberechtigte Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen an Planung, Entwicklung und Realisierung von psychiatrischen Maßnahmen oder Einrichtungen.
- Abschaffung von Zwangsmaßnahmen.

Der BPE gibt vierteljährlich einen informativen Rundbrief heraus, und einige Landesverbände haben eigene Rundbriefe, wie den »Lautsprecher« in NRW. Jedes Jahr im Herbst gibt es ein großes Jahrestreffen mit ca. 150 Teilnehmenden. In den Landesverbänden finden kleinere Treffen, Aktionstage und Seminare regelmäßig statt. Wer mehr wissen will, möge sich die Homepage www.bpe-online.de anschauen oder im Anschluss Fragen stellen.

Von Deutschland zu Europa

Ungefähr zur gleichen Zeit als der BPE gegründet wurde, als es in Deutschland und Europa nur wenige psychiatriekritische Gruppen gab, fand ein Kongress statt mit 39 Delegierten aus 16 europäischen Ländern (u. a. Großbritannien, Schweden, Dänemark, Belgien, Niederlande, Deutschland, Österreich, Schweiz, Frankreich, Italien, Griechenland und Polen) statt. Hier wurde in Zandvoort (Niederlande) am 27. Oktober 1991 ein internationales Netzwerk von Psychiatrie-Erfahrenen gegründet u. a. mit den Zielen, Informationsaustausch und Zusammenarbeit zu fördern und in allen europäischen Ländern die Rechte von Psychiatrie-Betroffenen zu verbessern. Unter anderem nahmen sie sich vor: Informationen über Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen und (Elektro-)Schockbehandlungen zu veröffentlichen, Alternativen zur Psychiatrie zu entwickeln und das Recht auf Hilfen ohne Psychopharmaka durchzusetzen.

Am Anfang gab es viele Debatten und Differenzen um den Namen ENUSP = European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry, vor allem um den Begriff »user« = »Nutzer«. Diejenigen, die schreckliche Erfahrungen in der Psychiatrie mit Freiheitsentzug und Zwangsmaßnahmen gemacht hatten, konnten sich nicht vorstellen, dass es Menschen geben sollte, die die Dienste der Psychiatrie freiwillig und immer wieder nutzen/genutzt haben.

Damals war es so, dass es in den verschiedenen Ländern ganz unterschiedliche Organisationen gab, sowohl was die Größe der Organisationen anging, als auch die Eigenständigkeit gegenüber Professionellen und dem Ausmaß der Kritik/Ablehnung der Psychiatrie. Das ist bis heute so geblieben (BACH JENSEN und SEIBT 1993).

ENUSP hat eine Beratungsfunktion bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bei der Europäischen Kommission, die den Tätigkeitsbereich »Gesundheits- und Verbraucherpolitik« hat, ist Mitglied im Europäischen Behindertenforum (EDF), das 80 Millionen Europäer mit Behinderungen

vertritt. Ebenso ist ENUSP Mitglied im Europäischen Patientenforum (EPF), welcher ein Dachverband für 65 Dachverbände auf Europäischer Ebene ist (<http://enusp.org/index.php>.)

Die nächsten Meilensteine = Konferenzen des Europäischen Netzwerks der Psychiatrie-Erfahrenen waren (www.enusp.org/index.php/projects/events):

- Kongress in Elsinore, Dänemark, 26. bis 29. Mai 1994
- Kongress in Reading, UK, 3. bis 6. Januar 1997
- Kongress in Luxemburg, 19. bis 21. Februar 1999
- Kongress in Vejle, Dänemark, 17. bis 21. Juli 2004
- Kongress in Thessaloniki, Griechenland, 28. September bis 1. Oktober 2010
- Kongress in Hillerod, Dänemark, 11. bis 14. Dezember 2014

Ich selbst war bei den letzten drei Kongressen und sehe einige Konstanten:

- ENUSP braucht dringend mehr finanzielle Unterstützung.
- Die verantwortungsvollen Tätigkeiten lasten auf den Schultern weniger.
- Es ist schwer, nur per E-Mail, Skype etc. zu kommunizieren, aber für mehr Live-Treffen fehlt das Geld.
- Es ist immer wieder eine Herausforderung, die vielen Menschen mit ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Variationen von Psychiatrie-Kritik, von antipsychiatrisch bis gerne die Psychiatrie nutzend unter ein Dach zu bringen.

Ein kurzer Eindruck vom letzten ENUSP-Kongress in Hillerod, Dänemark

Es waren Delegierte aus 19 Ländern dort (pro Land gab es bis zu drei Delegierte), insgesamt 58 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Drei Tage lang gab es Berichte der Vorstandsmitglieder, Satzungsänderungen, Treffen der Regionen, Seminare, Workshops, z. B. zu folgenden Themen:

- Vortrag von Tina Minkowitz zur UN-BRK.
- Vortrag von Jasna Russo zum Thema »Forschung, die von PEs kontrolliert wird – unser eigenes Wissen untersuchen«.
- Naomi James sprach über den Aufbau von neuen nationalen Strukturen in England, wie in wenigen Jahren die Organisation NSUN (National Survivor User Network) auf über 4.000 Einzel- und über 500 Gruppenmitgliedschaften gewachsen ist.
- Sera Davidow aus USA erzählte ein Teil ihrer Geschichte und wie sie dazu kam, in nutzergeleiteten Einrichtungen zu arbeiten.

- Netzwerk Stimmenhören.
- Open Dialogue.
- Psychopharmaka absetzen.
- Nutzergeleitete Krisendienste.

Dänische Verbände haben 2014 zum dritten Mal sehr freigiebig ENUSP-Kongresse gesponsert, wofür wir sehr dankbar sind. Sehr eindrücklich war die Besichtigung von »Orion«, einem unserer Sponsoren. In der Einrichtung »Orion« – bei uns würde man Heim sagen – leben 34 Menschen im Alter von 20 bis 65 Jahren, die im täglichen Leben Unterstützung brauchen. Das Besondere an »Orion« ist eine wirklich sehr opulente Ausstattung mit Innenteich, Flügel, vielen Kunstwerken und sehr viel Platz. Nach der Begrüßung durch die Leiterin, die uns ihre Einrichtung vorstellte, hielt Herr Poul Nyrup Rasmussen, ehemaliger Ministerpräsident von Dänemark, eine freundliche, respektvolle und wertschätzende Rede. Er befürwortete, dass wir uns auch weiterhin für die Grundrechte und die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen engagieren und plädierte dafür, dass zukünftig alle psychiatrischen Dienste auf Liebe und Hoffnung basieren sollten. Das aus dem Mund eines Politikers zu hören, war sehr erfrischend. Wie sehr würde ich mich freuen, wenn deutsche Verbände (keine Pharmafirmen) auch mal eine ENUSP-Konferenz sponsern würden, und wenn dann noch ein namhafter Politiker solche Worte öffentlich von sich geben würde.

Zusammenfassend kann man sagen, dass vor allem die Mitglieder in den osteuropäischen Ländern Unterstützung brauchen, weil es dort bisher nur sehr wenige reine Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen gibt. Meistens sind Profis dabei, und manche unterstützen in unserem Sinne und manche weniger. Und es gibt oft noch ganz furchtbare Zustände dort, wie z. B. Asmati Augustin aus Georgien beschrieb: In der psychiatrischen Klinik in Tiflis (Tbilisi) gibt es keine Heizung, viele Ratten und überhaupt keine Pflege oder Ansprache. Manche Frauen hatten keine Kleidung, also gab sie ihnen von ihrer eigenen Kleidung, damit sie sich was anziehen konnten. Die Menschen dort haben keinen Zugang zu frischer Luft. Nach ihrem Aufenthalt hat sie angefangen, eine Selbsthilfeorganisation ins Leben zu rufen, hat Angehörige kontaktiert und ihnen von den furchtbaren Zuständen in Tiflis (Tbilisi) erzählt, damit sie versuchen konnten, ihre Angehörigen woanders unterzubringen. Ihr Bericht war sehr beeindruckend.

Die in ENUSP vertretenen Länder, zurzeit ca. 40, sind in Regionen aufgeteilt und werden immer mal wieder neu aufgeteilt. Deutschland war z. B.

die letzten Jahre mit Polen, Estland, Lettland und Litauen in einer Region und ist jetzt zusammen mit Irland, England, Schottland, Wales und den Niederlanden (PULLEN 2014):

- Region Nord: Dänemark, Finnland, Grönland, Island, Norwegen, Schweden
- Region Nordost: Weiß-Russland, Estland, Lettland, Litauen, Russland, Ukraine
- Region Nordwest: Deutschland, Irland, Niederlande, England, Nordirland, Schottland, Wales
- Zentralregion: Österreich, Tschechische Republik, Ungarn, Liechtenstein, Moldawien, Polen; Rumänien, Slowakei
- Region Südwest: Andorra, Belgien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Portugal, San Marino, Spanien, Schweiz
- Region Südost: Albanien, Armenien, Azerbaijan, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Zypern, Georgien, Griechenland, Israel, Mazedonien, Malta, Montenegro, Serbien, Slowenien, Türkei

Von Europa in die Welt

Analog zu ENUSP gibt es auch einen Weltverband der Nutzer und Überlebenden der Psychiatrie: World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP). Die ersten Ideen zur Gründung gab es Anfang der Neunziger. Ab 1997 findet sich der Name WNUSP. Zunächst traf man sich parallel bei anderen Konferenzen. Dann fand der 1. WNUSP-Kongress in Vancouver am 20./21. Juli 2001 statt. Der Zweite war zusammen mit ENUSP in Vejle, DK 2004 (s. o.) und der dritte und bisher letzte fand 2009 in Kampala, Uganda, statt. WNUSP hat Mitglieder in mindestens 50 Ländern der Welt. Es können sowohl landesweite Organisationen als auch einzelne Menschen Mitglied sein.

WNUSP hat auch einen Beraterstatus bei den Vereinten Nationen und hat zur UN-Behindertenrechtskonvention beigetragen.

Auch in Vejle (Dänemark) hörten wir Berichte aus verschiedenen Ländern. Besonders berührt wurden wir durch den Bericht aus Indien von Bhargavi Davar. In Indien gibt es viele Gesetze, mit denen man Menschen einsperren kann, aber keine Gesetze über Pflege, Behandlung oder Freilassung Betroffener. In Indien gibt es 41 Anstalten. Manchmal werden die Betroffenen in Heime für Bettler untergebracht, oder in Armenhäusern, wo bis zu 3000 Menschen leben. Die Anstalten sind Häuser, wo die Betroffenen in

Zellen von 1,5 mal 2 Meter aufbewahrt werden. Maths Jespersen aus Schweden ergänzte, dass diese Zellen wie Käfige seien, aus denen ein entsetzlicher Gestank käme. Er meinte, die Tiere im Zoo wären besser untergebracht als die Betroffenen in Indien. Es gibt z. B. eine Anstalt, wo von 800 Insassen 40 Betroffene auf einer so genannten Genesungsabteilung sind. Die restlichen 760 sind auf geschlossenen Stationen. Die häufigste Behandlung besteht aus Elektroschocks, die oft ohne Narkose verabreicht werden. Viele werden als »nicht verhandlungsfähig« angesehen und abgeschrieben, und sehen oft nicht mehr das Tageslicht. (KLAFKI und PULLEN 2014)

Wenn man solche Berichte hört, kann man glatt vergessen, dass auf der anderen Seite – statistisch gesehen – die Menschen in Dritte-Welt-Ländern wie Indien, Kolumbien und Nigeria wesentlich bessere Chancen haben, von Schizophrenie zu genesen als z. B. Menschen in Europa: »Im interkulturellen Vergleich (DOSMed) jedoch haben schizophrene diagnostizierte Menschen in Entwicklungsländern (Indien, Nigeria, Kolumbien) bei dort seltener Neuroleptikamedikation (2,6–16,5 % in den unterschiedlichen Regionen dieser Studie) insgesamt deutlich weniger Episoden und mehr vollständige Remissionen.« (ADERHOLD 2008)

Zu diesem Ergebnis kommt auch eine bemerkenswerte, drei Jahrzehnte umfassende Studie, die von der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt wurde. Viele westliche Ärzte haben sich zuerst geweigert, dieser Studie zu glauben: dass es Menschen mit Schizophrenie, einer tödlichen Krankheit gekennzeichnet durch Halluzinationen, Denkstörungen und sozialem Rückzug, in der Regel in ärmeren Ländern wie Indien, Nigeria und Kolumbien viel besser geht und dass sie mehr Lebensqualität haben als solche in Dänemark, England und den Vereinigten Staaten. [Anmerkung: Übersetzung der Verfasserin]

»Remarkable three-decade-long study by the World Health Organization – one that many Western doctors initially refused to believe: People with schizophrenia, a deadly illness characterized by hallucinations, disorganized thinking and social withdrawal, typically do far better in poorer nations such as India, Nigeria and Colombia than in Denmark, England and the United States.« (World Health Organization 1998)

Nicht unerwähnt bleiben darf eine andere weltweite Dachorganisation von Psychiatrie-Überlebenden, nämlich Mindfreedom International (MFI). MFI vereint über 100 Gruppen mit mehreren tausend Einzelmitgliedern und setzt sich für Menschenrechte und Alternativen für Psychiatrie-Erfahrene ein. Eine ihrer genialsten Aktionen fand 2003 statt: ein Hungerstreik mit

Aufforderung an die wichtigsten psychiatrischen Verbände in den USA, unter anderem an den APA (vergleichbar mit der DGPPN), Beweise für die angebliche biologische/chemische Grundlage von psychiatrischen Erkrankungen und Beweise für objektive, wissenschaftliche diagnostische Tests für Krankheiten wie Depressionen oder Schizophrenie zu liefern. Es gab einiges an Schriftwechsel, aber am Ende war klar, dass es diese Beweise nicht gibt. Diese Aktion war sehr öffentlichkeitswirksam. (WYATT und MIDKIFF 2006)

Überhaupt gibt es in USA sehr viele Selbsthilfeinitiativen, die sehr oft sehr kompetent und professionell wirken. Ich denke, dass es daran liegt, dass die Bedingungen für Psychiatrie-Erfahrene in den USA seit jeher viel schlechter waren und daher sich Selbsthilfe und Widerstand früh und zahlreich formiert haben. Diese Initiativen betreiben Kontaktstellen, Tagesstätten, Krisenpensionen, und wenn es um die Platzvergabe geht, werden sie oft den von Professionellen betriebenen Einrichtungen bevorzugt, weil sie bessere Ergebnisse haben. Wer sich weiter informieren möchte, empfehle ich nur als Beispiel folgende Seite: www.power2u.org/index.html.

Unbedingt erwähnen möchte ich auch aus den USA, obwohl es eine Organisation ist, in der Psychiatrie-Erfahrene neben psychiatrischen Profis aller Art und anderen Interessierten zusammenkommen: Mad in America. Auf der gleichnamigen Internetseite kann jeder zum Thema schreiben oder kommentieren. Allen gemeinsam ist der Wunsch nach Verbesserung der bestehenden Verhältnisse in der Psychiatrie in den USA und weltweit. 2014 hat Mad in America ein wunderbares Filmfestival über 3,5 Tage veranstaltet mit vielen psychiatriekritischen Filmen, die man sonst wahrscheinlich nicht so schnell zu sehen bekäme. Viele der Filme wurden von Psychiatrie-Erfahrenen gedreht, entweder um zu informieren oder um ihre Vergangenheit aufzuarbeiten. Der Begründer Robert Whitaker hat mittlerweile drei Bücher zum Thema geschrieben und alle haben mir sehr geholfen: »Mad in America«, »Anatomy of an Epidemic« und »Psychiatry under the Influence«. Ich empfehle vor allem das Buch »Anatomy of an Epidemic« (www.madinamerica.com).

Für mich kam die nationale und internationale Selbsthilfe auf fruchtbarste Weise zusammen im Jahr 2007 während, nach und am Rande des WPA-Kongresses zum Thema »Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie«. Unsere damals 90-jährige Ehrenvorsitzende Dorothea Buck war da und einige, die auch hier auf dieser Tagung anwesend sind. Außerdem waren etliche von ENUSP da, von WNUSP und von MindFreedom die damaligen Direktoren David Oaks und Robert Whitaker. Der damalige Präsident der WPA, Juan

Mezzich, und andere WPA-Vertreter nahmen sich drei Stunden Zeit für ein Gespräch mit einigen der oben genannten. Und seine Reaktion auf den Hauptvortrag von Dorothea Buck war sehr respektvoll und wertschätzend (MEZZICH 2011).

Fazit: Es gibt überall auf der Welt Psychiatrie-Erfahrene, die sich in der Selbsthilfe engagieren, überall haben sie unterschiedliche Erfahrungen, Meinungen und Haltungen was die Psychiatrie bzw. was Psychopharmaka angeht. Meiner Ansicht und Erfahrung nach (ich kann es nicht belegen) kommen eher diejenigen zur Selbsthilfe und bleiben dann auch länger, die am bestehenden System etwas verändern wollen. Und: Da wo die Zustände in der Psychiatrie schlecht sind, oder die Versorgung quasi nur über Zwang, Gewalt und Psychopharmaka stattfindet, ist die Selbsthilfe stärker als in Ländern mit Hochversorgung.

Literatur und Quellenverzeichnis

- ADERHOLD, V. (2008): Zur Notwendigkeit und Möglichkeit minimaler Anwendung von Neuroleptika 9/2008 Version 6.0. Online verfügbar unter www.pinel-online.de/fileadmin/user_upload/dokumente/neuroleptika/Aderhold_Neuroleptika_minimieren_6_0.pdf [Zugriff am 30.10.2015].
- BACH JENSEN, K.; SEIBT, M. (1993): Das Europäische Netzwerk von Psychiatrie Betroffenen In: KEMPKER, K.; LEHMANN, P. (Hg.): *Statt Psychiatrie*. Berlin, S. 318–328.
- PULLEN, V. (2014): Bericht über die ENUSP-Konferenz in Hillerød, Dänemark vom 11. bis 14.12.2014. In: Rundbrief 1/2015, S. 11–12 und www.enusp.org/index.php/members/per-country [Zugriff am 30.10.2015].
- KLAFKI, H.; PULLEN, V. (2004): Weltweite Vernetzung unserer Arbeit für Menschenrechte und Menschenwürde. Gemeinsamer Kongress des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP) und dem Weltverband von Psychiatriebetroffenen (WNUSP) vom 17. bis 21. Juli 2004 in Vejle (Dänemark). In: *Mitglieder-rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V.*, 2004, Nr. 3, Artikel 17, S. 24–26 und in *Soziale Psychiatrie*, 29. Jg. [2005], Nr. 1, S. 46–47.
- MEZZICH, J. (2011): Person-centered psychiatry perspectives on coercion and cooperation. In: KALLERT, T. u. a. (Hg.): *Coercive Treatment in Psychiatry*, S. 3–12, hier Seite 7.
- World Health Organization (1998): *Nations for Mental Health: An Action Programme on Mental Health for Underserved Populations Objectives of Nations for Mental*. Online verfügbar unter www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf [Zugriff am 30.10.2015]. und <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2005/06/26/AR2005062601091.html>
- WYATT, W.J.; MIDKIFF, D.M. (2006): Biological Psychiatry: A Practice in Search of a Science. In: *Behavior and Social Issues*, 15, S. 132–151.

Selbsthilfe – Stand und Perspektiven

Franz-Josef Wagner

Der Beginn der Selbsthilfe der psychisch kranken Menschen kann in Deutschland auf das Jahr 1971 datiert werden. Was war 1971 gewesen? Am 31. August trafen sich 19 Mitglieder der Enquete-Kommission im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit dem Ziel, die Psychiatrie zu reformieren. Einen Monat später nahmen sich die 19 Mitglieder der Enquete-Kommission die Reformen aus USA, England, Skandinavien, Niederlande und Frankreich als Vorbild vor, um die deutsche Psychiatrie zu verändern. Vier Jahre später präsentierte die Expertenkommission, geleitet von Caspar Kulenkampff, der Bundesregierung erste Vorschläge zur Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie.

Zu dieser Zeit entstanden neben der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) die Aktion Psychisch Kranke (APK), sehr viele Hilfsvereine und Bürgerinitiativen, so auch der Dachverband Psychosoziale Hilfsvereine. Zehn Jahre später (1984) gab es ein erstes Bundestreffen der Angehörigen psychisch Kranker, aber erst fünf Jahre später gründeten sich die ersten Landesverbände.

Nachdem die Expertenkommission 1988, auf Vorschlag der Enquete-Kommission von 1975, weitere Details zur gemeindenahen Psychiatrie vorgelegt hatte, wurde auch Dorothea Buck aktiv. Sie reichte einen Antrag beim BMG zur Gründung des »Arbeitskreises für mehr Mitbestimmung Betroffener in der Psychiatrie« ein. Noch vor der Gründung des Bundesverbands Psychiatrie Erfahrener (BPE) 1992, trafen sich Psychiatrie-Patienten und -Patientinnen zur Vorbereitung der Gründung eines Bundesverbandes. Danach haben sich Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen, Bundesverbände wie Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung, Autismus Deutschland, Deutsche Depressionsliga, Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen, ADHS Deutschland und auch Selbsthilfegruppen ohne Anbindung an einen Landes- oder Bundesverband gebildet. Gegenstand aller dieser Verbände ist die seelische Gesundheit. Für den Bereich Sucht – die auch eine psychische Störung ist – gibt es schon seit 150 Jahren Selbsthilfeverbände.

Was ist seit dieser Zeit politisch geschehen?

Nach der bundesweiten Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie sind seit einigen Jahren die Finanzierung und neue Leistungsangebote aus dem SGB V in der Diskussion. Hier sind die Schlagworte: PEPP, Hometreatment, regionales Budget, Soziotherapie, integrierte Versorgung, Ambulante Psychiatrische Pflege etc. Andere Leistungsangebote aus dem SGB IX wie Persönliches Budget und die große Diskussion der Eingliederungshilfe mit dem SGB XII sind weitere politische Themen.

Das Bundesteilhabegesetz betrifft nicht nur psychisch kranke Menschen, sondern alle Menschen mit einer Behinderung. So soll damit auch das Dauerproblem »Arbeit für psychisch kranke Menschen« geregelt werden. Nicht nur der besondere Arbeitsmarkt »Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)« soll im Bundesteilhabegesetz neu geordnet werden, auch die Integrationsfirmen sollen eine größere Bedeutung erfahren. Die Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt wird für behinderte Arbeitnehmer und Arbeitgeber attraktiver gestaltet.

Die Heimdiskussion hat erst angefangen. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE RLP) e. V. fordert vor der Formulierung neuer Gesetze eine Bestandsaufnahme der gegebenen Strukturen. Hierzu hat der LVPE RLP e. V. in Zusammenarbeit mit der LAG Selbsthilfe Rheinland-Pfalz fünf Fragen an das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie gerichtet.

Weitere sozialpolitische Themen sind die Maßregelvollzugsgesetze und die PsychKGs der Länder, die alle in den nächsten Jahren auf Grund neuer empirischer Daten und juristischer Entscheidungen formuliert werden müssen. Zur Anhörung im sozialpolitischen Ausschuss des Landtages Rheinland-Pfalz haben wir nach Daten gefragt.

Die Strukturdaten des Maßregelvollzugs sind nicht bekannt, d. h.:

- Anzahl der Patientinnen und Patienten.
- Anzahl der Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern.
- Anzahl der Patientinnen und Patienten aus Rheinland-Pfalz in anderen Bundesländern.
- Anzahl der Migrantinnen und Migranten.
- Wie haben sich die exakten Belegungszahlen in den letzten 20 Jahren entwickelt?
- Wie lange befinden sich die Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen (hier fehlt eine Clusterbildung)?

- Aus welchen Einrichtungen und/oder sozialem Umfeld kommen die Patientinnen und Patienten?
- Wie sind die Kostenentwicklungen in den anderen Bundesländern?
- Wo steht Rheinland-Pfalz in der Unterbringung pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner?
- Woher kommen die Untergebrachten bezogen auf die Städte und Kreise des Landes Rheinland-Pfalz?

Auch fehlen uns Prozessdaten im Maßregelvollzug, z. B.:

- Seit Jahren geht die Besuchskommission (zukünftig Fachkommission) des Maßregelvollzugs in die drei Psychiatriestandorte und sammelt Beschwerden, Anregungen etc. Hier fehlt eine Evaluation der Berichte mit Veröffentlichung in den Landesgremien wie Landespsychiatriebeirat.
- Eine Berichtserstattung über Zwangsmaßnahmen sowie versuchten und vollendeten Suizid.
- Daten über die Anzahl der Patientenverlegungen, nicht nur in die Standorte in Rheinland-Pfalz, sondern bundesweit.
- Es fehlen uns Daten und Informationen zu den Einrichtungen, in denen die soziale und berufliche Wiedereingliederung erfolgt.
- Häufigkeit der Krankschreibung der Mitarbeiter wegen Patientenübergriffen.

Von den Prozessdaten ganz zu schweigen, fehlen uns:

- Daten und Informationen über erfolgte berufliche und soziale Inklusion nach der Wiedereingliederung.
- Nach unserer Information ist die Wiedereingliederung abhängig von der Vorbildung. Es fehlen schulische Daten der Patienten und Patientinnen.
- Daten und Informationen über erfolgte Inklusion von Migrantinnen und Migranten.

Der Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. und die gesellschaftspolitischen Themen

Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) ist der einzige Verband, der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Unterstützung für seine politische Arbeit erhält. Das politische Hauptthema des BPE ist die Abschaffung vom § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) und die Abschaffung der »Zwangspsychotherapie«. Es fällt auf,

dass bei den dreitägigen Tagungen des BPE e.V. bevorzugt »esoterische« Themen, also Themen für Eingeweihte, auf der Tagesordnung stehen, gesellschaftspolitische Themen werden etwas »mager« behandelt und sind eher Randerscheinungen.

Themen wie SGB V, SGB IX und SGB XII, Empowerment, Recovery, Salutogenese, Resilienz, Behandlungsvereinbarung, EX-IN-Ausbildung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, bundesweite Forschungs- und Gremienarbeit, Heime, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), internationale Vernetzung etc. fehlen trotz ihrer gesellschaftspolitischen Brisanz. Die Internetseite des BPE (www.bpe-online.de) enthält schon seit einiger Zeit keine aktuellen gesellschaftspolitischen Themen, und im Rundbrief fallen den kritischen Leserinnen und Lesern lediglich die Rezensionen von Peter Lehmann ins Auge, gesellschaftspolitische Stellungnahmen oder Hintergrundberichte vermissen sie.

Warum stelle ich die Aktivitäten des Landesverbands Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE RLP) e.V. vor?

Aufgrund juristischer und kommunikativer Auseinandersetzungen nach der Satzungsänderung des BPE e.V. im Jahr 2013 hat sich der LVPE RLP e.V. vom BPE losgelöst (siehe dazu www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Kuendigung_BPE_Zusammenarbeit.pdf). Vielleicht war das zum Vorteil beider Verbände, denn seit dieser Zeit übernimmt der LVPE RLP e.V. bundesweite Aufgaben, wie z. B. die Versachlichung der emotionalen Diskussion zu Zwang und Gewalt (siehe hierzu die bundesweit beachtete »Sonderausgabe Leuchtfeuer« unter www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Sonderheft%20Gesamtausgabe.pdf). Darüber hinaus nimmt der LVPE RLP e.V. an dem bundesweiten APK-Projekt »Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse« und erstellt Expertisen zu Recovery.

Bisherige Aktivitäten des LVPE RLP e.V.

Neben dem LVPE Baden-Württemberg e.V. und der Offenen Herberge Stuttgart hat auch der LVPE RLP e.V. eine von Psychiatrie-Erfahrenen organisierte und durchgeführte EX-IN-Ausbildung umgesetzt. Die bundesweiten Themen Frauen in der Psychiatrie, Sexualität, Arbeit für psychisch Kranke – Integrationsfirmen, komorbide Suchterkrankung, Wege der Genesung – Wieder in die Gesellschaft, Lebenskünstler statt Systemsprenger,

Wohnen und Betreuen usw. hat der LVPE RLP e. V. vor über 100 Menschen mit und ohne psychiatrischer Diagnose diskutiert, in anschließender Dokumentation festgehalten und so in die Fachreferate der Professionellen gebracht. Die Fachtagungsdokumentation »Inklusion – Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben!?« und auch das Leuchtfeuer Nr. 19 hatten 2015 jeweils eine Auflage von 500 Exemplaren.

Klaus Laupichler hat als ehemaliger Heimbewohner die Heimdiskussion nicht im BPE, sondern im LVPE RLP e. V. angestoßen. Mit der Tagung: »Wohnen und Betreuen – heute und morgen« brachte er sein Outing, und die Heimdebatte bekam eine qualitativ neue Perspektive. Klaus Laupichler belebte nicht nur die Heimdiskussion in der DGSP, sondern mit der Tagung »Der Weg aus dem Heim – aber wie?« wurde erstmals das biologische Ende im Heim in Frage gestellt. In drei beachtenswerten Broschüren »Zurück ins Leben« (www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/20070507_Broschuere1.pdf), »Gesundung als Reise des Herzens« (www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Broschuere2.pdf) und »Nicht für immer psychisch krank – Wege der Genesung« (www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Innenteil.pdf) konnte das Recoverythema auch in den Heimen diskutiert werden. Die jeweilige Auflage von 2.000 war innerhalb von wenigen Wochen vergriffen.

1997 hat der LVPE RLP e. V. das Thema Behandlungsvereinbarungen in den Landespsychiatriebeirat eingebracht, ist in der Besuchskommission der Forensik des Landes Rheinland-Pfalz integriert worden, hat erstmals einen Vertreter in die Ethikkommission eines ehemaligen Landeskrankenhauses entsandt und hat die Leistungen der Tagesstätten durch eine Evaluation hinterfragt, die dann in landesweite Empfehlungen durch den Psychiatriebeirat mündeten. 2016 werden mit den ehemaligen Landeskrankenhäusern, Dr. h.c. Peter Lehmann und Dr. Volkmar Aderhold »Aufklärungsbögen für Neuroleptika und Antidepressiva« zusammengestellt und entwickelt. Erstmals hat der LVPE RLP e. V. eine Anhörung im Sozialausschuss des Landtages Rheinland-Pfalz zum »Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregel – MvollzG« erhalten. Die Internetseite www.lvpe-rlp.de hatte 2014 über 400.000 Seitenaufrufe.

Perspektiven und Fazit

Viele diagnosebezogene Selbsthilfegruppen sowie der BPE e. V. beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit esoterischen Problemen. Die somatisch kranken Menschen dominieren den Deutschen Behindertenrat und die Be-

hindertenbeiräte der Länder. Das Persönliche Budget, das ursprünglich in Rheinland-Pfalz aus dem Psychiatriereferat entwickelt wurde, wird von den somatisch kranken Menschen adaptiert, weiterentwickelt und in das Bundesteilhabegesetz eingebracht. Psychiatrierelevante Themen, die auch in anderen Behindertengruppen bestehen, werden weder von der Lebenshilfe noch vom VDK oder den Sozialverbänden im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer diskutiert, oder in die politische Debatte gebracht.

Keine somatische Erkrankung hat in den Landesregierungen eigene Referate. Psychiatrie, Maßregelvollzug und Sucht sind in unterschiedlichster Zusammenstellung mit eigenen Referaten in den Landesministerien vertreten. Keine somatische Erkrankung unterliegt eigenen Gesetzen. Hingegen gibt es für psychisch Erkrankte Gesetze, die das Grundgesetz einschränken. Dass sich fast alle psychopathologischen Bundesverbände mit S3-Leitlinien beschäftigen, ist sehr wichtig. Die Beschäftigung mit aktuellen Themen wie SGB V, SGB IX und SGB XII sowie Heimdiskussion ist ebenso wichtig und notwendig, um nicht vor vollendete gesellschaftspolitische Tatsachen gestellt zu werden.

Ausblick für eine zielgerichtete und politische Arbeit

Eine zielgerichtete gesellschaftspolitische Arbeit der Betroffenen, wie sie die Ehrenvorsitzenden des BPE e. V. Dorothea Buck vorschwebte, sieht die Arbeit auch außerhalb der S 3-Leitlinien vor (Psychose-Seminare, Gedenken an die NS-Opfer, Berufsverbote für psychisch Kranke, EX-IN-Ausbildung etc.). Der Antrag zur Gründung des »Arbeitskreises für mehr Mitbestimmung Betroffener in der Psychiatrie« aus dem Jahre 1988 ging damals an das BMG – gemeint waren aber auch andere politische Themen. Betroffene müssen bei Themen wie Arbeit für psychische kranke Menschen, das Recht auf Sexualität, Bestandsaufnahme in der Forensik und den Heimen, soziale und psychologische Probleme der Menschen in den stationären und ambulanten Psychiatrien, Aufklärungsbögen für Psychopharmaka, Recovery- und Empowermentansätze, Resilienzdiskussion sowie Salutogenese besetzen und Meinungsführer werden bzw. sein.

Dazu müssen, neben der Forderung nach der Beteiligung an Forschungsprojekten, eigene Forschungsprojekte ins Leben gerufen, Evaluationen eingefordert und durchgeführt, empirische Analysen hinterfragt, Gesetzesnovellierungen und neue Gesetzesvorhaben kommentiert und nationale und internationale Verbindungen aufgebaut werden. Eine Intensivierung

der Gremienarbeit in den Bundesministerien, Fachgesellschaften, Beiräten, Forschungsgruppen ist ebenso wichtig wie das Aufwerfen von Tagungsthemen und der kooperativen Beteiligung an internationalen und nationalen Tagungen und Kongressen. Dieses können wir nicht den Fachgesellschaften und somatisch kranken Menschen überlassen.

So wie die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) vor 45 Jahren, die Aktion Psychisch Kranke (APK) vor 44 Jahren und der Dachverband Gemeindepsychiatrie vor 40 Jahren zur Umsetzung der Gemeindepsychiatrie gegründet wurden, so sind zur gesellschaftspolitischen Arbeit der psychisch betroffenen Menschen aktuell Arbeitskreise einzuberufen, um später eventuell eine Organisation zu gründen, die alle psychischen Störungen betrifft und in der sich alle psychischen Störungen wiederfinden.

Psychiatrie ohne Selbsthilfe?!

Hermann Stemmler

Mein Name ist Hermann Stemmler – in meinem früheren Leben hieß ich Hermann Kraus und war Psychiatriekoordinator beim Bezirk Oberbayern.

Eine kurze Erläuterung zu den Bezirken in Bayern: Oberbayern besteht aus drei kreisfreien Städten und 20 Landkreisen. Seit 1816/1828 nehmen die Bezirke kommunale Aufgaben mit überregionaler Bedeutung wahr. Als oberste und dritte kommunale Ebene stellen sie eine bayerische Besonderheit dar. Die Bezirke haben folgende Schwerpunktaufgaben:

- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sowie die Hilfe zur Pflege.
- Bereich Gesundheit: Träger der psychiatrischen und neurologischen Fachkliniken.
- Bildungsbereich: Träger von Förderschulen, Berufsschulen, Kultur- und Bildungszentren, Aufgaben im Umwelt- und Naturschutz, sowie Kultur- und Heimatpflege.

Der Bezirk Oberbayern ist mit 17.530 Quadratkilometern sowohl flächenmäßig als auch bezogen auf die Einwohnerzahl (etwa 4,5 Millionen) der größte Bezirk Bayerns. Alleine im Ballungszentrum München leben etwa 2,3 Millionen Menschen.

Bei Übernahme meiner Tätigkeit als Psychiatriekoordinator für diese große Versorgungsregion im Jahr 1996 fand ich eine stark entwickelte vollstationäre Situation, sowohl im klinischen- als auch im Heimbereich vor.

Meine Schwerpunktaufgaben der folgenden zehn Jahre waren zunächst die Planung, Entwicklung und der Aufbau von ambulanten, gemeindenahen Versorgungsangeboten in den 20 Landkreisen und drei kreisfreien Städten. Von Sozialpsychiatrischen Diensten, über psychiatrische Tagesstätten, Integrations- und Zuverdienstfirmen, sowie verschiedensten ambulant betreuten Wohnformen, reichte die Palette der Entwicklung.

Parallel dazu entstanden in jedem Landkreis vernetzte Strukturen, beginnend mit Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen mit verbindlichen Kooperationen bis zu den heutigen, allgegenwärtigen regionalen Steuerungsverbünden.

1997 fand an meinem Dienstsitz in München, im Plenarsaal des Verwaltungsgebäudes des Bezirks Oberbayern, die erste Vollversammlung der

Leiterinnen und Leiter psychiatrischer Selbsthilfegruppen aus ganz Oberbayern statt.

Dies war der Startschuss für von nun an regelmäßig zweimal im Jahr stattfindende Selbsthilfegruppentreffen. Höchst spannend und interessant waren die Reaktionen der Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter des Bezirks, denn bei den ganztägigen Veranstaltungen kam es zu persönlichen Begegnungen in der Kantine, beim gemeinsamen Mittagessen oder in der damaligen Raucher-Cafeteria zwischen Verwaltungsangestellten und psychiatrienerfahrenen Gruppenleitern – für viele Kolleginnen und Kollegen eine neue Erfahrung.

Aus diesem regelmäßigen Arbeitstreffen der psychiatrischen Selbsthilfe entwickelten sich verschiedene Initiativen, die von Erfahrungsaustausch, Schulungen, Klausuren bis Fachvorträgen führte.

Gottfried Wörishofer, der die Münchner Psychiatrie-Erfahrenen Selbsthilfe (MüPE) mitbegründet hatte, wurde 1998 der erste psychiatrie-erfahrene Selbsthilfe-»Profi« in Deutschland, der über den Bezirk Oberbayern gefördert wurde. Sein Aufgabenspektrum umfasste die Initiierung und Aufbauhilfe, sowie Peer-Beratung, Schulung und Fortbildung von psychiatrischer Selbsthilfe im Ballungszentrum München. Er leistete und leistet großartige Arbeit und war einer der Wegbereiter der psychiatrischen Selbsthilfebewegung in Oberbayern und Bayern.

Ab 2002 entwickelte sich die oberbayerische Initiative der Angehörigen psychisch Kranker (OI ApK) – bis dahin gab es lediglich starke Ortsverbände. In München ist der größte Ortsverband der Angehörigen Deutschlands zu Hause.

Mit diesem oberbayerischen Zusammenschluss gelang es, die Interessen der bis dahin in Ortsverbänden zergliederten Angehörigeninitiativen zu bündeln. Der Bezirk Oberbayern fördert seit 2003 die OI ApK mit einer Halbtagsstelle. Das Aufgabenspektrum umfasst den Aufbau und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen der Angehörigen, sowie Peer-Beratung und Öffentlichkeitsarbeit.

Leider... Oder Gott sei Dank...

Eine schwere depressive Erkrankung, die sich schon länger angekündigt hatte, beendete meine Karriere als Psychiatrie-Koordinator im Jahr 2005.

Denn so durfte ich die Kehrseite der Medaille erleben, deren Vorderseite mir durch meine frühere berufliche Erfahrung so vertraut war, dass ich – wie

viele psychiatrische Profis – stets zu wissen glaubte, was gut für Betroffene und/oder deren Angehörige ist.

In der Zeit meiner psychiatrischen, therapeutischen Auseinandersetzung mit meiner Erkrankung wurde in New York die UN-Behindertenrechtskonvention verabschiedet, deren Inhalte und Wirkungen wir in den letzten Tagen diskutiert haben.

Teilhabe dieser Konvention nahmen entscheidenden Einfluss auf meinen Genesungsprozess, denn ich konnte neue berufliche Perspektiven für mich daraus ableiten: Nach monatelangen Verhandlungen mit meinem Arbeitgeber, stimmte dieser Ende 2007 meinem neuen Aufgabenfeld »Koordination der psychiatrischen Selbsthilfe und Inklusion« zu. Obwohl die UN-Konvention in Deutschland zu dem Zeitpunkt noch nicht ratifiziert war und damit die gesetzlichen Zuständigkeiten für die Umsetzung noch nicht geregelt waren.

So hatte ich Zeit und Ruhe mein neues Betätigungsfeld vorzubereiten: Erfahrungen mit professionell angeleiteter Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen und der Initiierung einer Ortsgruppe der Angehörigen hatte ich in einer meiner früheren Tätigkeitsfelder bereits sammeln dürfen. Zudem konnte ich auf die geschilderten, bereits vorhandenen Selbsthilfestrukturen aufbauen.

Also veranstalteten wir zunächst einen Workshop mit den bereits vertrauten Leiterinnen und Leitern der Selbsthilfegruppen, um einen Überblick über das gesamte Spektrum der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener zu bekommen. Das Ergebnis war überwältigend (s. Abbildung 1).

In einer sogenannten »Vorbereitungsgruppe« – zehn delegierte Betroffene, die während einer Plenumsveranstaltung aller örtlichen psychiatrischer Selbsthilfegruppen gewählt wurden – entstand die Idee einer Fachtagung für professionelle, psychiatrische Leistungserbringer aus allen Versorgungsbereichen: »Die Zeit ist reif für Veränderung?« (Februar 2010)

Die Veranstaltung, an der ca. 180 Betroffene, Angehörige und psychiatrisch-professionelle Leistungserbringer teilnahmen war eine Zukunftswerkstatt, mit und organisiert von psychiatriee erfahrenen Selbsthilfgruppenleitern aus Oberbayern. Die Vorbereitung dauerte aus professioneller Sicht sehr lange (2½ Jahre) – jedoch lernte ich in dieser Zeit, wie wichtig für abgestimmte Prozesse auf gleicher Augenhöhe mit Betroffenen – Geduld, Vertrauen und Toleranz ist.

In der Tagung, die 2010 stattfand, wurden folgende Themen referiert:

Psychiatrie Profi: »Wunsch und Wirklichkeit (in) der psychiatrischen Versorgung«

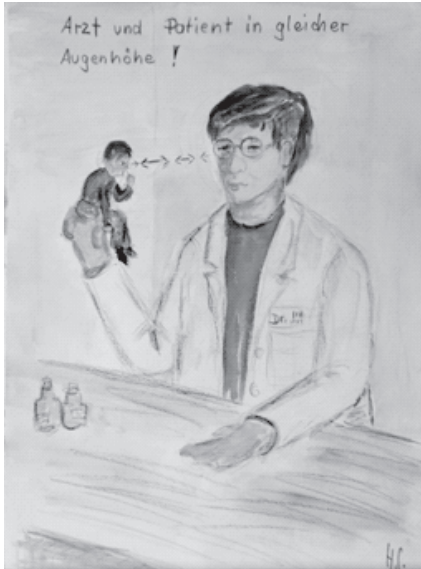


Abb. 1: Selbsthilfe-Sonne, entstanden in der Selbsthilfeorganisation »Quo Vadis e. V.«

Psychiatrie-Erfarene: »Wirklichkeit und Wunsch (in) der psychiatrischen Versorgung«

Dialogisch besetzte Workshops rundeten die Tagung ab:

1. Gleiche Augenhöhe – Chance oder Illusion
2. Genesung als Auftrag an Patient und Profi - Selbst- und/oder Fremd-Heilung



So nicht!

Abb. 2: Veröffentlicht mit Erlaubnis der Künstlerin Hannelore Schäl

3. »Ist es gesund normal zu sein«? Sinn und Werte einer menschenwürdigen Gesellschaft.

Die Ergebnisse und die nachhaltige Wirkung dieser Tagung waren und sind überwältigend. Am Ende der Fachtagung entstand eine gemeinsame Erklärung:

Durch eine intensivierte Kommunikation und Erfahrungsaustausch soll das gegenseitige Verständnis und Verstehen aller Beteiligten an und in der psychiatrischen Versorgung gefördert werden. Die oberbayerischen Selbsthilfegruppen für Psychiatrie-Erfarene, die Selbsthilfe der Angehörigen psychisch Kranker und die anwesenden Psychiatrie-Profis wollen in Zukunft einen verstärkten Dialog »auf gleicher Augenhöhe« anstreben.

Als Ziel des entstanden Dialogs wurde definiert:

Ein kooperatives, partnerschaftliches Fühlen, Denken und Handeln (= Haltung) soll zur Verbesserung der Lebenswelten

- innerhalb (Optimierung der Versorgungsqualität) und
- außerhalb (Veränderung gesellschaftlicher Perspektiven) der Psychiatrie genutzt werden.

Die Inhalte der gesamten Tagung sind dokumentiert im Tagungsband »Die Zeit ist reif für Veränderung«, der unter www.ospe-ev.de heruntergeladen werden kann.

Im Rahmen eines bis heute andauernden dialogischen Prozesses werden Möglichkeiten der bedürfnis- und bedarfsorientierten Veränderungen in den folgenden Aufgabenfeldern diskutiert und mit den Verantwortlichen gemeinsam umgesetzt:

1. Psychiatrische Selbsthilfe
2. Behandlung und Therapie (ambulant und stationär).
3. Beratung und Betreuung
4. Ausbildung, Lehre, Arbeit und Tagesstruktur (einschl. Fort- und Weiterbildung)
5. Wohnen und häusliches Umfeld

Im Folgenden beispielhafte Ergebnisse und Projekte, die sich in den letzten Jahren in partnerschaftlich-dialogischen Prozessen entwickelt haben:

- Gründung der Vereinigung der Oberbayerischen Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e. V. (OSPE e. V.) = ein freiwilliger Zusammenschluss aller Selbsthilfegruppen Oberbayerns.
- Gründung der Vereinigung oberbayerische Initiative der Angehörigen psychisch Kranker (OI ApK) = Zusammenschluss aller Ortsverbände der Angehörigen.
- Flächendeckender Aufbau von unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen (UpB) in Oberbayern (derzeit sind sieben von zehn geplanten UpB in Oberbayern umgesetzt).
- Unterstützung beim Aufbau von örtlichen Selbsthilfe-Gruppen und von niedrigschwelligen Angeboten für Betroffene und Angehörige (Peer Beratung).
- Kooperationstreffen zwischen OSPE e. V. und TAG (EX-IN Verantwortung).

Darüber hinaus wurde ein regelmäßiger dialogischer jour fix mit der Geschäftsführung der psychiatrischen Kliniken des Bezirks Oberbayern (KBO) festgelegt, aus dem folgende Projekte resultierten:

- Selbsthilfefachtage in den klinischen Versorgungsregionen
- Kooperationsvereinbarungen: Qualitative Veränderung der Aufnahme- und Entlassstandards
- Erarbeitung einer Behandlungsvereinbarung (derzeit in Modellerprobung)

- PeerArbeit in psychiatrischen Kliniken/modellhafte Erprobung im Rahmen von EX-IN

Außerdem die Beteiligung OSPE und der ApK an folgenden regionalen und bezirklichen Gremien und Fachtagungen vereinbart:

- Gremium Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung (GSV) mit konkreten Arbeitsaufträgen in Form von Projektgruppen
- Sozial- und Gesundheitsausschuss (Antrag läuft derzeit)
- Regionale Steuerungsverbünde (GPV) und Gremien
- Runder Tisch der Krankenkassen
- Arbeitskreis Reha+
- Fachtagungen der KBO, SpDi, nationalen und internationale Psychiatrietagungen, z. T. als Mitwirkende

Ich möchte Ihnen noch einige Thesen und Aspekte mit auf den Weg geben:

1. Ökonomischer Aspekt:
Nur unter Beteiligung psychiatrischer Selbsthilfe (Experten in eigener Sache) auf allen Ebenen ist die Finanzierung einer qualitativ guten psychiatrischen Versorgung dauerhaft zu gewährleisten.
2. Gesellschaftspolitischer Aspekt:
Inklusion im und für den Bereich Psychiatrie kann nur gemeinsam mit den Selbsthilfe-Organisationen der Angehörigen und Betroffenen gelingen. (»Inklusion von innen«).
3. Professioneller Aspekt
Das oberste Ziel jeglichen professionellen Handelns in der psychiatrischen Behandlung, Beratung, Betreuung und Versorgung muss es sein, den Betroffenen so weit als möglich dabei zu unterstützen, seine Eigenverantwortung und seine Selbstbestimmung in seinem gewünschten, für ihn »normalen« Umfeld wieder zu erlangen. Kooperationen mit Nachbarschaftshilfen, Laienhilfen, Vereinen und Selbsthilfemöglichkeiten sollten hierbei selbstverständlich sein.

Schlusswort

Seelische Gesundheit wird sicherlich ein zentrales Thema unserer Gesellschaft auch in den kommenden Jahrzehnten sein. Die Herausforderungen sind nur im gesamtgesellschaftlichen Kontext zu lösen. Neben einer gut aufgestellten professionellen Versorgung werden gut konzipierte Aufklä-

rungs- und Gesundheitskampagnen notwendig sein, um möglichst viele Menschen zu erreichen und deren Bereitschaft in einer inklusiven Gesellschaft mitzuwirken.

Was die aktuelle Situation betrifft, würde ich mir sehr wünschen, dass wir die Grenzen der Einteilung der psychiatrischen Welt in Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer zunehmend »aufweichen« können. Letztlich »sitzen wir im gleichen Boot« und es ist unsere gemeinsame Aufgabe, eine lebenswerte, »gesunde« und inklusive Gesellschaft zu entwickeln.

Wissen wir doch alle, dass es beispielsweise viele professionelle Helfer mit eigener Krankheits- bzw. Psychiatrie-Erfahrung gibt, genauso wie sich viele Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung oder deren Angehörige sehr professionell in Beratung und Selbsthilfe engagieren.

Daher wäre es mein Wunsch, dass wir zu einer ehrlichen, auf Augenhöhe stattfindenden »Kultur des Miteinanders« zwischen Menschen kommen.

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sollten dabei unterstützt werden, sich weg von der Opferrolle, hin zu Experten für sich – vielleicht auch für andere – zu entwickeln.

Ebenso ist es wichtig, dass die Nutzerinnen und Nutzer der Versorgung, also Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und deren Angehörige, stärker in die Entscheidungsprozesse und die damit verbundene Verwendung von Geldern einbezogen werden.

Schließlich sollte die Sinnhaftigkeit von Krisen deutlicher betrachtet und als Ressource zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung genutzt werden.

Im Bezirk Oberbayern ist die Beteiligung der Betroffenen-Selbsthilfe und der Angehörigen in der Psychiatrieplanung, -entwicklung und -versorgung regelhaft sichergestellt und beschlossen. »Psychiatrie ohne Selbsthilfe« würde für uns einen großen Rückschritt bedeuten. Die Einbeziehung der Ressourcen der Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige psychisch Kranker) und deren Selbsthilfepotential sind in den Köpfen der Verantwortlichen gelandet und wird dauerhaft auch die innere Haltung und Überzeugung verändern.

Hilfreiche und weiterführende Internetquellen

www.bezirk-oberbayern.de

www.ospe-ev.de

www.oberbayerische-initiative.de

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Valentin AICHELE, Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, Institut für Menschenrechte, Berlin

Dr. Anja Esther BAUMANN, Geschäftsführerin, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Patrik BOERNER, Dipl.-Pädagoge, Vorstand ADHS Deutschland e. V., Berlin

Cornelia BRUMMER, Vorstand, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V., Hamburg

Sebastian BURGER, Initiator und künstlerischer Leiter der MUT-TOUR, Bremen

Jurand DASZKOWSKI, Vorstand, Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hamburg e. V., Hamburg

Prof. Dr. Jörg Michael FEGERT, Ärztlicher Direktor; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ulm

Wolf HARTMANN, Geschäftsführer, Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V., Hamburg

Prof. Dr. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Rainer HÖFLACHER, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V., Teningen

Jörg HOLKE, Leiter des Referats Psychiatrie, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Maria KAMINSKI, Vorsitzende, Autismus Deutschland e. V., Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus, Hamburg

Dr. jur. Heinz KAMMEIER, Lehrbeauftragter für Recht im Gesundheitswesen, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Münster

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, ehemaliger Ärztlicher Direktor, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Kassel

Dr. phil. h. c. Peter LEHMANN, Verleger, Autor, Dipl.-Sozialpädagoge, bis 2010 Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatrie-betroffenen, Berlin

Dr. Hans Jochim MEYER, Vorsitzender, Angehörige psychisch Kranker, Landesverband Hamburg e. V., Hamburg

Ottmar MILES-PAUL, Koordinator, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), Berlin

Margret OSTERFELD, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied im Unterausschuss zur Verhütung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe der Vereinten Nationen (UN/SPT), Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Dortmund

Prof. emer. Dr. Reinhard PEUKERT, Professor emer. der Hochschule Rhein-Main, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Wiesbaden

Vicky PULLEN, Vorstand, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE), Sankt Augustin

Frank RETTWEILER, Systemischer Therapeut, Vorstand, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V., Speyer

Mag.^a Daniela ROJATZ, Junior Researcher, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Wien

Matthias ROSEMAN, Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin, Vorsitzender der BAG GPV, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Prof. Dr. Nicolas RÜSCH, MSt, Professor für Public Mental Health und Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg, Ulm

Elisabeth SCHEUNEMANN, Koordinatorin für Psychiatrieerfahrene in der Besuchskommission in NRW, Diplom-Soziologin, Gerontosozialtherapeutin, Detmold

Rolf SCHMACHTENBERG, Leiter Abteilung V, Teilhabe, Belange behinderter Menschen, Soziale Entschädigung, Sozialhilfe, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Regina SCHMIDT-ZADEL, Mitglied des Bundestags a. D., Vorsitzende, Landesverband der Alzheimergesellschaften NRW e. V., stellv. Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ratingen

Wiebke SCHNEIDER, Geschäftsführerin und Suchtreferentin, Guttempler in Deutschland, Hamburg

Gyöngyvér SIELAFF, Dipl.-Psychologin, Trialogische Leitung/Co-Leitung Peer-Beratung, Experienced-Involvement Präventionsprojekt (EX-IN), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg

Hermann STEMMLER, Dipl.-Sozialpädagoge, Koordination psychiatrischer Selbsthilfe und Inklusion, Bezirk Oberbayern, München

Lutz STROPPE, Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Jörg UTSCHAKOWSKI, Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Pädagoge, Psychiatriereferent des Landes Bremen

Prof. Dr. Michael VON CRANACH, Honorarprofessor, Psychiater, Angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, München

Prof. Dr. rer. soc. Elisabeth WACKER, Lehrstuhl für Diversitätssoziologie, Technische Universität München, Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, München

Franz-Josef WAGNER, Vorsitzender, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V., Trier

Uwe WEGENER, Vorsitzender, bipolaris Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e. V., Berlin

Peter Weiß, Mitglied des Bundestags, Emmendingen - Lahr, CDU/CSU-Fraktion, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Emmendingen/Lahr

Stefan WÖHRMANN, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Dr. Dyrk ZEDLICK, Chefarzt, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Leipzig

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 41** **Qualität therapeutischer Beziehungen**
Tagung am 24./25. September 2014 in Berlin
- Band 40** **Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen**
Tagung am 24./25. September 2013 in Berlin
- Band 39** **Gleichberechtigt mittendrin**
Partizipation und Teilhabe
Tagung am 6./7. November 2012 in Berlin
- Band 38** **Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum**
Festakt am 17. Oktober 2011 und
Fachtag am 18. Oktober 2011 in Berlin
- Band 37** **Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern**
und Jugendlichen braucht Hilfe!«
Tagung am 8./9. November 2010 in Kassel
- Band 36** **»Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person**
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18./19.06.2009 in Berlin
- Band 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. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 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** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn
»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
- Band 22** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«
vergriffen Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Sonderdruck** »Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«
vergriffen Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
vergriffen Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen 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. 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 25.6.1977 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**
vergriffen »Gemeindenahe Psychiatrie«
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