



Eckpunktepapier

Selbstbestimmung stärken – Zwang vermeiden

Vorwort

Das Selbstbestimmungsrecht steht seit längerem im Fokus des Gesetzgebers. Nicht erst die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention fordert Deutschland auf, eine Aufwertung des Selbstbestimmungsrechtes für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vollziehen. Die Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes, die Novellierung des Betreuungsrechtes in den Neunzigerjahren mit der Orientierung des Betreuerhandelns an den subjektiven Wünschen des Betreuten oder aber auch die Novellierung der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder und des Maßregelvollzuges sind Beispiele, die diese Entwicklung vorangetrieben haben. Das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen im Hinblick auf den Umgang mit seiner Erkrankung, seinem Leiden und seinem Genesen, die Stärkung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Hinblick auf Grundrechtseingriffe und das Bestimmen der eigenen Ziele im Hinblick auf die Möglichkeiten des Beteiligtseins und des Einbringens in gesellschaftliche Prozesse und Systeme. All das bildet einen (neuen) Rahmen und hat einen enormen Einfluss für und auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die Tagung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. und des Institutes für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. am 5.-6. Juni 2019 mit dem Titel „Selbstbestimmung und Zwang – in Zeiten sozialpolitischer Umbrüche“ hat intensiv ausgelotet, welche Auswirkung diese Forcierung der Selbstbestimmung auf die sozialpsychiatrische Versorgung hat. Die Tagung hat sich mit den Fragen beschäftigt, ob die reformierte Eingliederungshilfe als modernes Teilhaberecht den Anspruch einer Stärkung der Selbstbestimmung tatsächlich einlösen kann? Was bedeutet dies für die sozialpsychiatrische Helfelandschaft in Mecklenburg-Vorpommern und welche fachlichen Entwicklungen sind hier zu fordern, um dieses Recht auch einzulösen? Bei der Betrachtung des Themas Selbstbestimmung ging es aber auch darum zu beleuchten, wie es sich bei all diesen Entwicklungen mit dem Thema Zwang verhält. Neben dem Bundesteilhabegesetz war ein weiterer Schwerpunkt der Tagung die Präsentation der Ergebnisse aus der bundesweiten ZIPHER-Studie (Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem – Erfassung und Reduktion) zu den Themen psychiatrische Kliniken, Versorgungsstrukturen & Zwangsmedikation, Geschlossene Wohnheime. Wo und wie findet Zwang statt und welche Schlussfolgerungen für fachliches Handeln lassen sich daraus ziehen?

Bei all den gesetzlichen Neuerungen, fachlichen Erkenntnissen und dem propagierten Wandel muss die zentrale Frage gestellt werden, **was kommt letztlich für den Menschen mit Behinderung / psychischer Erkrankung heraus?** Wird es alter Wein in neuen Schläuchen sein? Bei all den neuen Schildern, Etiketten, neuen Verpreislichungen, neuen Modulen und Leistungsbeschreibungen, dem neuen Gesamtplanverfahren und dem neuen Bedarfsermittlungsinstrument – bei all dem Neuen? Bekommt alles nur einen neuen Namen? Wird das BTHG zum Bürokratiemonster, dass die Menschen mit Behinderungen als Leistungsberechtigte perfekt verwaltet? Oder **gelingt** eine tatsächliche Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderungen? Haben sie tatsächlich bessere Möglichkeiten auf Teilhabe und auf Selbstbestimmung? Das ist die zentrale Frage und der Anspruch dieses Eckpunktepapiers.

Dieses Eckpunktepapier stellt die zentralen Ergebnisse und Erkenntnisse der Tagung dar und formuliert die daraus resultierenden **zentralen Forderungen** für eine **Verbesserung und Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern**:

Realisierung von Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen:

Die UN-Behindertenrechtskonvention hat das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe an allen gesellschaftlichen Prozessen für Menschen mit Behinderungen festgeschrieben und somit das Paradigma der Inklusion eingeläutet. Das Bundesteilhabegesetz versteht sich als modernes Teilhaberecht und stellt die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt. Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen werden jedoch nicht per se entstehen nur, weil sie gesetzlich verankert und legitimiert sind. Beteiligungsmöglichkeiten und das Zurückgewinnen von Entscheidungsfähigkeit gilt es nicht **nur anzubieten**, sondern **Leistungsträger und Leistungsanbieter** haben die **Verantwortung** und die **Pflicht dieses zu unterstützen, dieses umzusetzen**. Bei der Unterstützung der Realisierung von Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen gilt es zu berücksichtigen, dass eine Partizipation, eine Teilhabe, ein Einbezogen sein, eine Beteiligung, eine Mitbestimmung sehr unterschiedlich sein kann. Hier gilt es zu reflektieren durch Leistungsträger und Leistungsanbieter, dass die **größtmögliche Form der Partizipation** umgesetzt werden muss. **(siehe auch Qualitätskriterien im Gesamtplanverfahren M-V)**

Zwang vermeiden

Sowohl das Recht auf Selbstbestimmtheit als auch das Recht auf Fürsorge lassen sich durch die Menschenrechte begründen. Grundsätzlich lässt sich jedoch feststellen, dass „...es im Rahmen von Fürsorge **keinen wohlätigen / als Wohltat erlebten Zwang** gibt. Im Gegenteil: Zwang schadet!“ (Prestin, 2019 siehe Tagungsdokumentation) Im Einzelfall kann der Schaden durch Zwang geringer sein als der Schaden, der ohne Zwang entstünde. Dann muss aber der Schaden durch Zwang so gering wie möglich gehalten werden. Insgesamt lässt sich die Forderung ableiten, dass **alle Mittel daher auszuschöpfen sind, um Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zu vermeiden!**

Haltung der Profis

Zentral ist auch im Rahmen von Zwangskontexten eine Haltung des **Sich-Sorgens**, der **Empathie** und **echte Anteilnahme**. Für sozialpsychiatrische Versorgung insgesamt gilt, dass Patienten*innen als Individuen mit ihren jeweiligen Krankheitsmodellen ernst zu nehmen sind. Zentral ist die menschliche Begegnung, eine Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe, eine respektvolle und gleichberechtigte Kommunikation. Des Weiteren gilt, **Wege der Genesung** im Sinne von Recovery in den Blick zu nehmen und diese **gemeinsam zu entwickeln. Wünsche, Ziele und Perspektiven der Menschen mit psychischen Erkrankungen** müssen herausgearbeitet werden. Diese Prozesse bedürfen einer vertrauensvollen, wertschätzenden und respektvollen Atmosphäre und Zeit.

Rollenverständnis aller Beteiligten

Aus der beschriebenen Haltung des Unterstützungssystems (Leistungsträger und Leistungsanbieter) ist ein neues Rollenverständnis zu etablieren und zu realisieren. **Professionelle sind Begleiter und Unterstützer, nicht Herrscher im Genesungsprozess.** Es geht demzufolge nicht um Vorgeben und Bestimmen, sondern um Raum zu geben, um gemeinsam zu entwickeln. Selbstbestimmung zu realisieren heißt aber eben nicht, den anderen sich selbst zu überlassen. Unterstützer und Begleiter im Genesungsprozess! Aus dem Grundgedanken der Selbstbestimmung lassen sich Befähigungspflichten ableiten – eine Befähigungspflicht beschreibt eine Grundhaltung von SORGE, die sich abgrenzt von der klassischen Fürsorglichkeit. Diese Sorge nimmt die Selbstbestimmung ernst und bemüht sich, sie zu befördern, sie zu stärken. Eine Sorge, die sich selbst nicht so wichtig nimmt, die weiß, dass Hilfe auch schwächen kann. Eine Sorge, die versucht institutionelles Denken zu überwinden und flexibel auf Individualität einzugehen. Aus einer Sorge für wird Sorgen um den anderen.

Erfahrungsexpertise als WERT anerkennen

Seit über 12 Jahren werden bundesweit Menschen mit psychischen Erkrankungen durch EX-IN Kurse zu Genesungsbegleitern und Dozenten fortgebildet. Sie arbeiten in unterschiedlichen Projekten, in der Fort- und Weiterbildung, auf Stationen in Allgemeinpsychiatrien, als Peerberater, in der Eingliederungshilfe, in der Forschung etc. und bringen dort gezielt ihre Perspektive und ihre Erfahrungswerte mit ein. Ziel dieses Einbringens ist es mitunter ihrem Leid rückwirkend einen Sinn zu geben, mitunter eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben oder anderen Menschen etwas geben / zurückgeben zu wollen. Oberste Ziele der EX-IN Bewegung sind aber durch das aktive und systematische Einmischen die **psychiatrische Versorgung zu verändern** und eine Vielfalt von Perspektiven zu generieren, gegenseitiges Verständnis der drei Akteure (Profis, Angehörige und Betroffene) zu erzeugen und für eine Kommunikation in der psychiatrischen Versorgung einzutreten, **die partnerschaftlich, gleichberechtigt und auf Augenhöhe** stattfindet. **EX-IN greift somit die Grundausrichtung der UN-Behindertenrechtskonvention auf und setzt sich für eine inklusiv ausgerichtete Versorgung ein.** Diese Ausrichtung gilt es zu unterstützen und zu stärken. Es dürfen den EX-IN Kursen und den Genesungsbegleitern keine weiteren Barrieren in den Weg gestellt werden, sondern es muss die Grundhaltung des Möglichmachens da sein. Erfahrungsexpertise muss als Wert und Bereicherung für die psychiatrische Versorgung betrachtet werden.

Pflichtversorgung – regionale Verantwortung und verantwortungsvolle Steuerung

Die Heimbefragung der ZIPHER-Studie hat ergeben, dass zu viele Menschen aus anderen Bundesländern werden in M-V geschlossen untergebracht. Das heißt, die extreme Warteplatzsituation entsteht nicht dadurch, dass niemand aus der Geschlossenen Unterbringung entlassen wird. Hier liegt der Anteil eher über dem Bundesdurchschnitt im positiven Sinne. Sondern die extreme Wartesituation auf einen Platz in der Geschlossenen Unterbringung entsteht, weil Belegung von 30% durch Externe belegt werden. Hinzu kommt,

dass die Studie Hinweise auf Fehlplatzierungen in Geschlossener Unterbringung liefert, da offene Wohnheime oft schlecht ausgestattet sind (Beispiel Nachtwache oder Bedarfe forensischer Patienten*innen). Das bedeutet, dass ein Mensch mit einem hohen Bedarf gezwungen sein könnte, in die Geschlossene Unterbringung zu gehen, da offene Heime diesem Bedarf (noch) nicht entsprechen können. An dieser Stelle lässt sich folgendes ableiten: Ein **gesamtes Zusammenspiel von Gemeindepsychiatrie** ist wichtig. Das Entlassmanagement der Kliniken muss verbessert werden. Die **Pflichtversorgungen** muss auch als Prinzip für die Eingliederungshilfe Anwendung finden (Hinweis: Pflichtversorgung bedeutet keine Einschränkung für den Leistungsberechtigten, sondern für den Leistungsanbieter!!!). Ein regionales Verfahren und eine regionale Verantwortung **aller Akteure** ist notwendig, um eine sinnvolle Steuerung vor Ort und mit den vorhandenen Ressourcen vornehmen zu können. Das Prinzip der wohnortnahen Versorgung gilt bereits seit der Psychiatrieenquete (1975) und hat bis heute Bestand.

Personenzentrierung auf allen Ebenen

Der Begriff der Personenzentrierung ist nicht neu. Insbesondere in unserem Bundesland durch das Rostocker Modell und der modellhaften Begleitung beim Projekt „kommunale Psychiatrie“ durch den Landesverbandes Sozialpsychiatrie M-V wurde die Auseinandersetzung mit diesem Ansatz initiiert und vorangetrieben. Nun wird deutlich, dass dies nicht nur ein Ansatz ist oder ein Umdenken, sondern eine Systemumwälzung. Das Bundesteilhabegesetz ist der Startschuss für den **UMBAU des Systems**. Das gesamte System muss **flexibel** sein und **atmen können**. Diese Forderung bezieht sich auf beide Ebenen. Zum einen muss sich die Personenzentrierung in einer neuen Finanzierung widerspiegeln. Zum anderen muss bei der Schaffung aller neuen Rahmenbedingungen aber auch der inhaltliche Wandel gelingen.

Hilfen wie aus einer Hand

Die Versäulung der Sozialgesetzgebung ist weiterhin ein enormes Dilemma insbesondere für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Die Versäulung erschwert Zugänge, verwischt Ansprüche und verhindert klare Zuständigkeiten. Diese Barrieren gilt es zu überwinden und die gesetzliche Ausrichtung „der Hilfen wie aus einer Hand“ endlich für Menschen mit Behinderungen ernst zu nehmen und umzusetzen. Eine zentrale Rolle hat der Gesetzgeber hier dem Eingliederungshilfeträger mit seiner neuen Steuerungsverantwortung zugedacht. Diese Rolle ist wichtig und muss verantwortlich übernommen werden. Der Eingliederungshilfeträger ist dabei zu unterstützen im Sinne der Realisierung der Ansprüche von Menschen mit Behinderungen. Es geht darum nicht nur ein Verfahren auf Bundesebene aller beteiligten Rehaträger zu beschreiben, sondern ein regionales Verfahren mit regionalen Ansprechpartnern und Verantwortlichen zu entwickeln und aufzubauen.