Partizipativer
Landschaftstrialog
Psychiatrie und psychosoziale Versorgung

Gleichberechtigte Partizipation

Eine menschenrechtliche Herausforderung für alle

Handlungsempfehlungen
des partizipativen Landschaftstrialoges

Gefördert durch:
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Impressum

Herausgeber und V. i. S. d. P.
Kellerkinder e .V.
Ebertystraße 8
10249 Berlin
www.seeletrifftwelt.de
Internetseite des Projekts: www.landschaftstrialog.de
Kontakt
landschaftstrialog@seeletrifftwelt.de
Inhaltserstellung und Redaktion
Koordinierungsteam Landschaftstrialog
Julia Lippert
Ute Krämer
Eileen Friesecke
Satz und Gestaltung
Line Menzel
gestaltung@lmente.de
Photos
Katja Grätzel von Grätz

Die Broschüre kann heruntergeladen werden unter:
www.landschaftstrialog.de/handlungsempfehlungen-des-partizipativen-landschaftstrialoges

Wir danken ...
Den vielen Teilnehmenden für ihre Beiträge, ihr Vertrauen,
ihre Zeit und ihr unermüdliches Engagement.

Dezember 2021

Inhaltsverzeichnis

1	**Das Projekt**	**4**
1.1	Umsetzung	4
1.2	Ziel	5
1.3	Reflexionen innerhalb des Koordinierungsteams	5
1.4	Herangehensweise	6
2	**Grundlagen einer menschenrechtskonformen Unterstützungslandschaft**	**7**
2.1	Der Weg zum menschenrechtlichen Modell	7
2.2	Selbstbestimmung, Selbstvertretung und Partizipation	7
2.3	Bewusstseinsbildung	9
3	**Problemlagen des psychosozialen Versorgungssystems**	**10**
3.1	Kritik an der Dominanz des medizinischen Modells	10
3.2	Das Scheitern an den Grenzen der SGBs	11
3.3	Diskriminierung	11
3.4	Exklusion von Menschen mit psychosozialen Behinderungen	11
3.5	Zwang immer noch Teil der psychiatrischen Versorgung	13
4	**Handlungsempfehlungen für eine menschenrechtskonforme Unterstützungslandschaft**	**16**
4.1	Wirksame Partizipation	16
4.2	Neuausrichtung der psychosozialen Unterstützungslandschaft	18
4.3	Zugängliches Wohnen	19
4.4	Zugängliches Arbeiten	20
4.5	Zugängliche Bildung	21
4.6	Assistenz	22
4.7	Zugängliche medizinische Unterstützung	23
4.8	Forderungen in Bezug auf das Betreuungsrecht	28
4.9	Forderung nach psychiatrischer Unterstützung ohne Zwang	31
5	**Es war einmal... Partizipation: Dank an die Beteiligten und Mut für eine gleichberechtigte Zukunft**	**36**

1 Das Projekt

1.1 Umsetzung

Der betroffeneninitiierte „Partizipative Landschaftstrialog Psychiatrie und psychosoziale Versorgung“ wurde für zwei Jahre, 2020 und 2021, durch den Partizipationsfond des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert. Mit der Ende 2016 veröffentlichten »Richtlinie für die Förderung der Partizipation von Menschen mit Behinderungen und ihrer Verbände an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten« [1] hat der Gesetzgeber einen bundesweiten Förderrahmen zur Verfügung gestellt und mit dem §19 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) eine erste Grundlage für eine gleichberechtigte Partizipation an politischen Entscheidungsprozessen gelegt. Anlass hierfür ist der Artikel 4 UN-BRK, der die Verpflichtung vorgibt: bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften, bei der Verwirklichung politischer Konzepte zur Durchführung des Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, mit diesen, über die sie vertretenden Organisationen, enge Konsultationen zu führen und sie aktiv einzubeziehen. Zusätzlich verpflichtet der Artikel 29 UN-BRK sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen, wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben partizipieren können.

Durch jahrelange kollektive Expertise in der politischen Selbstvertretung und die Finanzierung aus dem Partizipationsfond konnte der Kellerkinder e.V. Berlin den »partizipativen Landschaftstrialog« ins Leben rufen. Dabei kamen Vertreter*innen aus unterschiedlichen Interessengruppen zu über vierzig Arbeitsgruppentreffen, drei Symposien und einer Auftakt- und Abschlussveranstaltung zusammen. Innerhalb der Projektlaufzeit tauschten sich folgende Vertreter*innen überwiegend online aus, um Ideen zur Verwirklichung der Menschenrechte in den psychosozialen Unterstützungsstrukturen zu diskutieren: Aktivist*innen der unabhängig organisierten Selbsthilfe und Selbstvertretung, individuelle Selbstvertreter*innen mit Psychiatrieerfahrungen, Genesungsbegleitende, Menschen aus dem Autismus-Spektrum und Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, Menschen mit Mehrfachrollen als Betroffene und Angehörige, Angehörigenexpert*innen, Menschen aus den verschiedenen Berufsgruppen der psychosozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft (SGB V und SGB IX), wie z.B. Fachpflegende, Ergotherapeut*innen, Einrichtungsleitende und -mitarbeitende, Psychiater*innen; darüber hinaus Menschenrechtsexpter*innen, Politiker*innen und Jurist*innen.

Von den Treffen der sechs thematischen Arbeitsgruppen wurden Protokolle erstellt und passwortgeschützt eingestellt auf unsere Internetseite. Die Teilnehmenden konnten diese jederzeit aufrufen, ergänzen und korrigieren. Außerdem sind von den drei Symposien und der Auftakt- und Abschlussveranstaltung Videomitschnitte, die auf der Internetseite www.landschaftstrialog.de online anschaubar sind, erstellt worden. Als Referent*innen für diese öffentlichen Veranstaltungen konnten wir u.a. Dr. Sigrid Arnade und Ottmar Miles Paul von der ISL und Netzwerk Artikel 3, Corinna Rüffer und Maria Klein-Schmeink von den Grünen, Dr. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär des BMAS, Christel Achberger vom DGSP e.V., Prof. Andreas Heinz vom DGPPN e.V. und außerdem Stephanie Loos, Elternselbsthilfe, gewinnen. Zur Abschlussveranstaltung gab es zusätzlich einen Vortrag von Dr. Leander Palleit vom Deutschen Institut für Menschenrechte und Grußworte von Dr. Michelle Funk von der WHO und Dunja Mijatović, Menschenrechtskommissarin des Europarats. Bereits zu der Auftaktveranstaltung referierten spätere Teilnehmen-

de der Arbeitsgruppen: Yvonne Mahling vom ApK Berlin, Silvia Meck, Genesungsbegleiterin EX-IN, und Reiner Ott, Peerberatung Hamburg GBPH e.V.. Zusätzlich berichteten Jasmin Ellsässer, studierte Pflegekraft, Tina Lindemann von der FiD gGmbH Berlin, Dr. Jann Schlimme, niedergelassener Psychiater in Berlin, und Dr. Martin Zinkler, damals Chefarzt Klinikum Heidenheim, zu ihrer Perspektive aus dem Versorgungssystem. Nicht zuletzt haben Sabine Haller und Thomas Künneke vom Vorstand des Kellerkinder e.V. die Forderung nach uneingeschränkter Selbstbestimmung dargelegt. Themen der Symposien und der Veranstaltungen waren:

- Menschenrechte im Trialog und Partizipation
- Menschenrechtliche Themenentwicklung im Austausch der Arbeitsgruppen
- Von der Theorie in die Praxis – (politische) Forderungen klug stellen
- Wie können wir die psychosoziale Unterstützungslandschaft verbessern? Forderungen aus unterschiedlichen Perspektiven
- Eine menschenrechtskonforme Unterstützungslandschaft gemeinsam gestalten

Auf Grund der Entwicklung rund um die Corona-Pandemie wurden alle Veranstaltungen online oder als Hybridveranstaltungen umgesetzt. Zum ersten Symposium im Herbst 2020 und zur Abschlussveranstaltung im Herbst 2021 war es uns möglich, auch vor Ort zusammenzukommen. Diese präsenten Formen des Austausches und Vernetzens haben über die zwei Jahres leider nicht oft stattfinden können. Dennoch haben wir in der Projektlaufzeit viele kluge, engagierte, willensstarke, warmherzige und tolerante Menschen zusammenbringen können, um unser gemeinsames Ziel zu entwickeln.

1.2 Ziel

Unser Ziel ist die Verwirklichung der Menschenrechte in all ihren Facetten in der Psychiatrie und psychosozialen Versorgung der BRD. Wir wollen hin zu einer menschenrechtskonformen Unterstützungslandschaft, die Menschen mit Krisenerfahrungen, wie allen unterstützenden Menschen, die Möglichkeiten und Handlungsfreiheiten gewährt, auf der Grundlage von Selbstbestimmung, Diversität und Chancengleichheit, ein menschenwürdiges Miteinander zu gestalten. Das ist eine Herausforderung, der sich die BRD seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2009 stellen muss. Denn die UN-BRK bietet die verpflichtende rechtliche Grundlage dafür, die Rechte auf Selbstbestimmung, Partizipation und Gleichberechtigung für Menschen, die psychosozial behindert werden, überall einzufordern. Der partizipative Landschaftstrialog hat zu diesem Zweck mit gebündelter Expertise Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese richten sich an alle im psychosozialen Versorgungssystem beteiligten Personen sowie an politische Entscheidungsträger*innen. Dabei ist es besonders wichtig, der Dominanz des medizinischen Modells im Bereich psychischer Not entgegen zu wirken, soziale Zusammenhänge nicht länger auszublenden und lebensweltliche Unterstützungsmöglichkeiten zu stärken. Auch sich widersprechende Betrachtungsweisen wurden berücksichtigt und die Ergebnisse werden in ihrer Vielfalt veröffentlicht.

1.3 Reflexionen innerhalb des Koordinierungsteams

Sich in einem auf zwei Jahre befristeten Projekt politisch langfristigen Zielen wie der Verwirklichung der Menschenrechte im psychosozialen Versorgungssystem zu widmen, war vorstellbar nicht einfach. Zusätzlich mussten wir uns zu Beginn der Ausgestaltung der Veranstaltungen und des partizipativen Konzepts mit einer überraschenden Pandemie, die den Alltag aller grundlegend verändert hat, auseinandersetzen und uns in kürzester Zeit neue Formate ausdenken.
Unabhängig von der massiven Einschränkung, selten in einen gemeinsamen Austausch vor Ort zu kommen, können wir sagen: alles uns Mögliche versucht zu haben, gleichberechtige Austauschformate in der digitalen Welt umzusetzen. Nach 2 Jahren steht fest, die Online-Umsetzung hat es erst ermöglicht, Menschen bundesweit regelmäßig in Treffen zu begrüßen. Aber Online-Treffen nehmen einen ganz entscheidenden Teil menschlichen Zusammenseins weg. Dieses menschliche Miteinander ist aber mehr als wichtig, um kontinuierliche und wirksame Strukturen aufzubauen, in denen sich Menschen gegenseitig unterstützen, politische Ziele zu verfolgen. Zivilgesellschaftliches Engagement lebt auch vom direkten menschlichen Miteinander.
Außerdem darf nicht vergessen werden, dass es für Menschen mit Psychiatrie- und diversen Stigmatisierungserfahrungen nicht einfach ist, sich immer wieder mit folgenden grundlegenden Fragen auseinanderzusetzen: Wie kann Gesellschaft so verändert werden, dass Menschen mit Krisenerfahrungen nicht mehr stigmatisiert und diskriminiert werden? Und wie kann dies geschehen, ohne dabei durch den ressourcenstarken Widerstand und die Trägheit lang etablierter, hierarchischer Strukturen entmutigt zu werden?
Diese Auseinandersetzung ist oft sehr anstrengend, weil sich Menschen mit Psychiatrie- und diversen

Stigmatisierungserfahrungen immer wieder mit eigenen schmerzenden bis traumatisierenden Erlebnissen auseinandersetzen müssen. Diese Erfahrungen haben bei nicht wenigen betroffenen Menschen zu einem berechtigten Misstrauen gegenüber dem vorherrschenden Versorgungssystem geführt. Die damit verbundenen inneren wie äußeren Konflikte auszuhalten, gelingt durch den Rückhalt und den Austausch innerhalb der eigenen Gruppe.

Dennoch hatten wir innerhalb des Projekts die Chance, unterschiedlichste Menschen kennenzulernen, die sich tagtäglich für die Akzeptanz der Vielfalt menschlicher Lebensweisen, ein gleichberechtigtes Miteinander und für Raum und Zeit zur Entwicklung von Solidarität einsetzen. Dafür braucht es eine gerechtere Umverteilung von Ressourcen, kurz, eine gerechtere Gesellschaft. Wir haben auch sehen können, dass es Menschen gibt, die ein selbstbestimmtes Leben, trotz widerständiger gesellschaftlicher Strukturen, mit Unterstützung und in Zusammenhalt führen.
Wir sagen Danke an alle Teilnehmenden für die Zeit, Kraft und das Engagement! Nur dank der vielseitigen und bereichernden Perspektiven ist das Projekt so reichhaltig gelungen!

1.4 Herangehensweise

Die Entscheidungen des laufenden Projektes wurden partizipativ umgesetzt. Das bedeutete für uns, dass alle Teilnehmenden von Anfang an die Inhalte gleichberechtigt mitbestimmen und mitgestalten konnten. Wir haben uns für eine trialogische Zusammenarbeit entschieden, da für eine wirkliche Umsetzung der Menschenrechte in der psychosozialen Unterstützungslandschaft alle Beteiligten gefragt sind. Hingegen das Ausbleiben eines gleichberechtigten Austausches immer wieder zu Konfrontationen führt. Auf der Grundlage von Gleichberechtigung einander zu zuhören und voneinander zu lernen, ist wohl die wichtigste Eigenschaft, wodurch sich Trialoge auszeichnen. So werden Potentiale freigesetzt, Missstände gemeinsam aufzudecken, und miteinander zu überlegen, wie Veränderungen in Gang gesetzt werden können.
In trialogischen Entscheidungsprozessen sind Kompromisse notwendig. Die Gefahr der Relativierung klarer Forderungen läuft zweifellos mit. Trialoge sind also als fortwährende Prozesse zu verstehen, die gleichberechtigte Austauschformate bereitstellen.
Ein ernstgemeinter Trialog setzt die Bereitschaft voraus, Bewusstwerdungsprozesse einzugehen und nicht für andere zu sprechen sondern miteinander. Wenn unterschiedliche Menschen zusammen etwas betrachten, kann aus der Vielzahl der Erfahrungen und Hintergründe etwas Neues entstehen, das lebensnah bleibt.

2 Grundlagen einer menschenrechtskonformen Unterstützungslandschaft

2.1 Der Weg zum menschenrechtlichen Modell

Mit der Ratifizierung der UN-BRK hat sich die BRD zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung bekannt. Wir fordern dessen umfassende Umsetzung in einer menschenrechtskonformen, psychosozialen Unterstützungslandschaft. Die Vielfältigkeit von menschlichen Lebenswegen und -erfahrungen muss universal geachtet und respektiert werden. Wir fordern selbstbestimmte, zugängliche und vielfältige Unterstützungsangebote für Menschen mit psychosozialen Behinderungen.* Um das menschenrechtliche Modell innerhalb der psychosozialen Unterstützungslandschaft voranzutreiben, müssen folgende Punkte erfüllt werden:

- Unterstützungsangebote müssen so vielfältig sein wie die Menschen selbst.
- Die Person, um die es geht, muss zu jeder Zeit selbstbestimmt entscheiden dürfen, was sie braucht. Um dies entscheiden zu können, müssen relevante Informationen und vielfältige Möglichkeiten transparent dargelegt und gemeinsam besprochen werden. Sollte eine Person Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung haben, sollte die „unterstützte Entscheidungsfindung“ im Sinne der Allgemeinen Bemerkungen Nr. 1 [2] Anwendung finden.
- Die Haltung vorrangig psychiatrisch-diagnostisch denkender Begleiter*innen muss sich ändern. Dabei spielt unter anderem die grundlegende Hinterfragung konventioneller Fachbegriffe und -konzepte aus der Medizin, Psychologie und Psychiatrie eine große Rolle. Begrifflichkeiten wie „schwer psychisch (er)krank(t)“ sowie einige Diagnosen haben eine diskriminierende Wirkung.
- Jedem Menschen muss das Recht garantiert werden, sein Erleben auch anders als „krank“ zu definieren. Jedem Menschen muss es möglich sein, andere Wege neben oder als Ersatz für psychiatrische Behandlung zu gehen und dennoch selbstbestimmte Unterstützung zu erhalten!

2.2 Selbstbestimmung, Selbstvertretung und Partizipation

Artikel 4 Absatz 3 der UN-BRK bestimmt, dass die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen über die sie vertretenden Organisationen bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung des Übereinkommens eng beteiligen und sie aktiv mit einbeziehen. Die Allgemeinen Bemerkungen Nr. 7 [3] zur Partizipation erläutern die Auslegung von Artikel 4 Abs. 3. Entsprechend ist wirksame Partizipation grundlegend, um menschenrechtliche Veränderungen in der Unterstützungslandschaft zu erreichen. Partizipation ist nicht ohne das unveräußerliche Recht auf Selbstbestimmung und Selbstvertretung zu denken und verwirklichen.

* In dieser Zusammenfassung nutzen wir die Bezeichnung „Menschen mit psychosozialen Behinderungen“.
Zu beachten ist, dass Begriffe schnell diskriminierend wirken und sich in der Regel nicht alle Personen mit ihnen identifizieren.
Hier eine Auswahl der Begriffe, die in den AGs genutzt wurden:
Menschen die psychosozial behindert werden,
Menschen mit psychischen Behinderungen,
Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen,
Menschen mit Psychiatrieerfahrungen,
Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen,
Menschen mit Krisenerfahrung,
Menschen mit tiefgreifenden Krisenerfahrungen,
Menschen mit Erfahrungsexpertise,
Menschen mit psychischem Anderssein.

Was ist die Unterscheidung zwischen Selbstbestimmung, Selbstvertretung und Partizipation?

Selbstbestimmung: Was ist Selbstbestimmung?

Selbstbestimmung heißt, jede*r hat das unveräußerliche Recht, Entscheidungen, die ihr*sein eigenes Leben betreffen, unabhängig und nach eigenen Wünschen und Präferenzen zu treffen. Selbstbestimmung heißt auch, die eigenen Wünsche und Präferenzen formulieren und durchsetzen zu können. Selbstbestimmung setzt voraus, zur Entscheidungsfindung unter allen Umständen unterschiedliche Wahlmöglichkeiten zu haben. Selbstbestimmung ist nur unter Chancengleichheit aller Menschen möglich. Selbstbestimmung bedeutet, auch Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen und das Selbstbestimmungsrecht des Gegenübers zu respektieren. Selbstbestimmung heißt nicht, ohne Unterstützung auszukommen. Dem Wunsch und Bedarf nach selbstgewählter Unterstützung ist immer nachzugehen. Das unveräußerliche Recht auf Selbstbestimmung aller ist Voraussetzung von Partizipation.

Selbstvertretung: Was bedeutet Selbstvertretung?

Selbstvertretung heißt, für sich selbst oder für die eigene Gruppe wirksam zu sprechen und zu handeln. Eine sich selbst vertretende Gruppe setzt gemeinsame und transparente Entscheidungen voraus. In den allgemeinen Bemerkungen Nr. 7 des UN-Fachausschusses wird eine klare Unterscheidung von Organisationen für und Organisationen von Menschen mit Behinderungen definiert. So zeichnen sich Organisationen von Menschen mit Behinderungen dadurch aus, dass sie von Menschen mit Behinderungen geleitet und verwaltet werden und die Mehrheit ihrer Mitglieder selbst Menschen mit Behinderungen sind.

> *„Wenn ich als Mensch mit Behinderung an Veranstaltungen teilnehme, die eigentlich für Profis sind, ist das für mich auch Selbstvertretung. Das bedeutet nicht, alle zu vertreten, aber es ist ein Statement sich zu zeigen.“*

Partizipation: Was heißt wirksame Partizipation und was braucht sie?

Es bedarf gemeinsamer gesellschaftlicher Anstrengung, die Vorteile partizipativer Prozesse deutlich zu machen. Es wird staatlicherseits unumgänglich sein, Ressourcen, Kapazitäten und Kompetenzen für mehr Partizipation bereitzustellen.

Partizipation [4] heißt:

- Alle können unabhängig von ihrem Hintergrund und ihren Erfahrungen Entscheidungsprozesse gleichberechtigt veranlassen, gestalten und vollziehen.
- Selbstbestimmt an allen das eigene Leben und die Rechte beeinflussenden Entscheidungsprozessen teilzuhaben und auf Entscheidungen wirksam Einfluss zu nehmen.
- Bereitschaft zu haben, etwas gemeinsam zu erarbeiten und gemeinsam gleichberechtigt Wege zu finden und zu gehen.
- Eine Haltung zu haben und leben, die allen Menschen die gleichen Rechte zuerkennt.
- Zu akzeptieren und anzuerkennen, dass die Abgabe von Entscheidungsbefugnissen dem Gegenüber das Recht auf Selbstbestimmung ermöglicht.
- Ungerechte Machtverhältnisse auf der Grundlage von Autonomie, Selbstbestimmung und Respekt vor der menschlichen Vielfalt in Frage zu stellen und zu verändern.

Partizipation ist nicht gleichberechtigt und wirksam, wenn:

- für Andere gesprochen wird, von deren Gruppe man selbst nicht Teil ist.
- man in Gremien, Verfahren oder Befragungen nur gehört wird, aber man nicht mitentscheiden kann.
- zeitliche, energiemäßige, wissensmäßige und geldliche Ressourcen ungerecht verteilt sind; ohne chancengleich verteilte Ressourcen partizipieren nur die, die schon das Wissen und die

Ressourcen dafür mitbringen.
- erst spät oder nur punktuell Entscheidungsmöglichkeiten gegeben werden.
- Stimmverhältnisse in keinem Gleichgewicht sind, d.h. Profistimmen in Entscheidungsprozessen dominieren. Dabei ist zu beachten, dass es auch unter den Profis unterschiedliche Meinungen, Interessen und Stimmgewichtungen gibt.
- Stimm- und Partizipationsrechte an Bildungsabschlüssen, Alter, Herkunft, sexueller Identität, psychischer oder körperlicher Verfasstheit oder anderen stigmatisierenden Kriterien festgemacht werden.

Partizipation bedarf immer wieder einer Hinterfragung von Machtverhältnissen und Kontrolle. Wer wirklich Partizipation will, muss Handlungsmöglichkeiten, Verantwortung und Kontrolle abgeben und verteilen können, um dann gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Verantwortung zu teilen und abzugeben, ist ein Zeichen von Vertrauen in sich selbst und andere. Partizipation setzt voraus, dass Räume und eine Sprache geschaffen werden, in denen unterschiedliche Perspektiven und Interessen gleichberechtigt auf Entscheidungsprozesse einwirken können. Es darf nicht vergessen werden, dass gelingende und wirksame Partizipation immer Zeit und Vertrauen braucht! Gleichberechtigte Beziehungen müssen wachsen und an gemeinsamen Positionen muss kontinuierlich weitergearbeitet werden. Nur eine Haltung, die die gleiche Achtung und die gleichen Rechte allen Menschen zuerkennt, ermöglicht eine gleichberechtigt partizipative Entscheidungsfindung. Dabei sollte nie für sondern immer mit jemandem entschieden werden!

2.3 Bewusstseinsbildung

Das Label und Verständnis von „(schwer) psychisch (er)krank(t)“ trägt immer noch zu Ausgrenzung und Diskriminierung bei! Grundlegend ist für uns, ein nicht diskriminierendes Bewusstsein für Brüche und Krisen zu schaffen. Diese treffen nicht nur Menschen mit psychosozialen Behinderungen, sondern können jeder*m widerfahren. Sie sind Teil des Lebens und können gemeistert werden, wenn die Rahmenbedingungen und die Unterstützung wirklich hilfreich sind. Aber immer noch dominiert in der Öffentlichkeit und in den Versorgungsstrukturen ein stark stigmatisierendes Bild von „psychischen Krankheiten“ das Denken, die Sprache und das Handeln. So werden betroffenen Menschen Kompetenzen abgesprochen oder langfristig nicht mehr zugetraut. Für eine menschenrechtskonforme Unterstützungslandschaft gilt es, gemeingültige Stereotype zu hinterfragen und chancengleiche, neue Ansätze zu denken sowie zu etablieren. Dies ist auch Aufgabe einer breitangelegten, gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung. Es sollte ein diskriminierungsfreies Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Krisen bei allen Menschen neu oder wieder auftreten können, aber der Einzelne nicht nur aus Krisen und/oder Krankheit besteht. Ein menschliches und akzeptierendes Verständnis von Krisen, inklusive der Anerkennung von dem, was der Mensch erlebt und durchlitten hat, muss selbstverständlich sein. Es darf nicht sein, dass ein Verstecken des eigenen Lebensweges nötig ist, um ausreichend Gehör zu erhalten und als gleichberechtigter Teil einer Gesellschaft verstanden und respektiert zu werden. Das Bewusstsein von und der Respekt für die Vielfalt und Unterschiedlichkeit menschlichen Lebens und individueller Entscheidungen (Artikel 3 d) UN-BRK) sind grundlegend für gelingende Partizipationsprozesse und die Umsetzung der Menschenrechte.
Eine menschenrechtsbasierte Haltung gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen ermöglicht, nicht in vorgefertigten und auf das Individuum reduzierten Kategorien von „krank“ und „nicht krank“ zu denken und zu handeln. Denn Menschen in Krisen haben vielfältige Erfahrungen gemacht und lassen sich nicht in Schablonen von Diagnosen und Behandlungen fassen.

> *„Im Hilfesystem ist es wichtig so zu denken, dass ich Unsicherheiten aushalte und wenig in Psychiatrie denke.“*

Wir brauchen eine Bewusstseinsbildung darüber, dass psychiatrische Diagnosen Konstrukte sind, die Ärzt*innen und Psycholog*innen geschaffen haben, um psychisches Leiden und psychische Ausnahmezustände in medizinischen Kategorien zu erfassen. Im Gegensatz dazu gibt es individuelle und unterschiedliche Sichtweisen über diese Phänomene, die wir gegenüber den medizinischen Kategorien als vorrangig sehen. Die Deutungshoheit der Psychiatrie ist nicht mehr zeitgemäß und es gilt, diese endlich zu beenden. Der weitverbreiteten Vorverurteilung von Menschen mit Krisen- und Krankheitserfahrungen muss durch gemeinsame Anstrengungen entgegengewirkt werden!

3 Problemlagen des psychosozialen Versorgungssystems

3.1 Kritik an der Dominanz des medizinischen Modells

> *„Die Dominanz des medizinischen Modells von psychischen Krankheiten nimmt die Chance weg, das Erleben und Leben des Anderen als gleichwertig anzuerkennen!“*

Die Sprache über das Seelenleben ist immer noch viel zu oft an Diagnosen und Krankheiten geknüpft. Diese Kategorien rücken den Blick oft von gesellschaftlichen Lebensproblemen weg. Viele psychiatrisch als krank diagnostizierte Menschen trauen sich dann nicht, sich frei zu entfalten und ihren selbstgewählten Platz in einer Gesellschaft zu suchen und zu finden. Psychiatrische Diagnosen, stigmatisierende Behandlungen sowie ersetzende Entscheidungen können Menschen in schwierige Situationen bringen und langfristig traumatisierend sein. Individuelles Erleben sollte als Erfahrungswissen verstanden werden, das zu einem vielfältigen Zusammenleben wesentlich beiträgt, sogar eine gesellschaftliche Bereicherung darstellt.
Es gibt andererseits nicht wenige Menschen, die psychiatrische Diagnosen für sich akzeptieren und als Erklärung hilfreich finden. Diagnosen dürfen aber in keinem Fall dazu dienen, Rechte zu entziehen, Unterstützungsleistungen zu verwehren oder Menschen als dauerhaft krank abzustempeln. Das ist diskriminierend und hindert Menschen mit psychosozialen Behinderungen daran, neue Wege zu gehen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Auch darf unter keinen Umständen übersehen werden, dass Menschen trotz selber Diagnose unterschiedliche Bedarfe, Fähigkeiten, Wünsche und Präferenzen haben! Das Recht auf vielseitige Unterstützungsleistung sollte jedem Menschen mit Bedarf gewährt werden. Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ist ein erster richtiger Weg, aber darf nicht das Ende der Erkenntnis darstellen und muss immer wieder unter menschenrechtlichen Maßstäben und Maßgaben und unter wirksamer Partizipation von Menschen mit Erfahrungsexpertise überdacht und verbessert werden. So ist z.B. zu fragen, inwiefern die ICF ungleichberechtigte soziale Belastungen, bzw. soziale Möglichkeiten berücksichtigt?

Gemeinsam über psychiatrische Kategorien hinauszudenken, eröffnet für betroffene Menschen, professionell Tätige und Angehörige mehr Möglichkeiten, ein gegenseitig schützendes und verständnisvolles Verhältnis gemeinsam zu gestalten.

> *„Unterstützer*innen müssen sich selbst als Menschen sehen. Wie soll auf Beziehungsebenen etwas geschaffen und verändert werden, wenn eine Person nicht mitgedacht wird.“*

Nicht zuletzt verhindern Finanzierungsmodelle, die stigmatisierende Diagnosen und einschränkende, Versorgungsangebote durchsetzen, den Aufbau neuer menschenrechtskonformer Angebote. Immer noch herrscht eine Praxis der Fremdbestimmung, gerade bei Menschen mit andauernden psychosozialen Behinderungen, vor. Oft wird Menschen eine ausreichende Unterstützung für eine informierte und selbstbestimmte Entscheidungsfindung verwehrt. Erschwerend kommt hinzu, dass Mitarbeitende in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen oft nicht wissen, was Selbstbestimmung für sie selbst bedeutet. So arbeiten professionell Tätige nicht selten in hierarchischen und autoritären Verhältnissen. Das Maß ihrer Entscheidungsfreiheit wird oft durch die Vorgesetzten oder sogar im eigenen Team beschränkt. Mitarbeitende, die das Handeln und Denken des eigenen Teams oder von Vorgesetzten kritisch hinterfragen, werden mitunter selber ausgegrenzt. Nicht teamgerechte, aber an den Präferenzen des betroffenen Menschen ausgerichtete Entscheidungen werden oft sanktioniert.

> *„Kritik am Anderen ist immer einfacher als Kritik in der eigenen Gruppe. In ihr besteht immer die Gefahr, ausgeschlossen zu werden.“*

3.2 Das Scheitern an den Grenzen der SGBs

> *„Die barrierevollen Regelungen der Sozialgesetzbücher führen zu Verunsicherung, Resignation und Entmündigung. Das Spiel, welcher Haushalt welche Leistungen zahlt, muss endlich aufhören!“*

Die hinderlichen Grenzen der einzelnen Sozialgesetzbücher, insbesondere der SGB V und SGB IX, führen dazu, dass Unterstützungsleistungen zu oft aufwendig und unübersichtlich zu beantragen sind. Vielfach kommen die zuständigen Behörden ihrer Informationspflicht nicht im ausreichenden Maße nach. Die Unübersichtlichkeit an Regelungen und Zuständigkeiten macht es oftmals unumgänglich, Beratung von außen in Anspruch nehmen zu müssen. Diese Beratung ist schwer zu finden oder zeitlich so ausgelastet, dass lange auf Unterstützung gewartet werden muss. Diese vorherrschende Situation steht dem Wohlergehen des Einzelnen hindernd im Weg!

> *„Die Leistungen der SGBs zeigen sich oft als ein Dschungel von bundes- und landesrechtlichen Regelungen und kommunalen Besonderheiten, für die es dann nicht mal klare Ansprechpartner*innen gibt, die einem bei der Suche nach passender, individueller Unterstützung helfen können.“*

Hinzu kommt, dass die Trennung der Leistungen aus dem SGB V und SGB IX immer wieder Gräben zwischen psychiatrisch-therapeutischen Behandlungs- und psychosozialen Begleitungskonzepten bildet. Die selbstbestimmte Suche nach passenden und kontinuierlichen Angeboten wird zusätzlich erschwert, da selbst professionelle Unterstützer*innen oft keinen umfassenden Überblick über die fragmentierten Leistungen haben.

3.3 Diskriminierung

Sich als „psychisch erkrankt“ zu outen oder über eigene seelische Schwierigkeiten offen zu sprechen, wird stark stigmatisiert. Gerade dann, wenn Menschen angeblich „schwer chronisch psychisch (er)krank(t)“ sind. Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass Diskriminierung vielseitig ist. Die sexuelle Identität, das Alter, die Herkunft, der soziale und berufliche Hintergrund, die äußere Erscheinung, die Religion, die politische und sonstige Überzeugung führen zu Mehrfachdiskriminierungen und verhindern ein chancengleiches gesellschaftliches Zusammenleben. Außerdem wird es von vielen betroffenen Menschen als extrem diskriminierend erlebt, dass: „wir immer wieder Fachmenschen mitnehmen müssen, um uns selbst zu legitimieren.“ Die derzeitige Gesetzeslage und die daraus resultierende Umsetzung für Menschen mit psychosozialen Behinderungen erzeugen den Eindruck, dass es nicht primär darum geht, Menschen bei ihren individuellen und vielfältigen Lebenswegen zu unterstützen. Vielmehr zeigen sich die Unterstützungsleistungen als bruchstückhafte Mittelbereitstellungen, die mit ihren mitunter aufwendigen Antragsverfahren, wie „Fördermittel dann doch minderwertiger Menschen“ anmuten. Viel zu oft entsteht der Eindruck, dass nicht individuell abgestimmte „Fertigsuppentüten-Angebote“ gemacht werden.

3.4 Exklusion von Menschen mit psychosozialen Behinderungen

Prekäres Wohnen

Warum sind existenzielle Grundlagen wie das sichere Wohnen überhaupt zunehmend durch Sorge um Wohnraum und nicht bezahlbare Mieten und Kosten geprägt? Zu diesen gesellschaftlich extrem wichtigen Fragen bedarf es, unabhängig von Behinderung oder nicht, einer breit angelegten, chancengleichen Debatte, wie wir als Gesellschaft wohnen und leben wollen. Sicheres Wohnen ist eine fundamentale Lebensgrundlage, die maßgeblich zum individuellen Wohlergehen beiträgt. Unsichere Wohnverhältnisse verursachen seelisches Leid und mitunter psychische Krisen. Auch die barrierevolle Suche nach bedarfsgerechtem Wohnraum übt seelischen Druck aus und führt zu sozialer Not.

> *„Ich kann nicht selbstbestimmt entscheiden, wie und wo ich wohnen und leben möchte.“*

In Zeiten prekärer Wohnungsmärkte bei zu wenig sozial gefördertem Wohnraum ist es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen umso schwerer, bezahlbare, barrierefreie und angemessene Wohnungen zu finden. Niedrig bezahlte Beschäftigungen infolge fragmentierter Lebensläufe zwingen zum Mieten in schlechter Bausubstanz oder stressreicherem Wohnumfeld. Die Beeinträchtigung muss meist verschwiegen werden, da Vorurteile Vermietende abschrecken, an Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu vermieten. Betreutes Wohnen hingegen ist oft an erwartetes, angepasstes Verhalten (z.B. Psychopharmaka regelmäßig zu nehmen) gekoppelt. Außerdem müssen betroffene Menschen mit befristeten Mietverhältnissen leben und ihre „Krankheit" immer wieder begutachten lassen, um Anspruch auf geschützten Wohnraum zu haben. Die Antragsverfahren selbst sind oft stigmatisierend, langwierig und üben zusätzlichen Druck auf „ein guter und unkomplizierter psychisch Kranker zu sein".

Exkludierender Arbeitsmarkt und exkludierendes Bildungssystem

Die Barrieren, nach einer längerfristigen Krise wieder in den ersten Arbeitsmarkt zu gehen, sind besonders hoch. Gerade Menschen mit psychosozialen Behinderungen finden trotz im Durchschnitt hoher Qualifikationen selten wieder zurück in den ersten Arbeitsmarkt [5] und müssen oft diskriminierende Tests und Prüfungen ihrer Leistungsfähigkeit durchlaufen. Sie werden mitunter gehindert, ihren individuellen Berufs- und Bildungswünschen und -zielen nachzugehen. Grundsätzlich gilt es also bei Themen rund um Arbeit und Bildung zu fragen, warum immer wieder der Versuch unternommen wird, Menschen passend für den auf Effizienz und Leistungsdruck aufgebauten ersten Arbeitsmarkt zu machen? Es werden nicht die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt hinterfragt, sondern Extrawelten geschaffen, um den prekären Arbeitsmarkt zu kompensieren. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden so oft einfach aussortiert und hangeln sich durch Praktika, Freiwilligendienste oder Werkstätten für Menschen mit Behinderungen ohne Aussicht auf eine gut bezahlte und qualifikationsangemessene Festanstellung. Zusätzlich ist die Unterstützung von Trägern bei der Arbeitssuche oder der Suche nach Ausbildungswegen oft so organisiert, dass der Weg in der Werkstatt endet und über andere Modelle selten ausreichend informiert wird.

> *„Um alternative Wege zu gehen, muss man sich selbst sehr stark informieren, die bekommt man nicht erzählt."*

Hinzukommt, dass Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen für den ersten Arbeitsmarkt im Kontext von Menschen mit psychosozialen Behinderungen oft gar nicht erst gedacht werden. Ruheräume, flexible Arbeitszeiten, regelmäßige Rücksprachen mit dem Team oder den Vorgesetzten, etc. finden oft nicht im ausreichenden Maße statt und werden nicht individuell und bedarfsgerecht mit betroffenen Menschen besprochen und festgehalten. Denn oft wird Menschen mit psychiatrischen Diagnosen grundsätzlich nicht zugetraut, langfristig Verantwortung zu übernehmen oder kontinuierlich Aufgaben zu erfüllen. Diese Mutmaßungen stehen einem selbstbestimmten Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsweg entgegen.

> *„Wenn ich am ersten Arbeitsmarkt angekommen bin, habe ich es angeblich geschafft."*

Wer nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder selbständig tätig ist, arbeitet scheinbar nicht und gilt folglich nicht als leistungsfähiges Mitglied dieser Gesellschaft. Dabei sind es vielmehr die Barrieren des ersten Arbeitsmarktes und unsichere Auftragslagen, die Inklusion und Akzeptanz unterschiedlicher Lebensläufe und Berufungswege verhindern. Darüber hinaus wird zum Beispiel die ehrenamtliche Tätigkeit, der viele betroffene Menschen nachgehen, nicht im ausreichenden Maße anerkannt und nicht als Arbeit verstanden. Das zeigt sich auch in der un-

zureichenden finanziellen Unterstützung ehrenamtlicher Tätigkeit. Die exkludierende Arbeitsmarktsituation für Menschen mit psychosozialen Behinderungen führt darüber hinaus dazu, dass noch berechtigte Sorgen um das Leben nach der Arbeit, also im Rentenalter, hinzukommen.

Fehlende Assistenz und zu unbekannte Budgets

> *„Es fehlt der entscheidende Punkt: Wer hilft? Wie finde ich die für mich richtige Assistenz, wer tut es? Wo finde ich die Anbieter für Assistenz für psychosozial behinderte Menschen?“*

Die persönliche Assistenz hat sich für eine selbstbestimmte Lebensführung von Menschen mit Behinderungen bewährt. Wenig bekannt und umgesetzt ist sie für Menschen mit psychosozialen Behinderungen. Zu oft entsteht der Eindruck, dass große und institutionalisierte Leistungserbringer und entsprechende Träger nur unzureichend daran interessiert sind, diese Form der Unterstützungsleistung betroffenen Menschen zu Verfügung zu stellen. Auch Leistungen wie das Budget für Arbeit oder das Budget für Ausbildung gehen bereits in eine richtige Richtung. Allerdings ist die fehlende Kenntnis über Fördermöglichkeiten, selbst von Behördenmitarbeitenden sehr hinderlich. Hinzu kommen aufwendige und langwierige Antragsverfahren, die einer zügigen Bewilligung im Wege stehen. Es gibt kaum Arbeitgebende, die sich dieses langen Prozesses annehmen und Arbeitsplätze freihalten bis das Antragsverfahren vollzogen ist.

3.5 Zwang immer noch Teil der psychiatrischen Versorgung

Der Kampf für die Abschaffung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und deren psychiatrierechtlichen Regelungen, bedarf betroffenenseits maximaler Forderungen, um Veränderungen hervorzurufen. Nicht selten werden diese Maximalforderungen als unangemessen, nicht realisierbar und utopisch ins Abseits gestellt. Betroffene Einzelpersonen und Selbstvertretungsorganisationen brauchen breite Unterstützer*innenkreise sowohl der professionell Tätigen als auch der Angehörigen, um sich Gehör zu verschaffen und wirksam zu handeln. Es gibt diese Unterstützer*innen. Der UN-Fachausschuss, verschiedene Sonderberichterstatter*innen, die Menschenrechtskommissarin des Europarats und die parlamentarische Versammlung des Europarats [6], positionieren sich klar gegen Zwang. Sie merken an, dass es menschenrechtlich illegitim ist, Zwangsmittel als Formen von Schutz zu definieren. Sie und viele aus unserem Projekt, fordern unverzüglich den Übergang zur Abschaffung von Zwangspraktiken in psychosozialen Einrichtungen staatlicherseits einzuleiten, um damit ein Denken und Handeln anzustoßen, dass unter keinen Umständen das Recht auf Selbstbestimmung entzieht. Denn Zwangsgebrauch ist kein vereinzeltes Phänomen, sondern nimmt fast jährlich zu.

Fremdbestimmung im psychiatrischen Versorgungssystem

Es ist äußerst wichtig, Fremdbestimmung als ein vielschichtiges Phänomen zu begreifen und als weitverbreitet in den Versorgungsstrukturen zu erkennen. So beginnen Fremdbestimmung und zu wenig Wahlmöglichkeit mitunter bereits beim Besuch bei der*dem Ärzt*in. Dort kann einem oft nur „geholfen“ werden, wenn man seine Krankheit einsieht, die Diagnose akzeptiert und die verschriebenen Psychopharmaka nimmt. Bereits hier fehlt es an Angeboten und Unterstützungsstrukturen, die wirkliche Alternativen zur medizinischen Behandlung von psychischen Krisen bieten. Es muss auch wahrgenommen werden, dass fehlende, unübersichtliche, langwierige oder individuell unpassende Versorgungsangebote einzelne Personen auf einen Weg bringen, an dessen Ende dann nicht selten psychiatrische Zwangsmaßnahmen stehen.

Menschen in psychischer Not sind nicht von Anfang an negativ gegenüber psychiatrischen Versorgungsangeboten eingestellt. Sondern stigmatisierende und entwürdigende Erfahrungen im Versorgungssystem führen bei vielen Betroffenen zu Skepsis, Ängsten und Abwehr. Hinzu kommt, dass Zwangsanwendungen jeglicher Art Misstrauen, Ohnmacht oder Wut schaffen und eine Abwehr psychiatrischer Behandlungen, nicht selten eine Folge ist. Auch nach dem Grundgesetz muss auf psychiatrierechtliche Bestimmungen zurückgegriffen werden, um Zwangsmaßnahmen als rechtlich zulässig zu bestimmen.

Immer noch stehen Unterstützungsmöglichkeiten im Sinne einer unterstützten Entscheidungsfindung viel zu selten zur Verfügung. So dürfen wir auch Zwang nicht damit begründen, dass es bei bestimmten Einzelpersonen vermeintlich nicht anders geht, also auch nicht die Ultima Ratio als Rechtfertigung heranziehen. Die UN-BRK macht deutlich, dass psychosoziale Behinderung als wechselwirksames Phänomen

zu verstehen ist. D.h. dass die gesellschaftlichen Barrieren wie Vorurteile, Unverständnis und Benachteiligungen zu Behinderung führen und nicht die Beeinträchtigung der Einzelperson ursächlich ist. Alle sind verpflichtet zu begreifen, dass Situationen, die sich auf Zwang zuspitzen, wechselseitige Phänomene sind.

Die Illegitimität von Zwang

Die Grundposition, dass Zwang in der psychiatrischen Versorgung abgeschafft werden muss, wurde von den meisten im Projekt geteilt. In der gegenwärtigen Situation sind Zwangsmaßnahmen aber weiterhin rechtlich zulässig und nicht mal die Voraussetzung, sie nur als letztes Mittel einzusetzen, sichergestellt. [7] Auf Grund dieser Situation werden wir auch Ideen vorstellen, die unter den gegebenen Bedingungen Zwang verhindern sollen oder der Traumatisierung durch Zwang entgegenwirken. Es wird hier deutlich, dass wir uns in einem Paradox bewegen. Wer Zwang als rechtlich und medizinisch illegitim betrachtet, müsste eigentlich nicht über Strategien nachdenken, die Zwang minimieren oder Nachsorge betreiben.

„Schwere“ und „leichte Fälle“?

Bei Konzepten und Ansätzen psychiatrischer Unterstützung gilt es immer genau mit zu betrachten, was mit Menschen passiert, die als sogenannt „besonders oder chronisch oder schwer psychisch (er) krank(t)“ gelten, welche auch in stigmatisierender Weise als „Systemsprenger“ bezeichnet werden und für welche es offensichtlich keine passenden Unterstützungsangebote gibt. Eine Versorgungsstruktur, die nur die unkomplizierten und leicht behandelbaren „psychisch (Er)Krank(t)en“ schützt, überlässt einzelne entweder ihrem eigenen Schicksal oder legitimiert Vorgehensweisen, die Zwang und Fremdbestimmung optional einräumen. Die Unterscheidung in „leichte“ und „schwere Fälle“ ist grundlegend fragwürdig und ein Zeichen dafür, dass das Versorgungssystem es sich an vielen Stellen zu einfach macht. Es kann dann auch keine Rechtfertigung sein, kompliziertere Situationen durch hohe Dosen von Psychopharmaka und langfristige Unterbringung zu lösen. Es muss auch mitbedacht werden, dass oft die sozialen und ökonomischen Hintergründe von Einzelpersonen eine große, wenn nicht entscheidende Rolle bei der Bewertung von Krisensituationen spielen und Menschen nicht chancengleich behandelt werden.

Fehlende Daten

Ein grundsätzliches und bereits von diversen Seiten benanntes Problem, über das sich auch die Bundesregierung bewusst ist [8], bleibt nach wie vor, dass es zu wenig Informationen in der BRD darüber gibt, wie häufig, in welcher Art und unter welchen Umständen es zu Zwangsmaßnahmen kommt, weil es weiterhin kein bundesweites und kontrolliertes Melderegister gibt. [9] Um Zwang zu verhindern und perspektivisch abzuschaffen, ist es wichtig, mehr Wissen und damit mehr Bewusstsein für das Vorhandensein von Zwangsmitteln im psychiatrischen Kontext zu schaffen.

Situation der Mitarbeitenden auf Akutstationen

Vielen in Zwangskontexten arbeitenden Professionellen ist oft nicht bewusst, wie sehr ihre gewohnten Verhaltensweisen berechtigte Grenzen der Autonomie, des Selbstschutzes und der Selbstbestimmung von betroffenen Menschen verletzen und überschreiten. Es darf auch nicht vergessen werden, dass professionell Tätige, die auf Akutstationen oder in geschlossenen Einrichtungen jeglicher Art arbeiten, mit der dortigen Arbeitssituation oft unzufrieden und ratlos sind. Nicht selten scheitern auch professionell Tätige an vorherrschenden Strukturen und verlieren die Motivation, neue Wege zu gehen sowie Veränderungen anzustoßen und folglich arrangieren sie sich mit Gegebenem. Personal- und Zeitmangel sind aber für alle Beteiligten erschöpfend.

Zeitmangel bei richterlichen Entscheidungen

Richter*innen bekommen nur wenig Zeit, über Betreuungen, Unterbringungen oder medizinische Zwangsmaßnahmen zu entscheiden. Das ist ein grundsätzliches Problem und führt dazu, dass viele Richter*innen nicht ihre vollen Rahmen ausschöpfen, ihre Entscheidung über Zwangsmaßnahmen zu stark an der Einschätzung der Ärzt*innen orientieren und kaum Zeit da ist, andere Expertise oder die Perspektive des betroffenen Menschen ausführlich zu Rate zu ziehen.

Maßregelvollzug

Absonderungen in Isolierzellen ohne zeitliche Begrenzungen sind im Maßregelvollzug immer noch alltäglich. Viel zu oft kommt es auch zu der Vorausannahme, betroffene Menschen dort würden gar nicht

mehr gesunden wollen, und so erscheint der Psychopharmaka-, Medikamenten- und Behandlungszwang langfristig gerechtfertigt. Die Gefährlichkeitsprognose und der angebliche Schutz der Gesellschaft legitimieren, dass Maßregelvollzüge sehr abgeschlossene und der Öffentlichkeit nicht zugängliche Einrichtungen sind. Genaue Informationen von spezifischen Einrichtungen zu erhalten, ist oft unmöglich. So gibt es Besuchskommissionen, die explizit Peers ausschließen, da ein Besuch der Forensik als zu belastend für sie angenommen wird. Ein nicht hinnehmbarer Ausschlussgrund.

4 Handlungsempfehlungen für eine menschenrechtskonforme Unterstützungslandschaft

4.1 Wirksame Partizipation

Bewusstseinsbildung für gleichberechtigte Partizipation

1. Um eine Veränderung und ein Umdenken der Gesellschaft und im Versorgungsystem im Speziellen zu bewirken, müssen alle Beteiligten bereit sein, ihren Status und ihre Entscheidungsmacht zu reflektieren und in Frage zu stellen. Forderungen, die kein Gehör finden, weil das mächtigere Gegenüber sich zu sehr in Frage gestellt fühlt, oder auch Forderungen, die zu absolut gestellt werden, führen leider immer wieder zu Konfrontationen und stehen einem gleichberechtigten Miteinander im Weg.
2. Dieses gleichberechtigte Miteinander setzt das unveräußerliche Selbstbestimmungsrecht aller voraus. Es setzt auch voraus, dass jedem Menschen chancengleich ausreichend Zeit, die Möglichkeit zum freien und gleichberechtigten Zugang zu Informationen und das gleiche Stimmrecht zustehen.
3. Wir fordern eine Unterstützungslandschaft, in der nicht der Bedarf an Unterstützung mit Diskriminierung und dem Entzug von Rechten verbunden ist.
4. Um Entscheidungsmacht gleichberechtigt zu verteilen, müssen folgende Fragen gestellt werden: Wie kann die medizinische Dominanz in Richtung Gleichberechtigung verändert werden? Wie kann Augenhöhe unter allen Beteiligten erreicht werden? Wir brauchen Ausschüsse, die alle Beteiligten gleich berechtigen, um oben genannte Fragen zu beantworten. Es ist eine regierungspolitische Aufgabe zu überlegen und durchzusetzen, welche Ministerien für solche zugänglichen Austauschformate die ausreichenden Mittel bereitstellen.
5. Menschen mit psychosozialen Behinderungen sollen über unabhängige Organisationen der Selbstvertretung Schulungen bzw. Fortbildungen in Partizipation machen können. Dafür sind entsprechende Finanzierungen gesetzlich bzw. untergesetzlich zu regeln.
6. Führungskräfte, psychiatrische Tätige und andere beratend oder therapeutisch Tätige in der psychiatrisch-psychosozialen Unterstützung sollen an Schulungen bzw. Fortbildungen zur gleichberechtigten Partizipation verpflichtend teilnehmen. Dies ist in die Regelungen zur beruflichen Fortbildung der betreffenden Berufsgruppen verpflichtend aufzunehmen.

Zugänglichkeit für politische Partizipation

7. In allen Gremien [10] , Wohlfahrtsverbänden und Einrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss Zugänglichkeit geschaffen, das heißt Barrierefreiheit [11] sichergestellt und angemessene Vorkehrungen [12] bereitgestellt werden. Dazu gehören u.a. sprachliche Verständlichkeit (Übersetzungen von Fachbegriffen), angepasste Pausenregelungen und bei Bedarf bezahlte psychosoziale Assistenz für Partizipation.
8. Die Assistenz im Ehrenamt muss bezahlt werden, das erfordert eine Nachbesserung des § 78 Abs. 5 SGB IX.
9. Die Bundes- und Landesregierungen müssen zugängliche und kontinuierliche Fördermittel zur Verfügung stellen, damit gerade benachteiligte Einzelpersonen oder Gruppen wirksam sich selbst vertreten und Wissen und Kompetenzen erlangen können.
10. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Selbstvertretungsorganisationen müssen Stimmrecht entsprechend den anderen Gremienmitgliedern haben.
11. Wenn Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Selbstvertretungsorganisationen nur als Minderheiten beteiligt werden, müssen Minderheitenvoten dokumentiert werden. Ein Minderheitenvotum ist eine abweichende Meinung zum Mehrheitsentscheid.
12. Die Anzahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Selbstvertretungsorganisationen soll paritätisch zu der der Vertreter*innen anderer Interessensverbände sein. Es sollen immer mindestens 2 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und 2 Angehörigenvertreter*innen beteiligt werden.
13. Für wirksame Partizipation sind gesetzliche Regelungen nötig, die von Grund auf partizipative Prozesse verankern. Das heißt z.B. im politischen Bereich, in allen Phasen der Gesetzgebung maßgeblich beteiligt zu sein, rechtzeitig

Informationen zu bekommen und, wenn nötig, personelle Unterstützung zügig in Anspruch nehmen zu können. Solche Vorkehrungen müssen auf Bundes- und Landesebenen gesetzlich geregelt sein. [13]

14. Bestehende psychosoziale Arbeitsgemeinschaften bzw. psychiatrische Steuerungsgremien müssen dokumentiert werden, sowie deren Verpflichtung zur Partizipation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Angehörigenvertreter*innen sichergestellt werden. [14]
15. Auf Landes- bzw. kommunalen Ebenen müssen die Leistungserbringenden verpflichtet werden, in ihren Sachberichten die umgesetzte Partizipation von Nutzer*innen und Peer-Mitarbeitenden zu dokumentieren. Die Leistungserbringenden müssen die Partizipation finanzieren. [15]

Partizipation im Behandlungskontext

16. Partizipative Entscheidungsfindung im Behandlungskontext setzt die unveräußerliche Selbstbestimmung aller voraus. Im Findungsprozess entscheidet jede*r Mensch selbst, was er verantworten möchte. Das wiederum setzt Gleichberechtigung der beteiligten Personen voraus, das heißt die klinische/ärztliche Perspektive und Einschätzung darf nie dominant sein.
17. Der betroffene Mensch muss beschreiben dürfen, was sie*er erlebt oder was sie*er braucht, unabhängig von erhaltenen Diagnosen.
18. Im medizinischen Versorgungsbereich heißt wirksame Partizipation, dass der*dem Patient*in in allen Phasen der Behandlungsentscheidung, unter vollständiger und zeitlich ausreichender Informationsweitergabe, volles Entscheidungsrecht über das Annehmen einer Behandlung überlassen wird. Dabei muss es auch Menschen, die in Behandlung sind, unter allen Umständen gewährt werden, Behandlungsteams und Entscheidungen in Frage zu stellen und gegebenenfalls abzulehnen.
19. Dazu gehört auch das Recht, jederzeit und ohne Ausnahme Einsicht in die Patienten-/Behandlungsakte nehmen zu können und deren Inhalte in Frage stellen und ergänzen zu können. An dieser Stelle muss jeder Mensch mit psychosozialen Behinderungen das Recht haben, mit ausreichend Zeit selbstgewählte Dritte für eine informierte Entscheidung hinzuzuziehen.
20. Die Dokumentation muss in einer Sprache formuliert werden, die für jede*n verstehbar ist. Dies gilt auch für jegliche richterliche Schreiben und Entscheide (Artikel 13 Abs. 1 UN-BRK).
21. Wenn ein Mensch mit psychosozialen Behinderungen sich dazu entscheidet, die Expertise eines medizinischen Profis in Anspruch zu nehmen, hat letztgenannter auch das Recht, die gewünschte Behandlung nicht durchzuführen. Verantwortung übernehmen immer beide Parteien. Wenn Behandler*innen die*den Patient*in vorurteilsfrei als gleichberechtigtes Gegenüber anerkennen, besteht auch die Möglichkeit, über die eigenen Nöte und die eigene Ungewissheit zu sprechen und ein gleichberechtigtes Vertrauensverhältnis zu schaffen.
22. Innovative und menschenrechtskonforme Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen braucht professionell tätige Teams, die untereinander eine wohlwollende und intern kritikoffene Haltung praktizieren. Dabei ist eine vorurteilsfreie, sich gegenseitig achtende Gesprächskultur über eigene Probleme und Wünsche grundlegend.
23. Behandler*innen, die menschenrechtliche Ansätze verfolgen, den Menschen auch außerhalb von Krankheit betrachten und achten, und versuchen, immer wieder gemeinsam neue Wege zu gehen, müssen von ihrem Team, ihren Vorgesetzten und Berufsverbänden unterstützt und geschützt werden.
24. Professionell Tätige müssen ihr eigenes Handeln und die Wirksamkeit ihrer eigenen Ideen immer wieder kritisch und unter maßgeblicher Beteilung von Menschen mit eigenen gelebten Erfahrungen hinterfragen.
25. Für eine teaminterne Hinterfragung des eigenen Handelns muss genügend Zeit vorhanden sein und es muss auch für Mitarbeitende eine angemessene Zeiteinteilung für individuelle Behandlungsentscheidungen ermöglicht werden.

Partizipation in der Forschung

26. Wenn Forschungsdesigns und -fragen das Leben von Menschen mit psychosozialen Behinderungen betreffen, muss in allen Forschungsphasen die Möglichkeit zu gleichberechtigter und wirksamer Partizipation von Menschen mit Erfahrungsexpertise gegeben sein. Das heißt, den von der Forschung betroffenen Menschen zu allen Phasen grundlegendes und wirksames Entscheidungsrecht zu gewährleisten.

4.2 Neuausrichtung der psychosozialen Unterstützungslandschaft

Neubestimmung der Sozialgesetzbücher, Zuständigkeiten und Leistungen

27. Ein selbstbestimmtes und auf Stärken aufbauendes Leben von Menschen mit psychosozialen Behinderungen muss individuell abgestimmte und niedrigschwellige Unterstützung nutzen können, die emanzipierte, individuelle und informierte Entscheidungen ermöglicht und die volle und wirksame Partizipation und Teilhabe in einer vielfältigen Gesellschaft begleitet.
28. Es muss zukünftige Regierungsaufgabe sein, die Unübersichtlichkeit der Sozialgesetzbücher, ihrer Zuständigkeiten und Leistungen, die oft auch Profis nur inselhaft beherrschen, grundlegend zu prüfen. Diese sind so zu verändern, dass es Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen möglich ist, sie zu verstehen und anzuwenden, um ihre Ansprüche chancengleich geltend machen zu können. Einheitliche Begriffe, barrierefreie Antragsverfahren und transparente Zuständigkeiten müssen bundesweit gewährleistet werden. Bei Bedarf nach selbstbestimmter Unterstützung bei der Entscheidungsfindung ist diese ausnahmslos zu garantieren.
29. Die Informationspflicht der zuständigen Behörden muss beinhalten, dass ratsuchende Menschen proaktiv auf ihre Möglichkeiten hingewiesen und bei der Beantragung vorurteilsfrei begleitet werden. Hierbei ist es wichtig, Mitarbeitende in Behörden konkret zu schulen und über die Belange von Menschen mit psychosozialen Behinderungen immer wieder aufzuklären. Solche Schulungen müssen unter maßgeblicher Beteiligung von Menschen mit eigener Erfahrungsexpertise stattfinden.
30. Die Unterscheidung von Begleitung, Unterstützung oder Behandlung muss grundlegend diskutiert werden. Die Zuständigkeiten von Leistungsträgern müssen für alle transparenter werden.

Neuregelung der Finanzierung von Angeboten

31. Die Geldvergabe muss sich verändern. Es scheitert nicht an Ideen, sondern an Ressourcen für die Umsetzung breitgefächerter und individualisierbarer Unterstützungsangebote. Immer wieder scheint die fehlende Finanzierung von menschenrechtskonformen Angeboten eine Barriere zu sein. Hier müssen regierungspolitisch Veränderungen gesetzlich angestoßen werden. Nur zeitbefristete Projekte zu finanzieren, verhindert, nachhaltige und wirksame Alternativen zum psychiatrischen und psychosozialen System langfristig zu etablieren.
32. In den SGB V und SGB IX müssen vorrangig vielseitige, alltagsnahe und niedrigschwellige Angebote geregelt und damit finanzierbar werden. Es soll nicht das meiste Geld für Therapien, Medikamente und große institutionalisierte Einrichtungen bereitgestellt werden. Finanzierungsansätze wie z.B. das Regionalbudget sind sinnvoll, da sie flexiblere Möglichkeiten bieten.
33. Niedrigschwellig soll auch heißen: anonym nutzbar, außerhalb des ausgewiesenen psychiatrischen Behandlungskontexts, in Form von z.B. Bürger*innen-Angeboten und Beratung, auch für Angehörige.
34. Insgesamt ist bei Unterstützungsleistungen die individuelle Interessen-, Lösungs- oder Fähigkeitsorientierung in den Vordergrund zu stellen, um entsprechende lebens- und alltagsnahe Unterstützungsleistungen und nicht nur ausschließlich diagnosebezogene Angebote nutzen zu können.
35. Um zügig Unterstützung zu finden, ist die barrierefreie Übersichtlichkeit der möglichen Leistungen (z.B. in Form von Lotsen, Internetseiten zu kommunalen Angeboten, etc.) zu garantieren.

4.3 Zugängliches Wohnen

> *„Ein Ausbau des sozialen Wohnungsbaus, der individuelle Bedarfe berücksichtigt und infrastrukturell gut angebunden ist, ist für eine solidarische, inklusive und gerechte Gesellschaft unumgänglich!“*

36. Zugängliches Wohnen muss auch für Menschen mit psychosozialen Behinderungen definiert und Verfahren und Methoden für bedarfsgerechtes Wohnen entwickelt und dauerhaft implementiert werden. Hierfür müssen die Bundesregierung, die Landesregierungen und die Kommunen Mittel bereitstellen. Das heißt, es müssen Strategien entwickelt werden, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die individuelle Zeit zu geben und proaktiv über Möglichkeiten und Wege guten Wohnens zu informieren.

Unterstützte Wohnungssuche

37. Individualisierte Unterstützungs- und Assistenzleistungen müssen auch für die Suche nach Wohnraum auf dem freien Wohnungsmarkt bereitgestellt werden. Das Recht auf Wohnen ist ein Menschenrecht und sollte dabei das Recht auf Unterstützung bei der Wohnungssuche miteinschließen.

Rechtliche Schutzmaßnahmen für sicheres Wohnen

38. Durch gesetzliche Schutzmaßnahmen müssen Menschen mit psychosozialen Behinderungen davor bewahrt werden, ihre Wohnung durch Eigenbedarfsklagen zu verlieren. Vermieter*innen mit großem Wohnungspool (ab 30 Wohnungen) sollen dazu verpflichtet werden, einen ausreichenden prozentualen Anteil ihrer Vermietungsmasse als bezahlbaren Wohnraum für Menschen mit (auch psychosozialen) Behinderungen bereitzustellen und barrierefrei und ohne langwierige Antragsverfahren an Betroffene zu vermieten.

Betreute Wohnformen

39. Sonderwohnwelten dürfen nur nach Bedarf und situationsspezifisch eine Lösung sein. Das Ziel muss es immer sein, dem betroffenen Menschen einen eigenen Mietvertrag und Selbstbestimmung, bei Bedarf mit unterstützter Entscheidungsfindung, bei der Wahl der Wohnform zu gewährleisten.
40. Das heißt, auch wenn vorübergehend oder langfristig keine Unterstützungsleistungen mehr gebraucht werden, muss das Recht auf sicheres Wohnen gewährleistet sein.
41. Wenn Wohnungen über Einrichtungen angemietet werden, muss die Möglichkeit bestehen, die Wohnung bei Bedarf auch unabhängig vom Leistungserbringer und unbefristet anzumieten.
42. Generell sollte es in Richtung von Bedarfsmodellen gehen. Wenn jemand über einen Träger eine Wohnung bekommt, darf diejenige*derjenige selber aussuchen, welche zusätzlichen Leistungen des Leistungserbringers sie*er in Anspruch nimmt. Dies soll nicht nur im BTHG gesetzlich bestimmt sein, sondern auch in der Praxis umgesetzt werden.

4.4 Zugängliches Arbeiten

Inklusiver Arbeitsmarkt für Menschen mit psychosozialen Behinderungen

43. Es ist unumgänglich die Vielfalt und Stärken von Menschen mit psychosozialen Behinderungen zu achten und dem Stigma (des erwerbsunfähig psychisch Erkrankten) entgegenzuwirken.
44. Mitarbeitende bei Rehabilitationsträgern müssen dazu befähigt werden, diverse Möglichkeiten der Ausbildungs- und Arbeitsplatzoptionen

zu kennen. Sie sollten die Betroffenen proaktiv darüber informieren und sie dabei unterstützen, ihren individuellen Bedarfen und Wünschen entsprechend Beschäftigungs- und Ausbildungsformen zu finden.

45. Wie zugängliche Arbeitsplätze zu gestalten und welche Methoden und Vorgehensweisen hierfür nützlich sind, muss unter wirksamer Partizipation von Menschen mit psychosozialen Behinderungen erarbeitet, konkretisiert und systematisiert werden, um dem Artikel 27 der UN-BRK im ausreichenden Maße nachzukommen und inklusive Arbeitsmärkte auszubauen. [16] Dafür sollen staatlicherseits mehr Ressourcen und Förderkapazitäten zur Verfügung gestellt werden, um Gute-Praxis-Beispiele inklusiver Arbeitsmodelle zu sammeln, darzustellen und daraus belastbares Wissen und wirksam Veränderungen abzuleiten.

Rentenzahlung

46. Ein inklusiver und gleichberechtigter Arbeitsmarkt muss gewährleisten, dass jeder*m Einzelner*m sichere und ausreichende Rentenbezüge zustehen. Armut im Alter gilt es für alle Menschen zu verhindern.

Ausgleichsabgabe für Arbeitgebende (§ 160 SGB IX) deutlich erhöhen

47. Private Arbeitgebende müssen durch gesetzliche Regelungen vermehrt in die Pflicht genommen werden, Menschen mit psychosozialen Behinderungen diskriminierungsfrei und sozialversicherungspflichtig zu beschäftigen. Die Ausgleichsabgabe für Arbeitgebende muss deutlich angehoben werden, um Arbeitgebende zu veranlassen, sich mehr um inklusive, qualifikationsangemessene und gut bezahlte Arbeitsplätze zu bemühen und sich ihrer gesellschaftlichen Verpflichtung nicht billig entziehen zu können.

Inklusionsbeauftragte (§ 181 SGB IX)

48. Sowohl in privaten Betrieben als auch öffentlichen Einrichtungen müssen verpflichtend Inklusionsbeauftrage mit eigener Betroffenheit angestellt werden. Die eigenen Erfahrungen tragen maßgeblich zu einem Verständnis der individuellen Situation von Menschen mit psychosozialen Behinderungen bei.

Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) und Budget für Ausbildung (§61a SGB IX)

49. Es ist unumgänglich, Antragsverfahren zum Budget für Arbeit und zum Budget für Ausbildung übersichtlich, einheitlich und leicht nachvollziehbar zu gestalten.

50. Es sollte verpflichtend werden, Bildungsanbieter und Arbeitgebende über mögliche Budgetleistungen zu informieren und ein zügiges Antragsverfahren sicherzustellen. Bildungsanbieter und Arbeitgebende sollten in die Verantwortung gezogen werden, Menschen mit psychosozialen Behinderungen mit den entsprechenden Budgetleistungen aufzunehmen bzw. anzustellen.

51. Außerdem ist es wichtig, klare Zuständigkeiten und zügige Bearbeitungszeiträume für die genannten Budgetleistungen einerseits gesetzlich bzw. untergesetzlich zu verankern. Anderseits ist die Umsetzung in der Praxis der Leistungsträger zu gewährleisten. Hierfür sind alle nötigen Mittel bereit zu stellen.

52. Schließlich müssen gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, auch die selbständige Tätigkeit oder eigene Unternehmen von Menschen mit psychosozialen Behinderungen zu stärken und finanziell zu unterstützen.

Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

53. Werkstätten für Menschen mit Behinderungen werden kontrovers diskutiert und dort auch positive Erfahrungen gemacht. Es soll gesetzlich und in der Praxis geregelt werden, dass dort nicht teilweise hochqualifizierte Tätigkeiten von Menschen mit psychosozialen Behinderungen ausgeübt werden und sie dennoch nur geringste Werkstatt-Entgelte dafür erhalten. So wurde in unseren Arbeitsgruppen von einem Beispiel berichtet, dass ein in der WfMmB Beschäftigter dort als Programmierer tätig ist und dafür nur das „Taschengeld“ der WfMmB erhält.

54. Es darf nicht sein, dass die Arbeitskraft in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen ausgenutzt wird und so Profite erwirtschaftet werden, die mitunter ausschließlich der Einrichtungsleitung und externen Unternehmen zu Gute kommen.

55. Außerdem muss ein viel stärkeres Bemühen gezeigt werden, mit den Beschäftigten der WfMmBs Wege zu finden, wieder in sozialversicherungspflichtige und den Qualifikationen

entsprechende Beschäftigung zu finden.

56. Werkstätten dürfen nicht dazu dienen, einen auf Leistungsdruck aufgebauten ersten Arbeitsmarkt zu kompensieren. Die unterschiedlichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Akteure müssen die Bedingungen auf dem ersten Arbeitsmarkt primär unter Mitwirkung von Menschen mit Behinderungen hinterfragen und diesen solidarisch, inklusiv und chancengleich umgestalten!

4.5 Zugängliche Bildung

57. Es ist als Gesellschaft mehr als wichtig, kontinuierlich über neue Formen des Lernens und individuelle Wahlmöglichkeiten des Ausbildungsweges nachzudenken, um das sogenannte lebenslange Lernen auch für Menschen mit psychosozialen Behinderungen zu gewährleisten. Es müssen Ressourcen bereitgestellt werden, die ermöglichen, neue Ausbildungswege zugänglich und ohne überlastende oder diskriminierende Antragsverfahren zu gehen.
58. Bildung muss ohne Altersgrenzen gefördert werden und Menschen mit psychosozialen Behinderungen sollen selbst entscheiden, was und wie sie erlernen wollen. Wiederaufnahmen und Neubeginne von Bildungswegen sollten zugänglich, selbstbestimmt und unabhängig vom sozialen und finanziellen Status unterstützt werden.
59. Zugängliches Lernen für Menschen mit psychosozialen Behinderungen bedeutet: Fehlzeitenregelungen und Prüfungsmodalitäten individuell, bedarfsgerecht und selbstbestimmt anzupassen und Bildungsmöglichkeiten nicht nur an Qualifikationen sondern auch gleichwertigen Erfahrungen und Fähigkeiten, welche die Interessen und Stärken in den Vordergrund stellen, festzumachen.
60. Bei der Ausgestaltung und Sicherstellung inklusiver Bildungschancen müssen Erfahrungsexpert*innen nicht nur als Erfahrene gehört werden, sondern Konzepte und Strategien gleichberechtigt mitentwickeln.

Bildung als zugänglicher Ort sozialen Austauschs und Lernens

61. Bildungseinrichtungen sind als soziale Räume zu verstehen, in denen Menschen in Kontakt treten und gegenseitig voneinander lernen.
62. Sowohl an Schulen als auch an Universitäten und jeglichen anderen Ausbildungseinrichtungen müssen Themen rund um Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen deutlicher ins Bewusstsein rücken. Es müssen entsprechende Strategien gesetzlich verankert, entwickelt und langfristig umgesetzt werden, um inklusive und gerechte Bildungsstrukturen zu schaffen. Ruheräume und individualisierte Begleitung sind hier nur einige Beispiele.

Ausbildungsbegleiter*innen

63. Bei Bedarf muss es möglich sein, ab der Grundschule eine*n konstante*n Begleiter*in durch den Schul- und Ausbildungsalltag zu wählen. Diese Begleiter*innen können nach Wunsch auch Menschen mit eigenen Krisen- und Erkrankungserfahrungen sein. Welche Voraussetzungen Begleiter*innen mitbringen, muss der betroffene Mensch selbst entscheiden dürfen. Sie*er soll diese problemlos und ohne bürokratisch aufwendige Begründungspflicht wechseln dürfen, falls die Zusammenarbeit nicht mehr gut funktioniert.

Befreiung von der Schulpflicht

64. Konzepte wie die „Befreiung von der Schulpflicht“ müssen ein problemloses Rückkehrrecht verpflichtend mitbeinhalten.

Onlineunterricht und Klassengröße

65. Onlineunterricht muss eine nachteilsfreie Wahlmöglichkeit sein und nicht als Kompensation eines personell schlecht ausgestatteten Präsenzunterrichts herhalten. Die Größe von Unterrichtsklassen muss so angepasst werden, dass gegebenenfalls eine individuelle Unterstützung möglich bleibt.

„Selbstbestimmtes Leben“ als Unterrichtsinhalt in der Schule

66. Wissen über psychisches und soziales Wohlergehen von einzelnen Menschen und Gesellschaften als Ganzen muss zum Beispiel im Ethik- oder Philosophieunterricht verankert werden. Themen wie Achtsamkeit, Neurodiversität, gegenseitiges Kennen- und Zuhörenlernen, Akzeptanz der Vielfalt menschlichen Lebens sollten Teil eines verbindlichen Lehrplans sein.
67. Für eine angemessene Vermittlung solcher Themen ist es sehr wichtig, dass Menschen mit eigenen Krisen-, Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen Lehrpläne gleichberechtigt mitgestalten und an der Unterrichtsdurchführung partizipieren. Nur so können authentische Erfahrungen geteilt und diskutiert werden.

Ausbildung von Lehrkräften

68. Bereits in der Ausbildung sollten Lehrkräfte von Menschen mit Krisenerfahrungen lernen, in welchen Lebenssituationen sich Menschen mit psychosozialen Behinderungen befinden, um die Herausforderungen von psychosozialen Behinderungen wie auch deren bereichernde Aspekte kennenzulernen.

4.6 Assistenz

69. Gerade Menschen mit psychosozialen Behinderungen brauchen oft situationsspezifische und periodisch unterschiedliche Unterstützung. Aus diesen Gründen müssen bundesweite arbeitsrechtliche Regelungen geschaffen werden, die die Assistenzarbeit zur Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen attraktiv machen. Außerdem müssen Assistenznehmer*innen als ernstzunehmende Arbeitgeber*innen anerkannt werden.
70. Außerdem muss die*der Assistenzgeber*in unter allen Umständen die*den Assistenznehmer*in als selbstbestimmten Menschen respektieren und dabei unterstützen, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen.
71. Natürlich sind auch Assistenzgeber*innen in ihrer Arbeit und ihren Unsicherheiten zu unterstützen. Sie müssen die Möglichkeit haben, von ihrem Gehalt zufriedenstellend zu leben und finanzierbare Fortbildungs- und Coachingangebote angeboten bekommen.
72. Es ist regierungspolitische Aufgabe, die Entwicklung systematischen Wissens zu fördern, wie Assistenz für Menschen mit psychosozialen Behinderungen individuell gestaltet werden kann. Konzepte und Umsetzungsformen müssen unter Partizipation von Menschen mit Erfahrungsexpertise gleichberechtigt erarbeitet und bundesweit angeboten werden. Fragen hier könnten sein: Wie kann formuliert werden, was bei psychosozialer Behinderung gebraucht wird? Wie können individualisierte Assistenzleistungen abgerechnet werden?
73. Assistenz muss weitergedacht werden als nur für die Lebensbereiche Arbeit oder Pflege. Assistenz muss für alle Lebenslagen und individuellen Bedarfe gedacht und gefördert werden!

4.7 Zugängliche medizinische Unterstützung

Ursprünglich sollten zwei Arbeitsgruppen zu den Themen „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgung“ getrennt voneinander entstehen. Jedoch stellte sich zu Beginn des Projektes in einem partizipativen Prozess heraus, dass die beiden Themenfelder nicht getrennt betrachtet werden sollten. Es stellte sich also nicht nur die Frage, was sich in stationären, teilstationären und in ambulanten Bereichen verändern oder verbessern muss. Vor allem stellte sich die Frage, wie sich die genannten Bereiche gegenseitig ergänzen können und für alle funktionierende Schnittstellen geschaffen werden können. Innerhalb der psychosozialen Versorgungslandschaft bestehen tiefe Gräben zwischen den Bereichen und es fehlt an Kooperationen zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringen. Die Erfahrungen der Selbstvertretungen sollen, wie es die UN-BRK verpflichtend fordert, aktiv und gleichberechtigt einbezogen werden.

Eine menschenrechtskonforme Unterstützungslandschaft

> *„Viele von uns fanden und finden die Psychiatrie nicht besonders einsichtsfähig.“*

74. Bundesweit muss eine zugängliche psychosoziale Unterstützungslandschaft entstehen und es müssen die tiefen Gräben zwischen einzelnen Inseln von Unterstützungsleistungen abgebaut werden. Die Unterstützungslandschaft muss so strukturiert werden, dass individuelle, trägerübergreifende und selbstbestimmte Leistungen flächendeckend, übersichtlich und zugänglich in Anspruch genommen werden können.
75. Soziale und medizinische Unterstützungsleistungen müssen sich ineinander verzahnen. Die Trennung dieser Leistungsbereiche hat für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen immer wieder die Konsequenz, dass Unterstützungsleistungen nicht kontinuierlich in Anspruch genommen werden können. Außerdem muss es endlich beendet werden, dass Menschen ihre psychiatrischen Diagnosen als Rechtfertigung für Unterstützungsbedarf mitteilen müssen und ihnen gegebenenfalls selbstbestimmte Unterstützungsbedarfe auf Grund der Diagnose nicht gewährt werden.
76. Um die derzeitigen fragmentierten Leistungsangebote zu überwinden, sind folgende Themenfelder zu betrachten, zu reflektieren und nachhaltig und übersichtlich zu verknüpfen:

- Psychiatrische/psychosomatische Behandlung (stationär und ambulant)
- Somatische Behandlung (stationär und ambulant)
- Unterstützung im Alltagsleben: Begleitung, Assistenz, Eingliederungshilfen, Teilhabeleistungen und psychosoziale Hilfen, Verbesserung der Lebenssituation (ambulant)
- Psychologische Versorgung: Psychotherapie zur „Behinderungsbewältigung“, Zugang zu Psychotherapien (kein Ausschluss bestimmter Gruppen)
- Lebensqualität und Lebensfreude: alles, was nicht unter Behandlung, Unterstützung, Hilfen fällt

77. So lange die derzeitigen sozialrechtlich getrennten Leistungsbereiche noch existieren, wird es nötig sein, an den Schnittstellen aktiv zu werden, um Leistungsabbrüche zu vermeiden. Professionell Tätige, unterstützende Peers und Angehörige sind in den Themenfeldern der Leistungen aus den sozialen Gesetzesbüchern kostengerecht zu schulen. Hierfür müssen Ressourcen bereitgehalten werden.
78. Im Behandlungskontext muss unter allen Umständen die unveräußerliche Selbstbestimmung, gegebenenfalls mit unterstützter Entscheidungsfindung im Sinne des UN-Fachausschuss (Allgemeine Bemerkungen Nr.1), an erster Stelle stehen. Damit dies möglich ist, muss innerhalb von Behandler*innenteams oder medizinischen Einrichtungen insgesamt eine Haltung gegenseitiger Achtung, Wertschätzung und Anerkennung anderen Erlebens grundlegend sein.
79. Die gleichberechtigte Beziehungsarbeit muss auch im medizinischen Behandlungskontext immer an erster Stelle stehen und durch langfristiges Denken geprägt sein.
80. Ärzt*innen, Begleiter*innen und Therapeut*innen müssen die Auswirkungen der systemischen Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit psychosozialen Krisen und/oder psychosozialen Behinderungen auf das psychische Wohlergehen der betreffenden Personen endlich berücksichtigen.

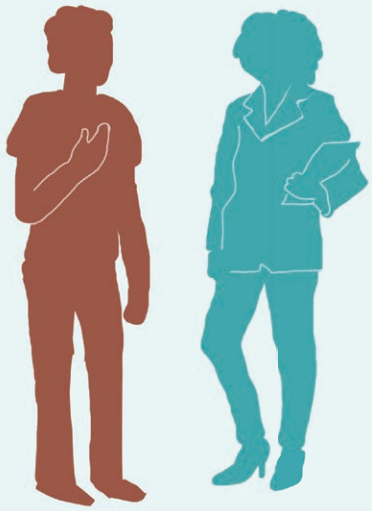
81. Die Verschreibung von Medikamenten und Psychopharmaka muss immer auf ein Mindestmaß reduziert werden. Es soll von Beginn an darüber gleichberechtigt nachgedacht werden, wie Medikamente und Psychopharmaka wieder reduziert oder abgesetzt werden können. Gerade beim Reduzieren und Absetzen sollte systematische Begleitung finanziert und proaktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden. Hierfür müssen bundesweit Ressourcen für die seit langen Jahren in Reduktionshilfen spezialisierte Selbsthilfe sowie für neue Initiativen von Professionellen zur Verfügung gestellt werden.

Die Behandlung

82. Die „Behandlung“ ist als (therapeutisch-medizinische) Unterstützung zu verstehen und muss, wie jede andere Unterstützungsform, selbstbestimmt ausgesucht werden können. Z.B. könnten „Globalbudgets“ ähnlich dem persönlichen Budget auch für krankenkassenfinanzierte Leistungen eine nutzer*innenbestimmte Zusammenstellung von Unterstützungsleistungen ermöglichen. Dabei dürfen die Wahlmöglichkeiten nicht durch Diagnosen eingeschränkt werden.
83. Menschen, die sich zu einer Behandlung entscheiden, müssen die Möglichkeit haben, Bezugsbegleitung, Bezugsassistenz oder Bezugsmitarbeiter*innen selbst auszusuchen.
84. Die medizinische Behandlung muss als eine gemeinsame Lösungssuche verstanden werden. Dabei ist es wichtig, dass auch unterstützende Behandler*innen, Mitarbeiter*innen und Assistenzgeber*innen das eigene (Noch-)Nichtwissen der Beweggründe, Verhaltensweisen und Lebensumstände von einzelnen Krisenerfahrenen transparent thematisieren, sowie die eigenen Grenzen authentisch vermitteln.
85. Auf der Suche nach passenden Angeboten sollten Fallbesprechungen immer im Beisein des betroffenen Menschen durchgeführt werden.

Mitarbeitende im medizinischen Unterstützungssystem

86. Mitarbeitende untereinander sollten sich auf Augenhöhe austauschen und gegenseitigen Respekt und Anerkennung zeigen. Hierarchische Entscheidungsstrukturen müssen auf stillschweigende Ausgrenzung von Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten hinterfragt werden können.
87. Auch für Mitarbeitende muss ein Arbeitskontext gestaltet werden, in dem die Bedarfe der Mitarbeitenden erkannt und erfüllt werden. Dabei sollte immer gefragt werden, was die unterstützenden Profis brauchen, um Nutzer*innen empowernd begleiten zu können.
88. Professionell Tätige, die versuchen menschenrechtliche Ansätze zu verfolgen und das Selbstbestimmungsrecht der Nutzer*innen ins Zentrum stellen, sollten dadurch nicht in Konflikte mit den eigenen Teams geraten. Sie müssen durch Vorgesetzte und Berufsverbände geschützt werden.
89. Konzepte wie der Open Dialogue, der von einem gleichberechtigt sozialen Netzwerk zwischen unterstützenden Behandler*innen, Betroffenen und mitbetroffenen Menschen ausgeht, sind finanziell zu stärken und müssen bereits in der Ausbildung flächendeckend vermittelt werden.
90. Oft lernen Ärzt*innen medizinische Unterstützung von der Station her kennen. Sie sollten jedoch primär vom individuellen Lebenskontext betroffener Menschen und/oder ambulanten Kontexten her lernen, um Menschen auch außerhalb der akuten Krisen kennen und respektieren zu lernen.



Finanzierungen von medizinischen Angeboten (ambulant bis stationär)

91. Die Finanzierung von medizinischen Unterstützungsleistungen sollte nicht erst in akuten Notlagen stattfinden. Der Anspruch auf zugängliche Unterstützungsleistungen im Alltag ist besonders wichtig, um Krisen gar nicht erst entstehen zu lassen. Langfristiges und alltagsnahes Denken und Handeln sparen Kosten. Durch alltagsnahe Unterstützungen können klinische Drehtürphänomene vermieden oder deutlich seltener werden.

92. So sollten ambulante oder aufsuchende Behandlungen, die im häuslichen Umfeld stattfinden, gestärkt und flächendeckend, also nicht nur in Form von Selektivverträgen, geleistet werden. Finanzielle Strukturen und Anreize sollten immer so entwickelt werden, dass die selbstbestimmten Bedarfe der von Krisen Betroffenen und Mitbetroffenen maßgeblich berücksichtigt werden.

93. Außerdem sind Einrichtungen, die der medizinischen Grundversorgung dienen und gleichzeitig durch gewinnorientierte Strukturen gekennzeichnet sind, ein generelles Problem, insbesondere in Gesellschaften mit ungerechter Vermögensverteilung. Sie verhindern individualisierte Unterstützungsformen für Menschen aus unterschiedlichsten Lebenslagen und chancengleiche, nachhaltige Versorgung. Unverzichtbare Gesundheitsleistungen sollten gesellschaftlich fair und chancengleich, sofern möglich gemeinnützig, organisiert und finanziert werden!

Schnittstellen zwischen Angeboten unterschiedlicher Sozialgesetzbücher

94. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Anbieter*innen und SGBs sowie bereichsübergreifendes Arbeiten muss nachhaltig gestärkt werden. Gerade die Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Praxen, ambulanter Eingliederungshilfe und Teilhabeleistungen muss transparenter, engmaschiger und wie aus einer Hand finanziert werden.

95. Es muss möglich werden, ambulante Leistungen auch im stationären Kontext weiter in Anspruch nehmen zu können. Sonst kommt es zu schädigenden Behandlungsunterbrechungen und Brüchen in mühsam aufgebauten Vertrauensbeziehungen, die nicht selten zur Verstetigung von Leidensdruck führen.

Peer-Mitarbeit und Peer-geleitete Unterstützung und Beratung

96. Peer-Mitarbeit ist schon an vielerlei Stellen als sinnvolle Ergänzung [17] des Versorgungssystems diskutiert und etabliert worden. Mitarbeitende Peers müssen vor allem die Möglichkeit haben, tradierte Strukturen und Arbeitsprozesse, die Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten einschränken oder ausgrenzen, zu hinterfragen. An Verbesserungen sollen Peers gleichberechtigt und wirksam mitarbeiten. Peer-Mitarbeitende sollten auch in niedergelassenen Praxen vermehrt beschäftigt werden. Dafür bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen.

97. Teils sind Mitarbeitende in der Klinik und in der Praxis skeptisch, was die Mitarbeit von Peers betrifft. So bestehen Unsicherheiten, welche Informationen weitergegeben werden können und welche Aufgaben ein*e Peermitarbeiter*in hat. Deswegen ist es unumgänglich durch Schulungen und klare Regelungen die Etablierung von Peer-Mitarbeit nachhaltig umzusetzen. Dafür ist es grundlegend, versi-cherungspflichtige und gleichberechtigte Beschäftigungsverhältnisse für Peer-Mitarbeitende zu gestalten.

98. Es muss vermieden werden, dass Peer-Mitarbeitende als Einzelne in multiprofessionellen Teams angestellt werden. Es müssen möglichst mindestens zwei Peers je Einrichtung eingesetzt und bezahlt werden.

99. Bereits in der Ausbildung, Lehre und Weiterbildung von Fachkräften* sollten Peers als eigenständige Berufsgruppe im und außerhalb des Versorgungssystems verstanden werden; sie sollten Lehrkonzepte gleichberechtigt mitgestalten und z.B. im Tandem oder als Peerteam sowie in Zusammenarbeit mit Selbstvertretungen entsprechende Veranstaltungen (Seminare, Vorlesungen) durchführen.

100. Unabhängig von klinischen oder medizinischen Einrichtungen müssen Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen, auch zur Begleitung von Krisen, langfristig finanziert und gestärkt werden. Die aktuell unzureichende Finanzierung der Selbsthilfe und Selbstvertretung verhindert den Aufbau von nachhal-

* Nach dem Verständnis des partizipativen Landschaftstrialoges sind psychosoziale Fachkräfte Menschen, welche eine Qualifizierung abgeschlossen haben und/oder im psychosozialen Versorgungssystem arbeiten. Genesungsbegleiter*innen und Peer-Beratende gehören nach unserem Verständnis selbstverständlich dazu. Zu den Fachkräften gehören darüber hinaus beispielsweise Pflegekräfte und Ergotherapeut*innen. Wir reduzieren Fachkräfte nicht auf Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen.

tigen Kompetenzen und Expertisen. Abrechnungs- und Finanzierungskonzepte müssen so gestaltet werden, dass diese betroffenenkontrollierten Angebote flächendeckend und barrierefrei umgesetzt werden können.

101. Außerdem müssen diese peer-geleiteten Angebote als gleichwertige Unterstützungsformen zu medizinischen und sozialen Einrichtungen verstanden werden und das bestehende Versorgungssystem maßgeblich ergänzen! Dazu gehören auch eigene Finanzierungsmodelle.

102. Eigenständige Beratungsstellen gewinnen durch die gleichberechtigte Mitarbeit von Peer-Mitarbeitenden und durch ihre Unabhängigkeit von Angeboten aus dem ambulanten oder krankenhausbasierten Versorgungsbereich an Niedrigschwelligkeit. Betroffenenkontrollierte Beratungsstellen sollten im Interesse einer Niedrigschwelligkeit besonders gefördert werden.

Unterstützung beim Medikamente Absetzen

103. Durch die Krankenkassen finanziertes, begleitetes und systematisches Absetzen von Medikamenten muss dringend mehr in den gesundheitspolitischen Fokus rücken, um Beeinträchtigungen und schädliche Nebenwirkungen zu verhindern! Es ist sehr wichtig zu erfahren, wann, wie und weshalb Menschen sich dazu entscheiden, weniger oder gar keine Medikamente mehr zu nehmen. Nur so kann auch die Frage beantwortet werden, was sinnvoll getan werden sollte, wenn es schwierig wird, und wie ein Mensch in dieser Situation vorurteilsfrei unterstützt werden kann.

104. Menschenrechtlich betrachtet, hat jeder Mensch das Recht, Psychopharmaka abzusetzen. Zu jeglichem Zeitpunkt müssen diesem Menschen von ihm gewünschte Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Das Recht auf Inanspruchnahme einer ärztlichen oder anderen Expertise beim Reduzieren und Absetzen muss jede*r haben; ebenso wie das Recht, nicht nach ärztlicher oder anderer Empfehlung zu handeln, ohne dabei wiederum andere Rechte zu verlieren.

Ambulante Angebote

Vielseitigkeit der Angebote

105. Das Angebot an selbstbestimmt nutzbaren Unterstützungs- und Therapieformen muss auch außerhalb von Städten zugänglich gemacht werden. So müssen sowohl der Besuch selbstgewählter Angebote wie Tanz-, Kunst- oder Sportkurse unterstützt werden, als auch therapeutische Möglichkeiten wie Körper-, Kunst- und Musiktherapien außerhalb von Krankenhäusern und Institutsambulanzen finanziert werden.

106. Ein vielseitiges therapeutisches Angebot sollte darauf ausgerichtet sein, eine pharmakologische Behandlung zu minimieren oder zu verhindern. Bei Menschen, die über lange Zeit Psychopharmaka nehmen, muss ambulante Unterstützung bei der langsamen Reduktion oder dem Ausschleichen garantiert werden.

Teamarbeit

107. Multiprofessionelle Teams müssen im ambulanten Sektor auch in der Erwachsenenunterstützung erlaubt werden. Es sollte möglich werden, gemeinsame Niederlassungen von Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Soziotherapeut*innen sowie Kunst-/Musik-/Körpertherapeut*innen zu genehmigen. Insbesondere müssen solche multiprofessionellen Teams auch Peer-Mitarbeitende und eigenstände Peer-Angebote in Zusammenarbeit mit Selbstvertretung und Selbsthilfe miteinschließen. Der Vorteil einer gemeinsamen Niederlassung liegt in der niedrigschwelligen Erreichbarkeit verschiedener Unterstützungsangebote. Teamangebote erleichtern die Beziehungsgestaltung und Kontinuität, da mehrere feste Ansprechpersonen gegeben sind. Diese Form von Niederlassungen dürften aber keinesfalls zusätzliche andere Angebote ausschließen.

108. Solche ambulanten Teams sollten dazu befähigt werden, aufsuchende Angebote machen zu können. Teambasierte aufsuchende Begleitung sollte auch außerhalb von Klinik oder stationärer Finanzierung als zusätzliches Angebot möglich werden.

109. Die multiprofessionellen Teams dürfen keine teaminternen Fallbesprechungen ohne die Nutzer*innen durchführen.

Therapeutische Netzwerktreffen

110. Für vielfältige und individuell abgestimmte Angebote ist Multiprofessionalität sehr wichtig. Dies gilt insbesondere in Krisenzeiten. In Netzwerktreffen können Nutzer*innen, Angehörige, Peer-Mitarbeitende, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, u.a. vielfältige Angebote gestalten und informierte und selbstbestimmte Wahlmöglichkeiten für Nutzer*innen bereitstellen.
111. Therapeutische Netzwerktreffen haben grundsätzlich mit den Nutzer*innen stattzufinden, da nicht ohne sie über sie geredet werden soll. Netzwerktreffen tragen dazu bei, Klinikaufenthalte zu verhindern. Netzwerktreffen sollten deshalb von Anfang an möglich sein und nicht erst, wenn die Nutzer*innen im Krankenhaus oder der Eingliederungshilfe angekommen sind.

Stationäre und teilstationäre Angebote

Alltagsnahe Konzepte und Multiprofessionalität

112. Die Stärkung und Finanzierung alltagsnaher Konzepte, auch in Kliniken, muss zentrales Anliegen einer menschenrechtskonformen Unterstützungslandschaft sein. Dazu gehört auch, dass die Weiterführung der ambulanten Therapie (z.B. Soziotherapie, Psychotherapie, ambulante Ärzt*innen) im stationären Rahmen (somatisch, psychosomatisch und psychiatrisch) möglich ist.
113. Die Möglichkeit für Assistenzleistungen muss auch für Menschen mit psychosozialen Behinderungen in der Klinik Standard werden (z.B. über das Persönliche Budget).
114. Es muss möglich sein, dass sich betreffende Personen ihre Behandlungskontexte unabhängig vom zuständigen Versorgungsgebiet aussuchen können.
115. Für vielfältige und passende Angebote ist Multiprofessionalität auch in Kliniken sehr wichtig. So können z.B. Netzwerktreffen auch in Kliniken vielfältige Angebote gestalten und informierte und selbstbestimmte Wahlmöglichkeiten für Nutzer*innen bereitstellen.

Entlassungsberichte und Patient*innendaten

116. Entlassungsberichte müssen mit den Patient*innen vor der Entlassung verpflichtend und mit genügend Zeit besprochen werden. Das Motto der UN-BRK „Nichts über uns, ohne uns!“ sollte auch hier bedingungslos gelten.
117. Außerdem muss transparent geregelt werden, welche Informationen an ambulante Dritte, an Peer-Begleitende und Angehörige weitergeben werden dürfen. Das Einverständnis der betreffenden Person ist unveräußerlich zu gewährleisten und der Datenschutz immer genau zu prüfen und sichern.

Entlass-Management

118. Das Entlass-Management von Kliniken muss regelmäßig und unter maßgeblicher Beteiligung von Peers und Aktiven der Selbstvertretung und der Selbsthilfe Qualitätsprüfungen durchlaufen und die gute Verzahnung mit ambulanten Angeboten ausnahmslos gewährleisten. Der Einbezug von betroffenen Menschen – als Erfahrungsexpert*innen und Brückenbildner – ist hier besonders wichtig.
119. Niedrigschwellige Beratungsangebote für Angehörige, Nutzer*innen und Mitarbeitende sollten barrierefrei flächendeckend angeboten werden. Auf diese Angebote muss immer wieder proaktiv hingewiesen werden und genügend Beratungszeiträume zur Verfügung gestellt werden.

Zuhause-Behandlung (Home Treatment)

> „Durch Hometreatment entwickelt sich im Laufe der Zeit ein ganz anderes menschliches Erleben und die Arbeitsweise von Behandler*innen verändert sich.“

120. Aufsuchende Angebote sind nutzer*innenseits oft mit der Sorge verbunden, dass es unangenehm ist, wenn z.B. Ärzt*innen nach Hause kommen. Solche Angebote sollten also immer nur nach einer informierten, selbstbestimmten Entscheidung durchgeführt werden.
121. Das Auftreten und die Haltung des Teams müssen menschenrechtlichen Verpflichtungen erfüllen und durch entsprechende Fortbildungen gewährleistet werden. Die Teams müssen multiprofessionell und durch maßgebliche Beteiligung von erfahrenen Peers geprägt sein.
122. Die Leistungen des Home Treatment müssen übersichtlicher, umfassend und nicht nur fragmentarisch durch einzelne Krankenkassen bzw. nur in einzelnen Regionen bewilligt und finanziert werden. Auch müssen Übersichten barrierefrei zur Verfügung gestellt werden, die über die Angebote und Behandlungsoptionen in krankenkassenfinanzierter Versorgung wie durch die Eingliederungshilfe und Teilhabe aktuell informieren.

Regionalbudgets [18]

123. Wir fordern bundesweit systematisierte Regionalbudgets, die einer Nutzer*innen- und Peer-Kontrolle unterstellt werden. Z.B. sollen mehrere Erfahrungswissende im Aufsichtsrat maßgeblich mitbestimmen können, wie Ressourcen eingesetzt und verteilt werden.
124. Zugleich sind Regionalbudgets weiter zu entwickeln, um Kooperationen von ambulanten Anbieter*innen und klinikgebundenen Anbieter*innen zu erlauben.

Qualitätskontrolle durch Nutzer*innen und Peer-Mitarbeitende im stationären Kontext auf allen Ebenen

125. Für eine angemessene und wirksame Partizipation von Menschen mit Krisenerfahrungen sollten Quoten eingeführt werden. Das heißt z.B., dass eine festgelegte Quote an Peer-Mitarbeitenden und beratenden Nutzer*innen oder Aktiven aus Selbsthilfe und Selbstvertretung festgesetzt wird.
126. Die gleichberechtigte Mitarbeit muss auch in den obersten Entscheidungsgremien gewährleistet werden, so z.B. im Aufsichts- und Betriebsrat. Mitbestimmung von Menschen mit Erfahrungsexpertise auf allen Ebenen ist entscheidend, um menschenrechtlichen Prämissen angemessen zu entsprechen. Dabei ist es für alle sicherzustellen, dass betriebliche Entscheidungen nicht durch finanzielle Abhängigkeiten oder das Risiko des Arbeitsplatzverlustes geprägt sind.
127. Konzepte und Modelle hierfür sind zu erproben, zu finanzieren und langfristig einzusetzen. Umfassend menschenrechtlich und in Empowerment informierte Peers Betroffene sind hierbei als Expert*innen von psychischen Lebenskrisen innerhalb und außerhalb des Versorgungssystems zu verstehen und maßgeblich einzubinden.

4.8 Forderungen in Bezug auf das Betreuungsrecht

Unterstützte Entscheidungsfindung

128. Die ersetzende Entscheidungsfindung ist zeitnah durch die unterstützende Entscheidungsfindung abzulösen. Wenn betroffene Menschen für eine selbstbestimmte Entscheidung Unterstützung benötigen, ist ihnen diese unter allen Umständen zu gewähren. Eine rechtliche Betreuung, die nicht als eine Assistenz in der Bewältigung rechtlicher Anliegen der Befähigung der Betroffenen verpflichtet ist, ist kein Mittel unterstützender Entscheidungsfindung sondern ein Mittel der ersetzenden Entscheidungsfindung.
129. Das heißt auch, dass Menschen, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung brauchen, in ihrem Selbstbestimmungsrecht unter allen

Umständen unterstützt werden und niemals durch Druck oder Androhung aus dem Versorgungssystem oder dem sozialen Umfeld zu ersetzender Entscheidung gedrängt werden.

130. Die partizipative Entwicklung von Instrumenten der unterstützten Entscheidungsfindung unter Beteiligung der Selbstvertretung und Selbsthilfe sind seitens des Gesetzgebers sowohl auf Bundes- als auch Landesebenen zu fördern und verbindlich vorzuschreiben.

Unabhängige Beschwerdestelle

131. Nutzer*innen müssen die Möglichkeiten haben, in strittigen Angelegenheiten gegenüber den Verfahrensbeteiligten unabhängige Unterstützung zu nutzen. Hierfür sind unabhängige Beschwerdestellen einzurichten oder, wo vorhanden, an bereits bestehende unabhängige Beschwerdestellen mit Expertise im psychiatrischen Beschwerdemanagement anzugliedern.

132. Diese Beschwerdestellen sollten regionalisiert arbeiten, d.h. pro Region/Bundesland sind ausreichend Beschwerdestellen einzurichten.

133. Den Beschwerdestellen müssen die notwendigen Personal- und Sachmittel für eine adäquate Ausstattung zur Verfügung gestellt werden. Dies insbesondere angesichts bereits bestehender Erfahrungen aus Bundesländern wie Berlin, bei denen relativ viele Beschwerden bezogen auf rechtliche Betreuung eingehen, sobald eine entsprechende Anlaufstelle bekannt ist.

Betreuungen

134. Wir gehen davon aus, dass sich rechtliche Betreuungen unter der Prämisse einer gesetzesübergreifend menschenrechtlich ausgelegten Unterstützungslandschaft erheblich verringern bzw. überflüssig werden. [19] Zusätzliche Kosten menschenrechtlich ausgelegter rechtlicher Unterstützungsleistungen im Einzelfall werden durch geringere Betreuungsverfahren und kürzere Betreuungszeiten ausgeglichen. [20]

135. Eine nicht eingerichtete rechtliche Betreuung steht immer für die Stärkung der Selbstbestimmung im Sinne der UN-BRK, sofern selbstbestimmte Unterstützung zugänglich ist. Somit sind alle Beteiligten im Betreuungsverfahren verpflichtet, jede nicht in die Grundrechte eingreifende Maßnahme im Sinne des Erforderlichkeitsgrundsatzes vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung zu prüfen. Hierfür sind menschenrechtlich und sozialrechtlich qualifizierte Betroffenen-Expert*innen maßgeblich miteinzubeziehen

136. Rechtliche Betreuungen sind immer ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Menschen. Wir hoffen, dass sich in einer gesetzesübergreifend menschenrechtlich ausgelegten Unterstützungslandschaft rechtliche Unterstützung unter der unveräußerlichen Wahrung des Selbstbestimmungsrechts weiterentwickelt zu selbstbestimmt wählbarer Unterstützung.

137. Vor, während und nach dem gerichtlichen Verfahren zur Betreuer*innenbestellung ist das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung wirksam zu verankern. [21]

138. Wenn ersetzende Entscheidungen in Ausnahmefällen eingesetzt werden, sind diese zu dokumentieren und mit den Nutzer*innen verpflichtend zu besprechen, um selbstbestimmte Lösungen in der Zukunft zu garantieren. Auch hier ist zu prüfen, welche anderen Leistungserbringenden rechtliche Unterstützungen anbieten, um die Einrichtung einer Betreuung zu verhindern.

139. Bei der Einsetzung einer rechtlichen Betreuung sind Angehörige auf Wunsch des betroffenen Menschen gleichberechtigt zu berücksichtigen.

Verantwortung der Verfahrensbeteiligten

140. Wir setzen voraus, dass alle Verfahrensbeteiligten sich ihrer Verantwortung im Sinne eines menschenrechtlich ausgerichteten rechtlichen Unterstützungssystems gegenüber Menschen mit Behinderungen bewusst sind. Hierfür müssen sie neben den rechtlichen Aspekten ein ausreichendes Wissen über die UN-BRK und über den gesamten Umfang an Leistungserbringenden haben. Es sind hierzu verpflichtende Schulungen und Fortbildungen vorzuschreiben. Dies gilt auch für ehrenamtliche Betreuer*innen und Betreuungsrichter*innen.

141. Betreuungsrichter*innen, die Rechtspflege und die rechtlichen Betreuer*innen haben im Betreuungsverfahren die größte Verantwortung gegenüber den betroffenen Menschen. Sie benötigten ausreichend Zeit für bedarfsgerechte rechtliche Unterstützungsleistungen:

a. bei der Entscheidung über eine rechtliche Betreuung.
b. bei der Durchführung der rechtlichen Betreuung.

142. Hierfür sind eine angemessene personelle Ausstattung in den Gerichten und ausreichende Zeitkontingente für rechtliche Betreuer*innen zu gewährleisten.
143. Berufsbetreuer*innen müssen einen Eignungs nachweis erbringen.

Betroffenenrechte vor der Einrichtung einer Betreuung

Informationspflicht

144. Vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung sind betroffene Menschen:

a. über Alternativen zu einer rechtlichen Betreuung umfassend und mit ausreichend Zeit proaktiv zu informieren.
b. über das Recht auf Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Behandlungsvereinbarungen proaktiv aufzuklären.
c. über das Betreuungsrecht und den Ablauf des Betreuungsverfahrens, inklusive der Pflichten und Rechte von betroffenen Personen und rechtlichen Betreuer*innen, umfassend und mit ausreichend Zeit proaktiv in Kenntnis zu setzen.

Hierfür ist eine ausreichende Finanzierung unabhängiger und zugänglicher Beratungsangebote sicherzustellen. Auch Gerichte und Betreuungsbehörden sind zu einer umfänglichen und zugänglichen Beratung verpflichtet.

Vertrauenspersonen

145. Der gesetzliche Anspruch auf eine Vertrauensperson, die den betroffenen Menschen durch das gesamte Verfahren begleiten darf, ist sicherzustellen. Alle beteiligten Institutionen müssen betroffene Menschen auf dieses Recht hinweisen. Der betroffene Mensch entscheidet selbstbestimmt, ob und welche Vertrauensperson eingesetzt wird. Wenn die betroffene Person der Vertrauensperson besondere Vertretungsrechte im Verfahren zukommen lassen will, kann dies per Vollmacht geregelt werden. Auch Angehörige können selbstbestimmt durch den betroffenen Menschen als Vertrauensperson benannt werden und/oder im Verfahren beteiligt werden. Angehörige sollten auf Wunsch des betroffenen Menschen im gesamten Verfahren gehört werden.

Beteiligung von Verfahrenspfleger*innen/ Anwält*innen

146. Jeder betroffene Mensch hat einen Rechtsanspruch auf die Beteiligung von Rechtsanwält*innen und Verfahrenspfleger*innen, die ihre Interessen vertreten. Auf dieses Recht muss proaktiv und wiederholt hingewiesen werden.

Betroffenenrechte während einer Betreuung

Wahrung der Selbstbestimmung

147. Im Rahmen ihrer Tätigkeiten hat die betreuende Person dem Willen und den Präferenzen des betroffenen Menschen zu entsprechen. Ersetzende Entscheidungen seitens der betreuenden Person sind zu vermeiden. Das Betreuungsrecht muss sich dem Selbstbestimmungsrecht verpflichten.

Freie Wahl des*r rechtlichen Betreuer*in

148. Das sensible Feld der rechtlichen Betreuung beruht auf dem Vertrauen seitens der betroffenen Menschen. Somit ist ihre Wahl bzw. ein Wechsel der*des Betreuer*in unveräußerliches Recht und muss seitens aller Beteiligten unter allen Umständen akzeptiert werden. Auf das Recht, Betreuer*innen wählen und wechseln zu dürfen, muss proaktiv und wiederholend hingewiesen werden.

Bedarfsorientierte Aufgabenbereiche

149. Aufgabengebiete einer rechtlichen Betreuung müssen bedarfsgerecht auf die betroffenen Menschen zugeschnitten sein. D.h. allgemein gehaltene Aufgabenbereiche, wie Gesundheitssorge oder Vermögenssorge, sind diesen Zielen in keiner Weise dienlich. Die Aufgabenbereiche müssen auf den tatsächlichen Bedarf eingeschränkt werden. Einwilligungsvorbehalte sind zu vermeiden bzw. auf minimale Notwendigkeit zu beschränken.
150. Wir gehen davon aus, dass bei wichtigen Entscheidungen die alleinige Entscheidung seitens der betreuenden Person oftmals nicht ausreichend ist. Es ist hier immer zu prüfen, welche anderen Leistungserbringenden oder Bezugspersonen Unterstützung bei der

Entscheidungsfindung anbieten. Was wichtige Entscheidungen sind, definieren immer die betreuten Personen.

Betreuungsvereinbarung

151. Es sind detaillierte Betreuungsvereinbarungen über die Bedarfe (Aufgabengebiete), an die die betreuende Person gebunden ist, zu erarbeiten. Betreuungsvereinbarungen müssen das Selbstbestimmungsrecht maximal aufrechterhalten. Ein immer wieder zu überprüfender Aspekt dieser Vereinbarung ist es, ob eine rechtliche Betreuung noch erforderlich ist oder ob andere rechtliche Unterstützung diese ersetzen könnte.

Zeitliche Begrenzung

152. Betreuungsbeschlüsse sollten auf den tatsächlichen zeitlichen Bedarf begrenzt werden und bis zur nächsten Überprüfung dürfen nicht mehr als 2 Jahre vergehen.

Besprechungspflicht und Kontakthäufigkeit

153. Generelles und nachprüfbar in der Praxis umzusetzendes Ziel der gesetzlichen Betreuung ist es, dass betreute Menschen wieder in die Lage versetzt werden, ihre rechtlichen Angelegenheiten selbst zu regeln. Hierfür müssen sie in die Erledigung ihrer Angelegenheiten maßgeblich mit einbezogen werden. Die Kontakthäufigkeit und Vergütung der Betreuer*innen müssen sich an diesem Ziel orientieren. Auch hier ist zu prüfen, welche anderen Leistungserbringer diese Unterstützungen anbieten. Aufgrund der notwendigen Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses ist eine persönliche Begegnung jeden Monat zu garantieren.

4.9 Forderung nach psychiatrischer Unterstützung ohne Zwang

> „Es ist wichtig zu wissen, wann man aus angespannten Situationen herausgeht. Wann man selber das Gegenüber triggert. Das kann man spüren. Es ist wichtig zu verstehen, dass wir nicht als Maschinen handeln und nicht in Situationen von Selbstverständlichkeit und Eindeutigkeit.“

Weiterentwicklung und Stärkung menschenrechtskonformer Ansätze

154. Psychiatrische Unterstützung oder Konzepte ohne Zwang zu denken, ist menschenrechtlich betrachtet höchst relevant! Es reichen nicht nur Appelle, sondern es müssen neue Rahmenbedingungen und Vorgehensweisen gedacht werden. Hierfür brauchen wir Wissen und Erfahrungen. Gute-Praxis-Beispiele und betroffeneninitiierte Ansätze zeigen, wie es anders geht! [22]
155. Wie von der Bundesregierung im Rahmen der Novellierung des Betreuungsrechts angekündigt [23] , muss das Thema „Zulässigkeit von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen“ grundlegend und unter zu allen Phasen der Gesetzgebung wirksamer Partizipation von Menschen mit Zwangserfahrungen und deren selbstvertretenden Organisationen gesetzlich überdacht und verändert werden.
156. Unabhängiges Betroffenen-Wissen und menschenrechtskonforme Peer-Angebote müssen gestärkt und als gleichwertig zu medizinisch-therapeutischen Einrichtungen und psychosozialen Angeboten anerkannt werden. Hierzu zählen z.B.: Peer-Empowerment-Gemeinschaften, betroffenengeleitete Krisenhäuser und Krisenzimmer, Peer-Anwaltschaft und Selbstvertretungen, unabhängiger Peer-Support und Selbsthilfe, Weglaufhäuser mit Erfahrungsexpert*innen und Open-Dialogue-Modelle mit Peers.
157. Die Studienlage zu nicht-medizinischen Unterstützungsformen in akuten Ausnahmesituationen ist zu begrenzt, insbesondere im deutschsprachigen Raum. Es ist für eine menschenrechtliche Veränderung unumgänglich,

ausreichend Mittel für mehr betroffenenkontrollierte und partizipative Forschung in diesen Bereichen einzusetzen. Es müssen betroffenenkontrollierte und menschenrechtsbasierte Beispiele aufgezeigt und bekannt gemacht werden. [24]

158. Die Idee, dass „Selbstbestimmung durch Zwang“ wiederherzustellen sei oder die „krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit“ Zwang legitimiert, halten wir für grundsätzlich kritik- und veränderungswürdig. Menschen mit psychosozialen Behinderungen sind auf Grund solcher medizinischen und juristischen Konstrukte nicht an Orten, an denen das Recht auf Selbstbestimmung greift, und damit wird das eigentlich unveräußerliche Recht auf Selbstbestimmung kurz-, mittel- oder langfristig rechtlich legitim aberkannt.

159. Einzelfälle ohne Berücksichtigung des Kontextes dürfen nicht unberechtigt verallgemeinert werden und zur Legitimation von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen benutzt werden. Das Recht auf Selbstbestimmung muss als Chance und nicht als Bürde betrachtet werden!

160. Jedes Mittel, jedes Vorgehen, jeder Umgang sollte unter der Frage beleuchtet werden, ob diese das Selbstbestimmungsrecht respektieren und garantieren.

Bewusstseinsbildung für informellen Zwang und Haltungsfragen

161. Es ist besonders wichtig, ein Bewusstsein für informellen Zwang zu schaffen. Zu diesem gehören: „wenn die Zustimmung zu einer Behandlung oder Maßnahme durch Druck erwirkt wird, auf der Grundlage falscher, unvollständiger oder für die Person nicht verständlicher Informationen erfolgt, oder jemandem die Unterstützung versagt wird, die er oder sie für eine Entscheidungsfindung benötigt.“ [25] Gerade diese Formen von Zwang sind Mitarbeitenden oft nicht bewusst, doch ihre schädigende Wirkung für betroffene Menschen gravierend. Menschenrechtliche und verpflichtende Fortbildungen für psychiatrisch Tätige müssen unter maßgeblicher Beteiligung von menschenrechtlich geschulten Erfahrungsexpert*innen mit Psychiatrieerfahrung ein flächendeckendes Bewusstsein für informellen Zwang veranlassen.

162. Jede Klinik, jede psychosoziale und pflegerische Einrichtung und alle am Versorgungssystem Beteiligten sollten sich, ihr Handeln und Denken immer wieder in Frage stellen. Wenn es zu Situationen kommt, die sich auf informellen und formellen Zwang zuspitzen, muss dies immer unter wirksamer Partizipation von betroffenen Menschen oder selbstgewählten Dritten reflektiert und darauf hingewirkt werden, es nicht mehr zu solchen Situationen kommen zu lassen.

Vorausverfügungen

163. Psychiatrische Vorausverfügungen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Behandlungsvereinbarungen) müssen fortlaufend rechtlich gesichert und allgemein bekannter gemacht werden. Betroffene Menschen müssen behördlicherseits und durch professionell Tätige proaktiv und wiederholt auf diese Möglichkeiten hingewiesen werden. Krisenpläne, Behandlungspläne und Patientenverfügungen müssen obligatorische und unveräußerlich anerkannte Wege und Mittel sein, Menschen auch in Krisensituationen Selbstbestimmungsrecht zu garantieren.

Unterstützungsteams

164. Wenn Menschen in Krisensituationen geraten und Unterstützung wünschen oder z.B. Angehörige in Sorge um jemanden sind, ist es sinnvoll Unterstützungsteams zugänglich und kostenfrei kontaktieren zu können. Solche Teams sollten nicht nur multiprofessionell sein, sondern es sollten ihnen verschiedene Menschen aus der Gesellschaft angehören. Diese Teams sollten nicht ‘‘Psychiatrie‘‘ im Namen führen und direkt vor Ort unterschiedlichste Zuhör-, Beratungs-, Krisenlösungs- und Unterstützungsmöglichkeiten anbieten. Dem betroffenen Menschen sollte es offenstehen, welche Unterstützungsform er wählt oder ob er alle ganz ablehnt. Die Wahl zu haben, schafft Vertrauen und wird dem Recht auf Selbstbestimmung gerecht. Gerade mehr Vertrauen in Unterstützungsangebote würde dazu führen, dass Menschen frühzeitiger nach Beratung oder Hilfe suchen und Unterstützungsmöglichkeiten auch als solche kennenlernen können. Wenn ein verlässliches Vertrauen entsteht, kann die Unterstützung als eine gemeinsame Suche nach Lösungen verstanden werden.

165. Solche Unterstützungsteams müssen genug Zeit haben auch zu schauen, was für soziale Möglichkeiten und Probleme gemeinsam angegangen werden können und welche Unterstützung gegebenenfalls gebraucht wird.

166. Die zeitlichen Ressourcen sind dabei von besonderer Bedeutung. Ein Unterstützungsteam braucht die Möglichkeit, bei dem betreffenden Menschen zu bleiben, wenn dieser damit einverstanden ist.

Solange es noch psychiatrische Zwangsmaßnahmen und ausführende Institutionen gibt

Kennzahlen zu Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen

167. Solange sich ein Rechtsstaat dazu entscheidet, Zwangsmaßnahmen als Schutzmaßnahmen zu rechtfertigen, braucht es nach wie vor strengere gesetzlicher Regularien und vor allem transparente und barrierefreie Kontrollmaßnahmen, um die alltägliche Umsetzung gesetzlicher Vorgaben genau zu prüfen. Jede psychiatrische, psychosoziale oder pflegerische Einrichtung muss systematisch Zwangsmaßnahmen erfassen und diese Zahlen im jährlichen, öffentlich und barrierefrei zugänglichen Qualitätsbericht veröffentlichen. Als Zwangsmaßnahmen gelten chemische und mechanische Fixierungen, Isolationen und Zwangsmedikationen und unerwünschte Behandlungen.

Isolierungen

168. Die Liste der kritisch zu untersuchenden psychiatrischen Zwangsmaßnahmen ist lang. Dunkelfelder, wie sogenannte Time-Out-Räume, müssen hinterfragt und gesetzlich eingegrenzt sowie zeitnah verhindert werden! Zumindest muss die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen immer das gesellschaftliche Ziel sein.

Kontakt in akuten Situationen

169. Zuerst sollten mit dem betroffenen Menschen angemessene Vorkehrungen zu einer zwangsfreien Bewältigung der Situation besprochen werden. Wenn jegliche angemessenen Vorkehrungen ausgeschöpft und der Erforderlichkeitsgrundsatz eingehalten wurden, d.h. die Rechtmäßigkeit und die Wirksamkeit der überlegten Maßnahmen im vollen Maß geprüft wurden und eine Unterbringung für notwendig gehalten wird, sollten die Personen, die über die Unterbringung entscheiden, in Zivil vor Ort erscheinen. Ausschließlich dann, wenn die betroffene Person den Wunsch äußert, durch Menschen in Uniform begleitet und/oder beraten werden zu wollen, ist dem nachzugeben.

„Wie schaffe ich es, Absprachen zu schaffen? Wie schaffe ich es, dem Gegenüber genügend inneren Raum für eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen? Welche Lösungen gibt es aus verschiedenen Perspektiven?“

In den Institutionen

Externe Kontrollinstanzen

170. Es ist notwendig, dass zum Beispiel Richter*innen oder Besuchskommissionen Missstände vor Ort direkt ansprechen. Der kritische Blick von außen ist wichtig, um auf interne Mängel hinzuweisen und gemeinsam Veränderungen auf den Weg zu bringen.

Weiterentwicklung der Rolle und Aufgaben von Betreuungsrichter*innen

171. In Situationen, in denen Richter*innen über Unterbringung und Zwangsmaßnahmen entscheiden müssen, ist es wichtig, Menschen mit eigenen Krisenerfahrungen und Kenntnissen menschenrechtlicher Krisenansätze als Ratgebende, z.B. in Form von Unterstützungsteams für Richter*innen, verpflichtend hinzuzuziehen.
172. Sammelentscheide über freiheitsentziehende Maßnahmen und medizinische Maßnahmen gegen den Willen sind zu verbieten.
173. Richter*innen sind laut BGB unabhängig, d.h. sie können nicht dazu verpflichtet werden, menschenrechtliche Schulungen zu besuchen. Wir halten Fortbildungen zu den Menschenrechten, im Besonderen der UN-BRK, aber für grundlegend, um eine Veränderung in der Akutversorgung, aber auch im gesamten Unterstützungssystem anzustoßen. Es ist dabei auch regierungspolitisch zu überlegen, Richter*innen, die menschenrechtliche Fortbildungen besuchen, zu fördern und zu unterstützen. Richter urteilen über und verändern das Leben von Betroffenen und sind somit in der moralischen und ethischen Pflicht, Fortbildungen zu den Menschenrechten wahrzunehmen. Es muss auch überlegt werden, bereits während der Ausbildung und bevor das Richteramt angetreten wird, solche Schulungen verpflichtend abzuhalten.
174. Auf das Recht, zu einer Anhörung auf Wunsch des betroffenen Menschen Angehörige oder Peers hinzuzuziehen, müssen Richer*innen und alle am Verfahren Beteiligten proaktiv und wiederholend hinweisen.

Mitarbeitende

175. Nicht selten haben Mitarbeitende nur eine geringe Arbeitszufriedenheit. Diese Ausgangssituation schafft kein wohlwollendes und der Genesung zuträgliches Klima. In vielen Institutionen ist es mehr als schwierig auf Missstände hinzuweisen, auch für die Mitarbeitenden selbst. In jeglichen psychiatrischen und pflegerischen Institutionen muss auf strukturelle Probleme hingewiesen werden können. Dabei sollte ein offener Dialog die Chance bieten, positive Veränderungen für alle zu ermöglichen.
176. Es ist wichtig, Mitarbeitende in psychiatrischen und pflegerischen Institutionen über die Garantie von Menschenrechten zu schulen (Artikel 13 Abs. 2 und 25 d), um Situationen von Zwangsanwendung und Zwang als Ultima Ratio kritisch zu hinterfragen, um die Ultima Ratio nicht als gesichertes und unbestrittenes Recht zu verstehen. Solche Schulungen sollten durch menschenrechtlich qualifizierte Erfahrungsexpert*innen (mit-)geleitet, staatlich finanziert und Mitarbeitende zur Teilnahme verpflichtet werden.

Sprachbarrieren und Stationszimmer

177. Teams auf Stationen sollten verschiedene Sprachen sprechen und, falls nicht vorhanden, zügig und ohne viel administrativen Aufwand Übersetzer*innen hinzuziehen können.
178. Viele von uns halten es auch für maßgeblich wichtig, Stationszimmer abzuschaffen, um so ein Miteinander auf Stationen mit frühen, vielfältigen, aggressionspräventiven Kontakten zu ermöglichen.

Einsicht in die Patientenakte

Siehe Punkt 19. und 20. dieses Dokuments

Nachgespräche

179. So lange es in psychiatrischen Institutionen noch zu Zwangsmaßnahmen kommt, ist eine verpflichtende Nachbesprechung anzubieten, um betroffenen Menschen die Möglichkeit zu geben, das Trauma der Zwangserfahrung zu verarbeiten. Diese sollte zeitnah bis zu 6 Wochen nach der Zwangsmaßnahme stattfinden und im Entlassungsbrief schriftlich benannt werden, es sei denn, der betroffene Mensch wünscht dies ausdrücklich nicht. Die Nachbesprechung sollte von den an der Maßnahme unmittelbar beteiligten Personen von Angesicht zu Angesicht durchgeführt werden. Sofern der betroffene Mensch z.B. anschließend in der Tagesklinik der Institution oder im Rahmen einer anschließenden Psychotherapie den Wunsch äußert, sollten Gespräche nochmals ermöglicht werden.

Alltagsnahe Fragen

180. Um ein Umfeld zu schaffen, in dem nicht-psychiatrische Kategorien professionelles Denken und Handeln bestimmen, und um dem Gegenüber den Raum für eine selbstbestimmte Entscheidung zu geben, sind offene Fragen sinnvoll: Brauchen Sie unsere Unterstützung? Welche Unterstützung brauchen Sie?Welche Frage könnte ich Ihnen stellen, damit wir weiter kommen zusammen? Wie müsste Hilfe aussehen, damit Sie Ihnen entspricht? Was gibt Ihnen Sicherheit, Vertrauen? Gibt es da Personen für Kontakt? Was braucht mein Gegenüber, um mit mir eine Lösung finden? Auch alltagspraktische Fragen können Krisensituationen entschärfen: Kann man etwas einkaufen zusammen oder mit dem Hund rausgehen? Können wir mal in die Küche gehen? Können wir wiederkommen? Wir sind bei Ihnen zu Gast, worauf müssen wir deshalb achten?

Entwicklung von psychischen und sozialen Ressourcen

181. Die zentrale Arbeitsform des Offenen Dialoges ist das Netzwerktreffen, womit eine Begegnung von wichtigen persönlichen und professionellen Bezugspersonen der Menschen in Krisensituationen gemeint ist, die etwas zur aktuellen Situation beitragen können. Netzwerkgespräche haben in der Regel folgende Funktionen:

a. eine informative: über die Umstände und Entstehung der Krisensituation,
b. eine klarstellende: zu der aktuellen Beziehungssituation, Familiendynamik oder den Bedürfnissen
c. eine planende: um den betroffenen Menschen, die Familie und das weitere Netzwerk zu unterstützen, einen Unterstützungsplan zu entwickeln und die notwendigen Entscheidungen transparent zu treffen.

Dialogische Netzwerkgespräche sind darauf ausgerichtet, die sozialen Netzwerke zu aktivieren, vielstimmige Dialoge anzuregen und persönliches Wissen und verschiedene Perspektiven der Netzwerkmitglieder hinsichtlich der aktuellen Situation zu hören und zu berücksichtigen. Das Ziel ist, einen möglichst sicheren und als gemeinsam erlebten Rahmen für einen gemeinsamen offenen Prozess herzustellen. Das Netzwerk wird durch den Fokus auf einen offenen dialogischen Prozess dabei unterstützt, selbstbestimmte Lösungen zu entwickeln.

Maßregelvollzug

182. Viele Teilnehmende der Arbeitsgruppe sind für eine Abschaffung der §§ 63 und 64 StGB und die Modifikation des 126a. Viele betroffene Menschen empfinden den §63 StGB als Haftverlängerung und Mittel zur potentiellen lebenslänglichen Freiheitsentziehung, die oft in keinem Verhältnis zur Anlasstat steht. Der Aufenthalt im Maßregelvollzug darf nicht länger als die Freiheitsstrafe für das betreffende Delikt sein.

183. Über eine Anlasstat wird vor Gericht gar nicht erst verhandelt, wenn die betreffende Person aufgrund der psychiatrischen Diagnose im §64 StGB als schuldunfähig betrachtet wird. Sie also auch nicht zu einer Strafe verurteilt werden kann. Stattdessen wird Freiheitsentzug angeordnet, bis die Person angeblich keine Gefahr mehr für die Gesellschaft darstellt. Viele Teilnehmende der Arbeitsgruppe halten deswegen die Abschaffung der absoluten Unzurechnungsfähigkeit (Schuldunfähigkeit) für menschenrechtlich geboten.

5 Es war einmal... Partizipation: Dank an die Beteiligten und Mut für eine gleichberechtigte Zukunft

Über die zwei Jahre der Projektdauer haben mehr als sechzig engagierte Beteiligte mitgemacht. Wegen der Corona-Pandemie fast immer online. Wie oft haben sich die Akteur*innen des Landschaftstrialogs insgesamt getroffen? Wie viele Stunden haben sie bzw. haben wir Erfahrungen und Wünsche, Frustrationen und Verbesserungen zusammengetragen? Es ist ein Zeichen des Engagements aller Beteiligten, dass sich diese Stundenzahl nicht berechnen lässt. Dann und wann bildete sich zusätzlich eine Kleingruppe zu bestimmten Aufgaben. Oder bis in den Abend funkten noch Telefone oder digitaler Austausch.
In den Protokollen der sechs Arbeitsgruppen fangen Worte eher schemenhaft die vielen lebhaften Diskussionen und die oft mit Herzblut vorgetragenen Erlebnisse ein. Alle, die dabei waren, konnten die unglaubliche Lebendigkeit wirklich gleichberechtigter Partizipation erleben. Sie machten mit, um aus den Aufs und Abs des Erlebens in den Einrichtungen der Versorgung und der Eingliederungshilfen die Themenfelder und die Forderungen dieses Berichts zu gestalten.
Wir Koordinator*innen im Projektteam haben den Bericht letztlich geschrieben und dann letzte Kommentare von Beteiligten aufgenommen. Wir freuen uns, dass die Ergebnisse des Landschaftstrialoges so deutlich aufzeigen, wie viele Änderungen möglich und erhofft sind. Wir freuen uns, welche wichtigen Bereiche die engagierten Mitstreiter*innen durchforstet und beackert haben. Wir freuen uns über den Mut, über Grenzen und Gräben hinweg zu denken. Wir meinen, dass die verschriftlichen Themen und Forderungen zeigen, wie breit die Auswirkungen von praktizierten Menschenrechten für alle Beteiligten der Unterstützungsbereiche sind. Oder sein sollten!

Was kann dieser Bericht nicht leisten: Er kann die Kreativität und den zwischenmenschlichen Erfindungsreichtum der Mitmachenden nicht in Gänze abbilden. Die Wärme, den Humor, die Ironie, das Haareraufen, die Vielfalt an selbstbestimmten Lebenswegen, individuell wie miteinander. Wirksame Partizipation braucht unbedingt solche gleichberechtigten Zusammenkommen!
Dabei haben wir viele mutmachende Geschichten gehört. Lebensgeschichten gemeinsamen Suchens und Findens besserer Lebensmöglichkeiten. Es hat uns gefreut und bewegt, dass es viele einzelne Teams oder Menschen gibt, die bereits entschieden menschliche Vielfalt leben. Sie schaffen innere und äußere Möglichkeitsräume für alle Beteiligten. Diese gleichberechtigte Vielfalt steht im starken Kontrast zu begrenzenden klinischen Settings, in denen Zwang immer in der Luft liegt, auch wenn er für einige Stunden oder Tage nicht vollstreckt wird.
Wir fordern wichtige menschenrechtliche Veränderungen und gesetzgeberische Initiativen. Die Worte müssen auch größere sein, da es um große Aufgaben geht.
Der Landschaftstrialog kann Vorbild sein für jene Entscheidungsträger*innen, die Gesetze, Regularien oder Einrichtungsordnungen gestalten. Die Wertschätzung der partizipativen Ressourcen in chancengleicher und gleichberechtigter Vielfalt – ohne hierarchischen Zwang – kann für alle mehr Menschlichkeit schaffen.
Für den anregenden, aufregenden, manchmal auch anstrengenden Reichtum des partizipativen Miteinanders danken wir allen Mitstreiter*innen.

Fußnoten

1. Richtlinie für die Förderung der Partizipation von Menschen mit Behinderungen: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/Gesetzesvorhaben/Foerderrichtlinien.html

2. Allgemeine Bemerkung Nr. 1 des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2014): https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/AllgBemerkNr1.pdf

3. Allgemeine Bemerkung Nr. 7 des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2018): https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/AllgBemerkNr7.pdf

4. Verpflichtung zu Partizipation: Artikel 4 Abs. 2 und 3 UN-BRK und Partizipation beim Überwachungsprozess: Artikel 33 Abs. 3, Recht auf Partizipation: Artikel 3 c) und Artikel 21 UN-BRK, Partizipation §19 BGG und Allgemeine Bemerkungen Nr. 7: 15., 53., 88. und Artikel 25 Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte.

5. Siehe z.B.: Kardorff, E. von; Ohlbrecht, H.; Schmidt, S. (2013): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Im Internet: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_zugang_zum_allg_arbeitsmarkt_f_menschen_mit_behinderungen.pdf?__blob=publicationFile&v=4

6. Parlamentary Assembly, Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach : http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en

   Commissioner of human rights, It is time to end coercion in mental health: https://www.coe.int/en/web/commissioner/view/-/asset_publisher/ugj3i6qSEkhZ/content/it-is-time-to-end-coercion-in-mental-health?

   Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, siehe 7. und 42.: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/AllgBemerkNr1.pdf?__blob=publicationFile&v=4

7. Dies ist erkennbar an der bis zu 10-fach unterschiedlichen regionalen und institutionellen Varianz der Zwangsmaßnahmen. Siehe z.B.: Baron/Mehl: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – was wissen wir wirklich, Soziale Psychiatrie 2017: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/SP/SP_158/Baron_Mehl_Zwangsma%C3%9Fnahmen_SP158_S33-35.pdf

   Außerdem werden Zwangsmaßnahmen, trotz fehlender wissenschaftlicher Evidenz, noch immer für medizinisch relevant gehalten. Sammlung verschiedener Studien zum Thema siehe: https://aktion-artikel16.de/veroeffentlichungen-und-links/

8. Drucksache 18/11619, S.3: https://dserver.bundestag.de/btd/18/116/1811619.pdf. Anlässlich sind 2015 von der Bundesregierung 2 Forschungsaufträge herausgegeben worden. Ergebnisse eines Teilprojekte: Bericht für das Projekt - Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP): https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf

9. Siehe z.B.: Deutsches Institut für Menschenrechte (2018): Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2017 – Juni 2018. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG. Berlin., S. 71: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Menschenrechtsbericht_2018/Menschenrechtsbericht_2018.pdf

10. Siehe z.B. unzureichende Partizipationsstrukturen am Beispiel PatV des GBA: Buchholz E., Köster-Steinebach I. von Peter S.: Unterstützte Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Institutionen – zwischen Profis und Betroffenen (2019): https://www.researchgate.net/publication/352785974_Unterstutzte_Entscheidungsfindung_im_Gemeinsamen_Bundesausschuss_und_anderen_Institutionen_-_zwischen_Profis_und_Betroffenen

11. Im Sinne des § 4 BGG

12. Im Sinne der § 7 Abs. 2 BGG & Art. 2 und Art. 5 Abs. 3 UN-BRK

13. Gutes Beispiel auf Bundesebene: Beteiligung durch das BMJV von Menschen mit Behinderungen in Workshops, im Prozess der Änderung des Betreuungsrechts: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Artikel/DE/2018/062518_Betreuungsrecht.html

14. Siehe dazu: Aufgaben der Landesbehindertenbeiräte, geregelt in den Landesgleichstellungsgesetzen; Vergleich Aufgaben der Psychiatriebeiräte.

15. Beispiel: Werkstattbeiräte sind bundesgesetzlich vorgeschrieben und müssen finanziert werden.

16. Siehe hierzu: Barrierefreie Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen: https://seele-trifftwelt.de/wp-content/uploads/2019/05/Broschuere-Barrierefrei_Mailversion.pdf
17. Siehe z.B.: Bericht für das Projekt: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP): https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf

18. Im Regionalbudget Psychiatrie (derzeit nur als Modellvorhaben nach §64b SGB V) verhandeln die Kliniken ein jährliches Budget für die Behandlung mit den Krankenkassen. Die Höhe des Budgets orientiert sich an den bisherigen Ausgaben für die ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen an dieser Klinik. Die Klinik verpflichtet sich im Regionalbudget, in etwa die gleiche Anzahl von Nutzer*innen zu behandeln wie bisher, kann aber die Behandlung flexibel in Richtung ambulant und Home Treatment ausrichten, ohne finanzielle Abstriche von den Krankenkassen zu bekommen. Damit werden die bisherigen finanziellen Anreize für die Kliniken, möglichst viele Patient*innen stationär zu behandeln, abgeschafft. Die Klinik kann die Behandlung im Rahmen ihrer personellen Ressourcen auf Wünsche und Präferenzen ihrer Nutzer*innen abstimmen. Das schafft für Nutzer*innen die Option, entweder zu Hause oder in der Klinik begleitet zu werden, und ermöglicht für die Klinikmitarbeitenden die Erfahrung, dass ambulante Behandlung und Home Treatment die Ressourcen der Nutzer*innen stärken. Aktuell gibt es diesbezüglich zu wenig Angebote, da Regionalbudgets bislang nur als Modellprojekte bestehen. Die Angebote, die es gibt, sind bisher noch nicht in die Regelversorgung übernommen worden und müssen immer wieder neu verhandelt werden, was eine starke Umsetzungsbarriere ist.

19. „Der Ausschuss ist besorgt über die Unvereinbarkeit des im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) festgelegten und geregelten Instruments der rechtlichen Betreuung mit dem Übereinkommen. Die rechtliche Betreuung sei vertretungsorientiert und müsse in ein System der unterstützten Entscheidungsfindung überführt werden; hierfür wären professionelle Qualitätsstandards zu entwickeln.“ Abschließende Bemerkungen des UN-Fachausschusses über den ersten Staatenbericht Deutschlands, Abs. 25. und 26.: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/crpd-abschliessende-bemerkungen-ueber-den-ersten-staatenbericht-deutschlands

20. Betreuungsverfahren 1995= 624.695, Betreuungsverfahren 2013= 1.310.619 - Zahlen zu Betreuungsverfahren: https://www.reguvis.de/betreuung/wiki/Datei:Betreuungszahlen.gif

21. “Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.“ (Artikel 12 Abs. 3 UN-BRK)

22. WHO 2021: Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707
Adame, A. L., & Leitner, L. M. (2008). Breaking out of the mainstream: The evolution of peer support alternatives to the mental health system. Ethical Human Psychology and Psychiatry, 10(3), 146-162., Internetseite mit Sammlung zwangsverhindernder Modelle: https://aktion-artikel16.de

23. Die Bundesregierung hat im Gesetzesentwurf zur Reform des Betreuungsgesetzes zwar eine Reform der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen angekündigt, will aber noch abwarten bis der Evaluierungsprozess der Gesetzesänderung 2017 abgeschlossen ist (Drucksache 19/24445, S. 137f): https://www.bundestag.de/resource/blob/809328/93d3742f1666adc88d8603c34ceacac1/gesetzentwurf-data.pdf

24. Grey, F. & Hagan, M. 2016. The effectiveness of services led or run by consumers in mental health: Rapid review of evidence for recovery-orientated outcomes. An Evidence Check rapid review brokered by the Sax, Institute for the Mental Health Commission of New South Wales und World Health Organisation, 2021. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

25. Deutsches Institut für Menschenrechte (2018): Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2017 – Juni 2018. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG. Berlin., S. 59: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Menschenrechtsbericht_2018/Menschenrechtsbericht_2018.pdf

26. Beispiel: Netzwerktreffen im Offenen Dialog, Bochumer Krisenzimmer: http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/downloads/200331_Bochumer_Krisenzimmer_Online_Einzelseiten.pdf, Weglaufhaus antipsychiatrisch orientierte Kriseneinrichtung in Berlin: https://weglaufhaus.de/