

Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die im Kontaktgespräch Psychiatrie zusammengeschlossenen zwölf Verbände und Organisationen nehmen zu dem von Deutschland im Jahr 2009 ratifizierten Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) gemeinsam Stellung.

Die Verbände tun dies vor dem Hintergrund, dass im politischen und gesellschaftlichen Diskurs, der durch die BRK ausgelöst und gefördert wird, die Perspektive und die besonderen Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen bisher zu wenig berücksichtigt werden. Damit nehmen die Verbände auch zum vorliegenden ersten Staatenbericht der Bundesregierung Stellung wie auch zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung (NAP). Beide Dokumente sind zentral für die Anwendung der BRK in Deutschland.

Im Kontaktgespräch Psychiatrie sind Verbände der Selbsthilfe sowie Fachverbände und Organisationen aus der Psychiatrie und Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossen.

Im Folgenden nimmt das Kontaktgespräch Psychiatrie zu einzelnen Artikeln der BRK Stellung, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen von besonderer Bedeutung sind: den Artikeln 1, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30 und 31. Die Verbände des Kontaktgesprächs markieren damit die Themen, bei denen sie für die Bundes- und Landesregierungen sowie bei anderen Akteuren einen dringenden Handlungsbedarf sehen. Ein besonderes Gewicht hat das Kontaktgespräch Psychiatrie auf die Art. 12, 13, 14 und 17 gelegt, in denen die Freiheits- und Schutzrechte von Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung deutlich angesprochen werden.

Die Verbände des Kontaktgesprächs setzen sich mit der vorliegenden Stellungnahme dafür ein, die bestehenden Gesetze, die Rechtswirklichkeit und – praxis sowie die gesellschaftliche Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen mit der BRK in Einklang zu bringen.

Freiburg/ Berlin/ Stuttgart 15. Mai 2012

Kontakt:

Dr. Thorsten Hinz
Geschäftsstelle Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)
Tel.: 0761/200-301
Email: Thorsten.Hinz@caritas.de

Artikel 1: Zweck des Übereinkommens

Nach dem Wortlaut von Artikel 1 zählen zu Menschen mit Behinderung die Personen, die langfristige körperliche, seelische oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die in Wechselwirkung mit anderen Barrieren ihre volle und wirksame Teilhabe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können.

In der Sozialgesetzgebung in Deutschland wird der Begriff der Behinderung bisher nicht einheitlich definiert, stützt sich aber fast durchgängig auf ein Defizit orientiertes Verständnis von Behinderung. Dies führt nicht selten zu Unklarheiten über Ansprüche und Zuständigkeiten. Übereinstimmend wird sozialrechtlich die Beeinträchtigung der Teilhabe als Folge der Beeinträchtigungen der Menschen mit Behinderung definiert, nicht als Ergebnis von Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren, wie es im Artikel 1 der Konvention formuliert ist.

Nach dem Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) wird bei den Teilhabeleistungen für die Menschen mit Behinderungen nach dem Schweregrad der Behinderung unterschieden.

Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird nach dem SGB XII (Sozialhilfe) im Rahmen der Eingliederungshilfe geleistet für Menschen mit einer „wesentlichen“ Behinderung. Die Teilhabebeeinträchtigungen sind hier ein zentrales Bewertungskriterium. Diese Leistungen erhalten nur Bedürftige ohne oder mit geringem Einkommen.

In der Pflegeversicherung (SGB XI) ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff angelehnt an den Behinderungsbegriff definiert: „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

Die Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt einen wichtigen Meilenstein dar, um die im Behinderungsbegriff verankerte Teilhabeorientierung bzw. den Inklusionsgedanken stärker in die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen einzubeziehen. Die Nutzung der ICF ist zwar für alle Sozialleistungsbereiche angestrebt, die konkrete Einführung verläuft allerdings sehr schleppend. Allgemeines Ziel der ICF ist in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit und Behinderung zur Verfügung zu stellen. Gesundheit wird unter den Gesichtspunkten des Körpers, des Individuums und der Gesellschaft in zwei Hauptlisten beschrieben: Körperfunktionen/ Körperstrukturen sowie Aktivitäten/Partizipation [Teilhabe]. Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation [Teilhabe] umfasst; entsprechend dient Behinderung nach dem ICF-Verständnis als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]. Die ICF listet zudem Umweltfaktoren auf, die mit den genannten Konstrukten in Wechselwirkung stehen und die sich als Barrieren auswirken können.

Die Verbände des Kontaktgespräches Psychiatrie sprechen sich dafür aus, dass der in Artikel 1 verwendete Begriff von Behinderung in die deutsche Sozialgesetzgebung durch das Einbeziehen der Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren einfließen sollte, um damit letztlich auch die noch immer präesente Defizitorientierung zu überwinden. Dies gilt insbesondere für den Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX. Die aktuell angewandten ICD-10 basierten medizinisch-diagnostischen Verfahren zur Feststellung einer Behinderung oder psychischen Erkrankung müssen auf Grundlage der ICF weiterentwickelt werden. Der so erweiterte und dynamische Begriff von Behinderung sollte in allen Sozialgesetzbüchern angeglichen werden. Ausdrücklich wird dies auch für den Bereich der psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen im SGB V gefordert.

Artikel 8: Bewusstseinsbildung

Noch immer erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischer Behinderung ihre Situation aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung und damit einhergehender Selbststigmatisierung häufig als beschämend. Das gilt für das private Nahumfeld ebenso wie für berufliche Kontexte. Ein Teil der Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung gerät zunehmend in soziale Isolation und nimmt nicht mehr am gesellschaftlichen Leben, in Sportvereinen oder Nachbarschaftsinitiativen teil. Auch Angehörige und Familien fühlen sich durch die gesellschaftlich üblichen Stigmatisierungsprozesse oft beeinträchtigt. Dazu tragen die Medien einen wesentlichen Teil bei. Allein das in privaten wie aber auch öffentlich-rechtlichen Medien vermittelte Bild von psychischen Störungen und deren Behandlungen ist geeignet, Ängste auszulösen, Abwehrhaltungen zu erzeugen und Behandlungsangeboten zu misstrauen. Berichterstattungen einzelner konkreter Vorfälle tragen weiter dazu bei, ein falsches gesellschaftliches Bild zu verstärken. Die Verbände stellen selbstkritisch fest, dass sich auch innerhalb der Hilfesysteme Parallelwelten entwickelt haben, in denen ebenfalls stigmatisierende und entwürdigende Haltungen transportiert werden.

Vor diesem Hintergrund sind bundesweite und regionale systematisch organisierte und durch Bund und Länder unterstützte Kampagnen zur Entstigmatisierung erforderlich. Sie müssen langfristig angelegt sein und auf Prävention fokussieren. Leistungsträger und Leistungserbringer sind gefordert, sich an Anti-Stigma-Initiativen zu beteiligen. Diese Beteiligung darf nicht zu Lasten der direkten Behandlung- und Betreuungskosten gehen.

Die Förderung und der Erhalt der seelischen Gesundheit in den Sozialräumen muss zukünftig ein verbindlicher Aufgabenbereich der Anbieter psychiatrischer Hilfen, der Leistungsträger und der staatlichen Ebenen werden. Unter anderem als Folge der jahrzehntelangen institutionellen Förderpraktiken haben sich regionale Strukturen entwickelt, die Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen statt Wiedereingliederung geschützte Räume und damit Sonderwelten anbieten. Hier muss ein deutliches Umdenken stattfinden mit der Grundausrichtung: Sozialraum vor Sonderwelt.

Anti-Stigma-Arbeit muss dabei ein fester Bestandteil der regionalen Angebote zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischer Behinderung sein.

Artikel 9: Barrierefreiheit

Bei der Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung sind vor allem deren Kontakt- bzw. Kommunikationsstrategien zu beachten und niedrigschwellige, leicht zugängliche und flexible Hilfen vorzusehen. Zum Beispiel kann bereits eine mit der Erkrankung zusammenhängende Antriebsschwäche oder Angst eine erhebliche Barriere sein, um ein Amt für die Beantragung von Leistungen aufzusuchen. Entsprechend kritisch sehen die Verbände, dass bei Nichteinhaltung von Terminen Sanktionen wie beispielsweise Leistungskürzungen drohen können. Die Verbände fordern dazu auf, dass bei der Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung die Kommunikationsformen besonders zu beachten sind und hierauf bezogene Antragswege und Hilfen entwickelt werden müssen (siehe auch Artikel 28). Bereits ganz grundsätzlich gilt im Feld der psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen eine gescheiterte oder missglückte Kommunikation als eine große soziale Barriere.

Die Barrierefreiheit von Hilfs- und Assistenzsystemen und Diensten für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen ist stark verbesserungswürdig. Insbesondere gilt dies in Bezug auf die Barrierefreiheit medizinischer Einrichtungen. Hier geschieht häufig, dass Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen oder in akuten Krankheitsphasen oft als „nicht wartezimmerfähig“ diskriminiert werden und sie deswegen entweder gar nicht behandelt oder an psychiatrische Kliniken bzw. Institutsambulanzen überwiesen werden. Ambulante und wohnortnahe Hilfestrukturen sind gerade im Hinblick auf die Teilhabechancen und Heilungsprozesse wesentliche Ausgangspunkte und müssen barrierefrei gestaltet sein bzw. vielerorts überhaupt geschaffen werden.

Das gegliederte System der sozialen Sicherung ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen eine wesentliche Barriere. Eine psychische Erkrankung hat vielfach Auswirkungen auf mehrere oder alle Lebensbereiche. Die Unterscheidung zwischen Leistungen der Behandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist schon für Fachkräfte eine hohe Herausforderung. Die Regelungen des SGB IX zur Klärung von Zuständigkeiten finden in der Praxis häufig keine hinreichende Umsetzung. Auch die Umsetzung von Gemeinsamen Servicestellen im Duktus von § 22 des SGB IX muss als gescheitert angesehen werden. Hier sind Gesetzgeber und die Sozialgerichte gefordert, Barrierefreiheit nach Art. 9 der BRK als neue grundlegende Maßgabe aufzunehmen.

Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Recht

Menschen mit Behinderung müssen als Rechtssubjekt anerkannt werden und in allen Lebensbereichen ihre vollumfänglichen Rechts- und Handlungsfreiheit wahrnehmen können. Artikel 12 benennt die volle Rechtsfähigkeit eines jeden Menschen. Hierfür müssen sie entsprechende Unterstützungen erhalten. Die Ausgestaltung der Geschäftsfähigkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) derzeitiger Fassung ist auf ihre Kompatibilität mit der BRK zu prüfen.

Es ist anzuerkennen, dass mit dem deutschen Betreuungsrecht eine wichtige Grundlage geschaffen wurde, um Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung die gleiche Anerkennung vor dem Recht zu gewährleisten und ihnen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie zur Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche benötigen.

Unzureichend ist u.a. bislang die finanzielle Ausstattung, damit Menschen mit Behinderung und/ oder psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung ihre Rechtsansprüche geltend machen können. Unzureichend sind bislang auch die fachlichen und professionellen Voraussetzungen von Mitarbeitern/innen in allen rechtlich relevanten Lebensbereichen (Justiz, Polizei, öffentliche Ämter etc.).

Durch das Betreuungsrecht wurde der alte Vormundschaftsgedanke durch den Grundgedanken der Assistenz ersetzt. Im Alltag der Betreuung ist dieser Assistenzgedanke vielfach noch nicht durchgesetzt. Immer wieder gibt es Fälle, in denen die Suche nach dem Willen und dem Interesse des betreuten Menschen nicht mit der gebotenen Sorgfalt stattfindet. Auch das vom Gesetzgeber eingeführte Prinzip, dass vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung alle Möglichkeiten von anderen Formen von sozialer Unterstützung ausgeschöpft sein sollen, wird nicht überall umgesetzt. Das Verhältnis von fachlicher sozialer Unterstützung und rechtlicher Betreuung ist im Leistungssystem Deutschlands nicht zureichend geklärt.

Insofern ist die Bundesrepublik Deutschland gehalten (siehe auch nachstehend zum Artikel 14), einen effektiven Rechtsschutz der Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung zu gewährleisten. Die rechtliche Betreuung muss grundlegend so ausgestaltet werden, dass sie ein Instrument zur Assistenz und Unterstützung wird. Dazu muss die Praxis der rechtlichen Betreuung durch geeignete Maßnahmen einer wirkungsvollen und angemessenen Kontrolle unterzogen werden. Der Betreuungsbehörde sollte in diesem Kontext eine Funktion der Aufsicht zukommen. Die Aufsicht muss gewährleisten, dass die Möglichkeiten sozialer Betreuung ausgeschöpft werden, bevor eine rechtliche Betreuung eingerichtet wird.

Die Einwilligung des/der Betroffenen ist nach aktueller Gesetzeslage notwendige Voraussetzung für die Einsetzung einer rechtlichen Betreuung, es sei denn der freie Wille ist nicht aktuell ermittelbar oder die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben. In der Durchführung der rechtlichen Betreuung ist der geäußerte und ersatzweise der

mutmaßliche Wille und das Wohl des Betreuten immer handlungsleitend und – verpflichtend.

Aus Sicht eines Teils der Verbände kann eine Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit auf Grund einer akuten psychischen Krise oder des Krankheitsbildes (z. B. fortgeschrittene Demenz, Wachkoma) eintreten und eine rechtliche Betreuung sinnvoll sein.

Einige Verbände fordern die Einwilligung der Betroffenen als regelhafte Voraussetzung, die nur in engen und begrenzten Ausnahmefällen (höheres Gut) als allerletztes Mittel durch Dritte ersetzt werden darf. Diese Ausnahmefälle sind bisher nicht ausreichend definiert. Eine Beschreibung der Ausnahmefälle ist in Abstimmung mit allen Beteiligten und insbesondere den Betroffenenverbänden vorzunehmen. Darüber hinaus fordern diese Verbände eine Überprüfung des geltenden Betreuungsrechts aus dieser Perspektive.

Alle Verbände sind sich aber einig, dass die rechtliche Betreuung nicht länger als notwendig fortbestehen darf. Hierfür braucht es nachhaltige und transparente Prüfungs- und Kontrollverfahren.

Grundlegend ist hierbei immer die Achtung der Interessen und Bedürfnisse des Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung.

Artikel 13: Zugang zur Justiz

Artikel 13 ist eng mit Artikel 12 „Gleiche Anerkennung vor dem Recht“ und Artikel 14 „Freiheit und Sicherheit der Person“ verknüpft. Es geht dort um Fragen der Rechtssicherheit. Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen haben gleichberechtigt zu allen anderen Menschen die volle Rechts- und Handlungsfähigkeit. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet geeignete Maßnahmen zu gewährleisten, um allen Menschen Zugang zu Recht und Justiz zu verschaffen. Bei der Wahrnehmung und Ausübung ihrer selbstbestimmten und vollen Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen sie ggf. Unterstützung und Assistenz. Das schließt ausdrücklich die ggf. notwendige rechtliche Assistenz mit ein, die keine Befugnis zur rechtlichen Stellvertretung meint, sondern ausschließlich Beratung und Unterstützung. Der Kreis der behinderten Menschen, die Anspruch auf rechtliche Assistenz im Sinne von Art. 13 BRK geltend machen können, geht über den Kreis der „wesentlich“ behinderten Menschen im Sinne des § 2 SGB IX hinaus, die Anspruch auf Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII) oder andere Teilhabeleistungen gemäß § 5 SGB IX haben. Die bisher existierenden Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gem. § 22 SGB IX sind, wie die Praxis belegt, kaum geeignet, eine solche Assistenz zu realisieren und können daher weder qualitativ noch im Hinblick auf Standorte und Personalausstattung zu diesem Zweck ausgebaut werden. Zwischen den Adressaten rechtlicher Betreuung im Sinne von § 1896 Abs. 1 BGB und der rechtlichen Assistenz im Sinne von Art. 13 BRK existiert eine Schnittmenge. Rechtliche Assistenz wäre eine „andere Hilfe“ gem. § 1896 Abs.1 BGB. Da es keine umfassende gesicherte und öffentlich zugängliche Datenlage über Qualität und Anzahl von Rechtsurteilen gibt, ist nicht

zu belegen, wie die heutige Rechtspraxis, insbesondere die Zugänglichkeit zu Justiz für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen aussieht. Nachfragen beispielsweise beim Bundessozialgericht zeigen aber, dass betroffene Menschen oder deren rechtliche Betreuer viel zu selten Gebrauch machen ihre Rechte einzuklagen, dass auch die zuständigen Behörden kaum Hilfestellung bieten, dass der Rechtsweg eingeschlagen wird. Entsprechend Artikel 13 der BRK muss es darum gehen, dass der Zugang „wirksam“ gewährleistet wird.

Die unterzeichnenden Verbände fordern entsprechend die volle und zeitnahe Umsetzung von Art. 13 in die deutsche Rechtspraxis. Das Bundesjustizministerium ist angehalten in Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Behindertenhilfeverbände, die angemessenen Vorkehrungen dafür federführend umzusetzen und bundesweit in allen deutschen Justiz- und Polizeibehörden einzufordern. Die Umsetzung braucht klare Indikatoren und einen nachprüfbaren Zeithorizont. Absatz 2 des Artikels 13 bedeutet eine Konkretisierung, der zeitnah nachzugehen ist: „Um zur Gewährleistung des wirksamen Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Justiz beizutragen, fördern die Vertragsstaaten geeignete Schulungen für die im Justizwesen tätigen Personen, einschließlich des Personals von Polizei und Strafvollzug.“ Bei der Zugänglichkeit muss immer das Selbstbestimmungs- und Selbstvertretungsrecht der Personen sichergestellt werden (vgl. oben Ausführungen zu Art. 12). Das schließt auch die dafür notwendigen Kommunikations- und/ oder Übersetzungsstrukturen mit ein. Grundsätzlich beginnt die Zugänglichkeit zur Justiz bereits mit geeigneten Beratungs- und Informationsleistungen und dafür verbindlichen und wohnortnahen Anlaufstellen. Erst wer seine Rechte kennt, kann diese einfordern und ggf. einklagen. Selbsthilfe- und Behindertenhilfeverbände sind gefordert, Menschen mit Behinderung und/ oder psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung bei deren Rechtsanliegen zu unterstützen und ggf. dabei auch das Verbandsklagerecht (siehe SGB IX, § 63) zu nutzen.

Artikel 14: Freiheit und Sicherheit der Person

Zur Vereinbarkeit von Unterbringungen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder und auf der Grundlage von §1906 BGB mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen in Bezugnahme auf die BRK gibt es zwischen den Verbänden des Kontaktgesprächs unterschiedliche Auffassungen. Sie reichen von der Position, dass keine Unterbringung gegen den erklärten Willen eines Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung mehr möglich sein kann bis hin zu der Auffassung, dass bei einer krankheitsbedingten Gefährdung der eigenen Person oder anderer Personen auch eine Unterbringung zum notwendigen Schutz erforderlich sein kann. Die Verbände verzeichnen auch unterschiedliche Auffassungen, ob diese Fragen gleichermaßen auf die Länder-Gesetze (PsychKGs und Länder-Unterbringungsgesetze) und das BGB (§1906 BGB) zutreffen. Es wird gelegentlich die Position vertreten, dass Unterbringungen nach dem BGB anders betrachtet werden müssen als Unterbringungen nach den PsychKGs der Länder. Dabei wird vertreten, dass die Unterbringung nach dem BGB, insbesondere der

Freiheitsentzug nach § 1906 Abs. 1.2 BGB nicht mit der UN-Konvention vereinbar ist, für bestimmte Lebenssituationen aber eine öffentlich-rechtliche Unterbringung unter bestimmten Voraussetzungen möglich sein soll. All diese Aspekte müssen unter juristischen und menschenrechtlichen Gesichtspunkten sorgfältig geprüft werden.

Auch wenn die Vereinbarkeit der geltenden Rechtslage mit Artikel 14 BRK noch zu klären ist, können die Verbände schon jetzt feststellen, dass die Rechtsanwendung der verschiedenen Arten von Unterbringung und Freiheitsentzug in Deutschland vielfach nicht dem Artikel 14 entspricht. Wesentliche Mängel sind in verschiedenen Bereichen zu verzeichnen: Gutachten und gutachterliche Stellungnahmen erfüllen oftmals nicht die an sie anzulegenden Maßstäbe, um den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme erfüllen zu können. Die Bestellung von Verfahrenspflegern gewährleistet nicht immer einen effektiven Rechtsschutz. Anhörungen finden oft statt, wenn bereits medikamentöse Behandlungen begonnen wurden und sich der Mensch mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung in einem nicht nur durch die Erkrankung, sondern auch durch die Wirkungen und/oder Nebenwirkungen der beginnenden Behandlung beeinträchtigt ist. Auch die richterliche Entscheidungsfindung ist in der Praxis verbesserungsbedürftig. Es wird beobachtet, dass Unterbringungen als Notlösungen durchgeführt werden, weil andere mögliche Behandlungen und Unterstützungsleistungen an den Kapazitäten oder an der mangelnden Flexibilität der Anbieter oder an der mangelnden Bereitschaft der Leistungsträger zur Übernahme notwendiger Kosten scheitern. Auch die fehlende Bereitschaft von Leistungsträgern, zeitnah und dem Einzelfall angemessen miteinander abgestimmte Leistungen zu erbringen, wird häufig als Grund für Unterbringungen beschrieben. Damit wird das Gebot der „ultima ratio“ der Unterbringung verletzt. Mit Unterbringungen wird nicht selten das Gebot der Verhältnismäßigkeit außer Acht gelassen. Diese Praxis widerspricht nach Auffassung der Verbände gegen Geist und Buchstabe des Betreuungsrechts und gegen Art. 14 der UN-BRK.

In der gegenseitigen Achtung der Verbände untereinander sind sich die unterzeichnenden Verbände deshalb einig, dass – unabhängig von der Vereinbarkeit der Unterbringung mit der Rechtsgrundlage der BRK – viele verfahrensrechtliche Änderungen geschaffen werden müssen, um dem Recht auf Selbstbestimmung und dem Schutz vor jeder Form von Rechtsmissbrauch Rechnung zu tragen.

Aus Sicht der unterzeichnenden Verbände herrscht Einigkeit, dass eine Änderung der Rechtsstellung der Unterzubringenden in allen Unterbringungsgesetzen vor dem Hintergrund der BRK unabdingbar ist. Dies gilt für die zivilrechtliche ebenso wie für die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen. Insofern sind auch die verfahrensrechtlichen Regelungen nach dem FamFG auf den Prüfstand zu stellen. Gesetzliche Änderungen sollen auf einen wirkungsvolleren effektiven Rechtsschutz der Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung zielen.

(1) Die unterzeichnenden Verbände fordern, dass bei jeder Zwangsunterbringung dem Unterzubringenden das Recht auf einen kostenfreien Rechtsbeistand

(Rechtsanwalt) eingeräumt werden muss. Es handelt sich hierbei nicht um eine Vertretungspflicht, sondern um eine grundsätzliche rechtliche Voraussetzung.

(2) Die Entscheidung des Gerichts über eine Unterbringung muss einer Behandlung vorausgehen. Das Gericht muss die Möglichkeit haben, mit der Person, die untergebracht werden soll, in persönlichen Kontakt zu treten, ohne dass diese gegen ihren Willen behandelt wurde. Eine Mehrheit der unterzeichnenden Verbände betont allerdings, dass Hilfemaßnahmen bei erheblicher akuter Selbstgefährdung und Notfallmaßnahmen bei erheblicher akuter Fremdgefährdung (Rechtshintergrund §34 StGB und §323c StGB) damit nicht auszuschließen sind. Grundsätzlich muss zu jedem Zeitpunkt die Angemessenheit gewährleistet sein. Auch muss die unverzügliche Entscheidungsfindung durch das Gericht gewährleistet sein.

(3) Die Entscheidung auf Unterbringung muss mit ihrer Begründung der Person, die untergebracht werden soll, gegen persönliches Empfangsbekanntnis bzw. mit Zustellungsurkunde ausgehändigt werden. Es muss gewährleistet sein, dass weitere Rechtsmittel ausgeschöpft werden können.

(4) Vor einer Unterbringung muss das Gericht zwingend prüfen, welche psychosozialen oder medizinischen Hilfen angeboten oder geleistet wurden oder werden müssten, um eine Unterbringung zu vermeiden. Diese Prüfung muss im Unterbringungsbeschluss dokumentiert werden. Diese Dokumentation muss für eine regionale Gesundheitsberichterstattung in geeigneter Weise aufbereitet und über die Justizbehörden der Länder den für die psychiatrische Versorgung der Länder und Kommunen zuständigen Stellen unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zur Verfügung gestellt werden. Diese Anforderungen müssen sich in den Ländergesetzen als Vorgaben an die antragsstellende Stelle niederschlagen. Noch besser wäre eine entsprechende bundesgesetzliche Normierung auch im Betreuungsrecht oder im FamFG.

(5) Es muss eine auf die Länder und die Amtsgerichtsbezirke bezogene Dokumentation geschaffen werden, die Aussagen über die personenbezogene Häufigkeit von Unterbringungen, deren Rechtsgrundlage und der entschiedenen Unterbringungsdauer in zusammengefasster und anonymisierter Form erlaubt.

(6) Verfahrensrechtlich muss sichergestellt werden, dass in allen Regionen Deutschlands die Meinungsbildung des Gerichts unabhängig von den Betreuungsstellen und -behörden stattfindet.

(7) Die für Betreuungs- und Unterbringungssachen zuständigen Richter und Rechtspfleger müssen über die Möglichkeiten der sozialen Betreuung und Hilfe, über die Frage der Abwägung des „ultima-ratio-Prinzips“ und über Alternativen zur Unterbringung systematisch fortgebildet werden.

(8) Sofern in den Ländergesetzen noch die Erlaubnis enthalten ist, ohne richterliche Genehmigung untergebrachte Personen gegen ihren Willen zu fixieren, sind diese Gesetze unverzüglich zu ändern.

(9) Es bedarf regionaler Verfahren zur Qualitätssicherung, die die beteiligten Akteure mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zusammenführen, um die jeweilige lokale und regionale Praxis immer wieder zu überprüfen.

Die unterzeichnenden Verbände fordern, dass im Rahmen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung als erste sofortige Maßnahme kurzfristig eine qualifizierte und bundesweit vereinheitlichte Berichtspflicht der Länder und der Gerichte über die Unterbringungsverfahren von Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung eingeführt wird.

Da es keine allgemeingültigen Maßstäbe für die Beurteilung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung gibt und der Schutz des Menschen mit Behinderung ebenso Bestandteil der UN-BRK (Art. 16 Absatz 4) ist, muss in jedem einzelnen Fall eine äußerst sorgfältige Abwägung zwischen dem Willen bzw. dem mutmaßlichen Willen der Person und anderen wesentlichen Rechtsgütern, z.B. dem Schutz des Menschen mit Behinderung stattfinden. Dies kommt auch im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.02.2011 zum Ausdruck. An diesen vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Grundsätzen muss sich sowohl die Rechtsentwicklung, aber ebenso auch die Rechtspraxis orientieren. Bund und Länder, aber auch die jeweiligen Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Justizwesens sind aufgerufen, sich intensiv und unmittelbar mit diesen Grundsätzen zu beschäftigen und ihr Handeln danach zu orientieren.

Artikel 17: Schutz der Unversehrtheit der Person

Der Artikel berührt die Themen Zwangsbehandlung und andere Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen, den Einsatz von Psychopharmaka etc. und die Frage, ob diese mit den Vorgaben der BRK in Einklang stehen. Auch diese Themen werden innerhalb der Verbände des Kontaktgesprächs kontrovers diskutiert (siehe oben Ausführungen zu Art. 14). Die Positionen reichen von der Auffassung, dass z.B. Zwangsbehandlungen als Folter anzusehen sind und mit dem Menschenrecht auf Unversehrtheit der Person unvereinbar sind bis hin zu der Forderung, dass gerade dieses Grundrecht in bestimmten Situationen zu einer Behandlung gegen den aktuellen Willen verpflichtet, um in akuten Krisen erhebliche Gefahren für das eigene Leben oder die eigene Gesundheit abzuwenden. An dieser Stelle zeigt sich, dass bei Entscheidungen für oder gegen Zwangsmaßnahmen Menschenrechte und Grundfreiheiten wie beispielsweise das Recht auf Freiheit und Unversehrtheit der Person und auf unabhängige Lebensführung sowie das Recht auf Sicherheit und Unversehrtheit gegeneinander abgewogen werden müssen und in der Folge unter Umständen ein Persönlichkeitsrecht verletzt wird.

Von unterschiedlichen Seiten wird betont, dass Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen nicht länger zulässig sind und es wird darauf verwiesen, dass Begriffe wie psychische Krankheit oder auch geistige und seelische Behinderung soziale Konstrukte und keine den Menschen innewohnenden Merkmale oder Eigenschaften seien. Doch auch die Überzeugung, dass sich die Bedeutung von Behinderungen und seelischen/psychischen Erkrankungen wesentlich aus sozialen

Konstruktions- und Zuschreibungsprozessen ergibt, steht nicht der Tatsache entgegen, dass Menschen in bestimmten Situationen und Zuständen besonderen Schutz und ggf. auch Schutz vor eigenen Handlungen benötigen können; und zwar unabhängig davon, ob sie eine Diagnose haben oder nicht. Psychiatrie-Erfahrene weisen darauf hin, dass Patientenverfügungen eine Möglichkeit darstellen für derartige Situationen Zwangsbehandlungen und andere Zwangsmaßnahmen zuzulassen.

Wenn – wie bei Zwangsmaßnahmen – Grund- und Menschenrechte gegeneinander abgewogen werden müssen, ist der allgemeine Paradigmenwandel in Bezug auf Menschen mit Behinderung von besonderer Bedeutung und im konkreten Handeln umzusetzen. Menschen mit Behinderung bzw. mit seelischer/ psychischer Erkrankung sind nicht länger Objekte gutmeinender, aber oft bevormundender Fürsorge, sondern Bürgerinnen und Bürger mit gleichen Rechten, die auch das Recht auf Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit besitzen. Die traditionelle Politik der Wohltätigkeit wird abgelöst durch eine Politik der Menschenrechte, die die notwendige Hilfe, Unterstützung und Sorge immer in den Dienst der Erweiterung von Handlungs- und Freiheitsspielräumen der Betroffenen stellen und gleichzeitig einen effektiven Rechtsschutz gewährleisten muss.

Es ist innerhalb der Verbände unbestritten, dass Zwangsbehandlungen äußerst belastend sind und zu (Re-)Traumatisierungen bei denjenigen führen können, die ihnen ohnmächtig ausgesetzt und ausgeliefert sind. Gegen den eigenen Willen behandelt zu werden, kann bedeuten das Vertrauen zu den Personen zu verlieren, die einem nahe stehen und auf die man/frau besonders angewiesen ist. Es kann auch bedeuten, das Vertrauen in das relevante Psychiatriesystem zu verlieren und Unterstützungsangebote in weiteren Krisen- oder Krankheitsphasen entweder gar nicht oder erst sehr spät in Anspruch zu nehmen. Gleichwohl gibt es auch Psychiatrie-Erfahrene, die eine Behandlung gegen den eigenen Willen rückblickend befürworten. Sie schildern, dass sie sich in einer Verfassung befunden haben, die es ihnen nicht mehr ermöglichte, selbstverantwortlich zu agieren. Auch Angehörige und professionell Tätige kennen derartige Situationen, in denen Nicht-Handeln bzw. nicht gegen den Willen des Gegenüber Handeln eine unterlassene Hilfeleistung und gegebenenfalls auch eine Verletzung der Unversehrtheit der Person darstellen kann.

Aus Sicht der Verbände sind sowohl das Betreuungsrecht als auch die Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen der Länder (PsychKG) in Bezug auf deren Ausführungen zur Zwangsbehandlung und anderen Zwangsmaßnahmen darauf zu prüfen, ob sie mit den Vorgaben der BRK kompatibel sind. Der Prüfbedarf erstreckt sich dabei sowohl auf die derzeitige Rechtslage als auch auf die Rechtswirkung und –praxis.

Soweit Zwangsbehandlungen und Zwangsfixierungen ggf. auch auf einer veränderten Rechtsgrundlage mit der BRK vereinbar sein sollten – was durchaus unterschiedlich gesehen wird – ist in diesem besonders sensiblen Bereich die Rechtssicherheit unbedingt zu gewährleisten. Es müssen verfahrensrechtliche Änderungen geschaffen werden, um dem Recht auf Unversehrtheit der Person und der Selbstbestimmung Rechnung zu tragen. Bei der Beibehaltung von

Zwangsmaßnahmen zum Schutz für und vor Menschen in psychischen Ausnahmesituationen gilt es deren Persönlichkeitsrechte konsequent zu achten.

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener lehnt Zwangsbehandlungen generell ab. Aus Sicht der anderen unterzeichnenden Verbände sind Zwangsbehandlungen – wenn überhaupt – immer nur als allerletztes Mittel und als „ultima ratio“ einzusetzen. Sie sollten vor ihrer Anwendung immer von einer dritten Seite überprüft werden. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur dann eingesetzt werden, wenn ihr potentieller Nutzen deutlich höher zu bewerten ist als der mögliche Schaden. Die negativen Folgen von Zwang auf den psychischen Zustand sind dabei zu berücksichtigen. Eine weniger eingreifende Maßnahme muss als aussichtslos gelten. Einer Zwangsbehandlung muss immer der ernsthafte Versuch vorausgegangen sein, ohne Druck eine Beratung und Zustimmung zur Behandlung zu erreichen.

Insofern sehen die Verbände in den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 und vom 25.10.2011 geeignete Ansatzpunkte zur Gewährleistung der Verhältnismäßigkeit einer Zwangsbehandlung.

Der zweite und dritte Leitsatz zum Beschluss des Urteils vom 23. März 2011 lauten:

„2. Eine Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels ist nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.
3. Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelung. Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren“.

Um einen wirksamen Rechtsschutz bei dem schweren Grundrechtseingriff, den eine Zwangsbehandlung immer darstellt, sicher zu stellen, ist es unerlässlich, dass diese Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sorgfältig rechtlich normiert werden; und zwar sowohl in den PsychKGe der Länder als auch in den Ländergesetzen zum Maßregelvollzug sowie im Betreuungsrecht.

Sowohl die Aktivitäten, die vor Zwangsmaßnahmen ergriffen werden um Zwang zu vermeiden, als auch die Versuche, eine Zustimmung zu erreichen sowie die Zwangsmaßnahmen selbst müssen ausführlich dokumentiert und ihre Veröffentlichung verpflichtend vorgeschrieben sein. Zwangsbehandlungen sollen darüber hinaus, soweit Betroffene sich nicht dagegen aussprechen, nachbesprochen werden. Bei Fixierungen sind so genannte Sitzwachen unerlässlich.

Die dazu notwendigen personellen Ressourcen sind bereit zu stellen.

Die Verbände fordern die Einführung verbindlicher Dokumentations- und Qualitätsstandards. Dazu zählen auch ein internes Beschwerdemanagement und unabhängige psychiatrische Beschwerdestellen. Für Mitarbeitende in Kliniken, Wohnheimen und Diensten der Gemeindepsychiatrie müssen Kurse zu Deeskalationsstrategien bzw. Schulungen in Programmen zur Gewaltreduktion verpflichtend vorgeschrieben werden. Eine Qualifizierung der Mitarbeiter/innen im Umgang mit krisenhaften und sich zuspitzenden Situationen muss kontinuierlich sichergestellt werden. Die Auseinandersetzung mit der BRK muss Teil des Qualitätsmanagements werden.

Eine Möglichkeit, um Zwangsbehandlungen zu vermeiden, ist das Verfassen von Patientenverfügungen und/oder Behandlungsvereinbarungen. In diesen Behandlungsvereinbarungen bzw. Patientenverfügungen kann auch die Ablehnung einer bestimmten Behandlung verbindlich festgelegt werden. Über das Instrument der Behandlungsvereinbarung bzw. der Patientenverfügung ist in den Kliniken und gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen flächendeckend und als Standard zu informieren. Betroffene sind spätestens im Entlassungsgespräch des ersten Klinikaufenthaltes auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung hinzuweisen. Betroffene sind ausdrücklich darin zu unterstützen, eine individuelle Verfügung, sofern sie dies wünschen, zu verfassen. Diese Aspekte sind auch bei der aktuellen Bearbeitung des Patientenrechtegesetzes aufzunehmen.

Doch auch wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder diese nicht auf die aktuelle Situation zutrifft, müssen bei der Entscheidung für oder gegen Behandlungsmaßnahmen Wünsche oder der sogenannte mutmaßliche Wille der Betroffenen, auch wenn aktuell eine Entscheidungsunfähigkeit unterstellt wird, ermittelt und berücksichtigt werden.

Die Verbände fordern im Bereich der ausgeübten Zwangsmaßnahmen, dass transparente und bundesweite Daten über Todesfälle durch Suizid und/oder durch die Gabe von Psychopharmaka wissenschaftlich erhoben und entsprechende Berichte vorgelegt werden.

Zwangsbehandlungen und andere Zwangsmaßnahmen haben nicht nur mit psychischen Ausnahmesituationen, dem Umgang und der Haltung von Mitarbeitenden in der Psychiatrie und des sozialen Umfeldes mit krisenhaften Situationen, Risiken, Ungewissheiten und Ambivalenzen zu tun, sondern stehen auch im Zusammenhang mit den jeweiligen unzureichenden Versorgungsgegebenheiten vor Ort. Auch diese Korrelationen müssen wissenschaftlich besser aufgearbeitet und dokumentiert werden.

Länder und Kommunen müssen die Grundlagen dafür schaffen, dass ausreichend unabhängige Beschwerdemöglichkeiten für von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung betroffene Bürger/innen zur Verfügung stehen.

Asylbewerber/innen, Migranten/innen und ihre Familien haben häufig traumatisierende Situationen erlebt und leiden entsprechend doppelt unter ihren Belastungen. Das psychiatrische Hilfesystem in Deutschland ist für diese

Personengruppen nicht hinreichend qualifiziert und die komplizierten Rechtsgrundlagen stehen einer wirkungsvollen Hilfe für Menschen in besonders zugespitzten Situationen entgegen. Umso dringlicher gilt gerade auch für diese Personengruppe eine konsequente Rechtssicherheit, die auch über einen unabhängigen Rechtsbeistand gewährleistet sein muss. Vor diesem Hintergrund fordern die Verbände u.a. den Zugang zu Leistungen nach dem SGB XII und dem SGB II für Asylbewerber/innen und Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. Dies umfasst den vollen Zugang zu Gesundheitsleistungen und damit die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes sowie die Unterstützung einer unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Spezifische Leistungen wie beispielsweise muttersprachliche Psychotherapien müssen dabei sichergestellt werden. Abgelehnte Asylbewerber/innen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung dürfen nicht abgeschoben werden.

Artikel 19: Selbstbestimmt Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung unterliegen in ihrer sozialen Kommunikation vielen Beschränkungen. Sie und die Gesellschaft insgesamt benötigen zum Teil Unterstützung und Befähigung, um sich an Aktivitäten in ihrem sozialen Umfeld zu beteiligen. Darüber hinaus ist es wichtig, dem krankheitsbedingten Verarmungsrisiko und dem Risiko des Verlustes von Familie und Arbeit aktiv entgegen zu wirken. Neue Sozialraummodelle, wie regionale Budgets im Gesundheitswesen oder bei Teilhabeleistungen, stellen wichtige Bestandteile der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen dar. Was jedoch oft fehlt ist die Vernetzung der leistungsträgerübergreifenden Systeme und eine umfassende regionale medizinische Begleitung nach dem Sozialgesetzbuch V (Medizinische Versorgungszentren, Ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Hometreatment, Integrierte Versorgung etc.), um Menschen in Krisensituationen ambulant zu versorgen und lange und teure stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Dies ist ein wichtiger Faktor zur Vermeidung von akuter und sich sukzessiv entwickelnder Exklusion. Es ist erforderlich, diesen Bereich auszubauen und darüber hinaus regionale Netzwerke, zum Beispiel mit der Jugend- und Eingliederungshilfe, zu schaffen. Die „gemeindepsychiatrischen Sonderwelten“, wie Kontaktstellen, Tagesstätten, Wohnheime waren und sind bislang ein wichtiger Stützpfiler bei der persönlichen Entwicklung für Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung. Jedoch zeigen auch Erfahrungen aus dem europäischen Ausland und Modellprojekte in Deutschland, dass Psychiatrie-Erfahrene sich stark in ein „bürgerschaftliches Beteiligtsein“ einbringen möchten und können. Die Ermöglichung dieses Beteiligtseins in der Gemeinschaft ist ein neues Ziel, das über die bisherigen Konzepte der Integration und der Gemeinwesenarbeit hinausgeht. Im eigenen Lebensraum ein selbstbestimmtes und

eigenverantwortliches Leben zu führen – und in seelischen Krisen und Belastungszuständen zuverlässige Unterstützung zu bekommen – ist ein erklärtes Ziel von Psychiatrie-Erfahrenen. Um die Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankungen/ seelischer Behinderung Wirklichkeit werden zu lassen, sollen die bestehenden Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie verpflichtet werden, regelmäßig mit den Bewohner/innen deren Wünsche nach (neuen) Wohn- und Lebensformen zu thematisieren und sie in der Umsetzung dieser Wünsche zu unterstützen. Um diese Wünsche dann auch flexibel und bedarfsgerecht unterstützen zu können, ist eine konsequente Entkoppelung von Wohnen und Betreuung sinnvoll, so dass bedarfsgerechte Hilfen in jeder Wohnform geleistet werden können und ggf. an geänderte Hilfebedarfe angepasst werden können, ohne dass damit zwangsläufig eine Änderung der Wohnform verbunden ist oder Mehrkostenvorbehalte in Anwendung kommen. Generell muss der Armutssituation und dem Verarmungsrisiko von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen gesamtgesellschaftlich Rechnung getragen werden.

Die Verbände sehen als äußerst problematisch, dass viele Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen, die länger anhaltend sind und/oder einer umfassenden Hilfe bedürfen, nur über die Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII Leistungen erhalten können. Diese Leistungen setzen den Einsatz eigenen Vermögens oder Einkommens voraus. Insofern sind gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen, dass die der Sozialhilfe vorrangigen Leistungsträger nicht nur auf dem Wege gesetzlich definierter Leistungen zum Eintritt veranlasst werden, sondern auch dass die gesetzlich definierten Leistungen den Menschen mit Behinderung tatsächlich zur Verfügung gestellt werden. Es ist nicht mit der BRK zu vereinbaren, wenn Leistungen vom Gesetzgeber oder durch Richtlinien zwar normiert, durch das tatsächliche Handeln der Leistungsträger den Menschen aber vorenthalten werden (z.B. Soziotherapie nach § 37 a SGB V, Häusliche psychiatrische Krankenpflege oder medizinische Rehabilitation).

Artikel 22: Achtung der Privatsphäre

Die Achtung der Privat- und Intimsphäre ist eine grundlegende Forderung der BRK. Im psychiatrischen Hilfesystem ist diese Achtung häufig gefährdet. Entsprechend wichtig ist die Einhaltung folgender Rechte: dass Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung das Recht auf Familie, Partnerschaft und Sexualität haben sowie das Recht auf Schutz vor sexuellen Gewalt. Dafür sind angemessene Vorkehrungen zu treffen. Noch immer gibt es beispielsweise Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung leben, in denen Mehrbettzimmer vorgehalten werden. Dies steht deutlich im Widerspruch zu Art. 22. Es werden zwar gelegentlich auch fachliche Begründungen für den Nutzen dieser Mehrbettzimmer angeführt, fast immer ist aber der Umstand dieser Mehrbettzimmer finanziell begründet.

Die bestehenden Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung sind auf ihre Vereinbarkeit mit Art. 22 zu prüfen. Insbesondere in den stationären Einrichtungen (Wohnheimen, Pflegeheimen, Krankenhäusern) aber auch in anderen Angebotsformen müssen die baulichen Verhältnisse sowie die Gestaltung der Betreuung und Pflege im Alltag auf den Prüfstand gestellt werden. Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung haben das Recht auf Familie, Partnerschaft und Sexualität. Dafür sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

An Politik und Kostenträgerseite richtet sich die Forderung, Zeitpläne für die Anpassung der baulichen und inhaltlichen Strukturen zur Achtung der Privatsphäre zu entwickeln.

Auch im Kontext von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen ist die Achtung der Privat- und Intimsphäre ein hohes und grundlegendes Gebot (vgl. Ausführungen zu Art. 17).

Artikel 23: Achtung der Wohnung und der Familie

Familien, in denen minderjährige Kinder leben und in denen ein Familienmitglied psychisch erkrankt/ seelisch behindert ist, erleben das Sozial- u. Psychiatriesystem Deutschlands aufgrund bürokratischer Hürden vielfach von einer schwierigen und belastenden Seite. Die psychiatrischen Hilfen und die Unterstützungen für Kinder und Jugendliche sind häufig nicht aufeinander abgestimmt. Probleme treten in dreifacher Hinsicht auf:

- Im Hilfesystem für Kinder und Jugendliche, die selbst mit psychischen Beeinträchtigungen leben (von Kinder- und Jugendhilfe, über die Schule bis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie),
- im Hilfesystem für Jugendliche, die aus dem Zuständigkeitsbereich des SGB VIII herauswachsen und
- im Hilfesystem für Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt oder behindert ist.

In der Umsetzung des Artikels 23 sind daher vielfältige Aktivitäten, vor allem auf der Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften erforderlich, um für eine effektive personenzentrierte Zusammenführung von Hilfen Sorge zu tragen. Bisherige, sich durch einseitige Betrachtung des Wohls nur eines Teils der Familie auszeichnende Abgrenzungen und Zuständigkeitsregelungen müssen überwunden werden. Unterschiedliche Leistungen innerhalb einer Familie müssen unter einer koordinierten Verantwortung und unter gegenseitigem Respekt vor der jeweils anderen Sichtweise bzw. Leistungslogik aufeinander abgestimmt werden. Dem Selbstbestimmungsrecht der Familien ist durch geeignete Unterstützung Rechnung zu tragen.

Für die Heranwachsenden müssen geeignete Hilfen im Übergang zu Ausbildung und Beruf bereitgestellt werden, die den besonderen Bedürfnissen psychisch

beeinträchtigt der jungen Menschen Rechnung tragen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die Schnittstellen des Sozialgesetzbuchs VIII zu anderen Sozialgesetzbüchern eindeutig zu regeln, um lokalen Auslegungen, die nicht am Wohl des einzelnen anspruchsberechtigten Jugendlichen orientiert sind, entgegen zu treten.

Auch die Auswirkungen des SGB II auf junge Menschen unter 25 Jahren (z.B. Verbot der Verselbstständigung bzw. Vorrang von Erwerbsaufnahme vor einer schulischen Maßnahme) sind unter dem Gesichtspunkt der BRK zu betrachten und bedürfen einer Korrektur.

Artikel 25: Gesundheit und Artikel 26: Habilitation und Rehabilitation

In Artikel 25 erkennen die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung an.

Im Artikel 26 verpflichten sich die Vertragspartner wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Dies soll einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen erfolgen.

Im bestehenden Gesundheits- und Rehawesen ist der Rechtsanspruch von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischer Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit häufig weit von einer Realisierung entfernt. Vielmehr stellen die hier unterzeichnenden Verbände fest, dass die Felder der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und Angebote der medizinischen Rehabilitation häufig von einer Fehl- oder Unterversorgung gekennzeichnet sind. Die defizitäre Behandlungssituation trägt zu einem nicht unerheblichen Anteil zur Chronifizierung psychischen Leidens bei. Nach Zahlen der WHO liegen in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Staaten psychiatrische Störungen an erster Stelle bei den Ursachen der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre.

In den letzten Jahren ist ein Rückzug niedergelassener Fachärzte von der psychiatrischen Grundversorgung zu verzeichnen. Es fehlt eine flächendeckende Implementierung von Soziotherapie und häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke. Dazu kommt, dass die traditionelle psychotherapeutische Behandlung vielfach an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorbeigeht. Ambulante komplexe Leistungsangebote fehlen weitestgehend.

Gleichzeitig hat sich die Bedeutung psychiatrischer Kliniken durch die Verkürzung von Verweildauern verändert. Bei fehlenden ambulanten Behandlungsangeboten

führt dies vielfach zu hohen Wiederaufnahmeraten insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Zwangsunterbringungen nach §1906 in geschlossenen Wohnheimen. Den Kliniken fehlt häufig der notwendige Bezug zur Gemeinde als Lebenswelt ihrer Patienten/innen. Ein lebensweltbezogener und personenzentrierter Therapie-Ansatz in den Kliniken wird durch die Zementierung und Segmentierung in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote erschwert.

Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation fehlen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen flächendeckende Angebote. So existieren bundesweit nur circa 60 anerkannte RPK-Einrichtungen und ambulante medizinische Leistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. Psychosen) werden nur an drei Standorten vorgehalten. Andere vorhandene Angebote sind eher für Menschen mit leichteren bzw. psychosomatischen Erkrankungen konzipiert. Für Menschen mit der Diagnose Psychose sind die bestehenden Zugangshürden zu hoch. Dies führt u.a. dazu, dass Menschen mit der Diagnose Schizophrenie im Vergleich zu Menschen mit anderen Erkrankungen weniger häufig eine Reha-Maßnahme vor der Berentung durchlaufen. So wird nachvollziehbar, dass der Anteil der Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen von 15,4 Prozent auf 36,5 Prozent im Zeitraum von 1993 bis 2008 angestiegen ist.

Die Verbände fordern, dass bei der Umsetzung der BRK sicherzustellen ist, dass § 27 Absatz 3 SGB V (in dem niedergelegt ist, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist), von allen beteiligten Akteuren verpflichtend realisiert wird. In der Konsequenz bedeutet dies den Ausbau einer flächendeckenden und ausreichenden ambulanten Versorgung mit aufsuchender Krisenintervention sowie niederschweligen Angeboten und eine Weiterentwicklung der stationären Behandlung. Hierfür sind folgende Maßnahmen unmittelbar umzusetzen:

- (1) Die forcierte und flächendeckende Umsetzung von Soziotherapie und ambulanter häuslicher Krankenpflege für Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung.
- (2) Die flächendeckende Umsetzung von ambulanter Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen.
- (3) Die qualitativ hochwertige, an den S3 Leitlinien psychosoziale Therapien orientierte Umsetzung einer flächendeckenden Integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V.
- (4) Die Umsetzung des KHRG in Richtung einer personenzentrierten Behandlung möglichst in der Lebenswelt der Patienten/innen und bei Bedarf mit aufsuchender Krisenintervention. Dies umfasst den Ausbau von Home-Treatment-Angeboten.
- (5) Die flächendeckende Umsetzung der ambulanten medizinischen Rehabilitation insbesondere auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Artikel 27: Arbeit und Beschäftigung

Deutschland ist noch weit entfernt von dem Ziel eines inklusiven Arbeitsmarktes. Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung sind vielfach auf Sonder-Arbeitsplatzbedingungen angewiesen, die einer inklusiven Gesellschaft widersprechen und durch ihre Undurchlässigkeit auch verhindern, dass Menschen (Wieder)-Aufnahme auf den allgemeinen Arbeitsmarkt finden können. Die Möglichkeit von Arbeit und arbeitsähnlicher Beschäftigung ist wesentlicher Bestandteil subjektiver und objektiver Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und wird von vielen psychisch kranken Menschen als vorrangiges Ziel benannt. Wissenschaftlich ist erwiesen, dass Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung viel erfolgreicher ist, wenn sie möglichst von Anfang auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stattfindet – mit der notwendigen professionellen Unterstützung für die Person mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung und den betrieblichen Bezugspersonen („supported employment“).

Wohnortnahe und betriebliche Orientierung der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Arbeitsförderung sind derzeit nicht befriedigend umgesetzt. Die Hilfen sind noch zu sehr standardisiert und nur begrenzt in der Lage, individuelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Diese spielen jedoch gerade bei Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung eine große Rolle. Die bestehende Angebotspalette im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben:

- (1) muss stärker in ihrer Vielfalt im Sinne der Personzentrierung genutzt werden;
- (2) ist noch zu wenig flexibilisiert in Zugang und Durchführung;
- (3) ist zu wenig mit der Zielgruppe ‚psychisch kranke/ seelisch behinderte Menschen‘ vertraut;
- (4) ist noch zu wenig betriebsintegriert.

Die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige, arbeitssuchende Personen (mindestens 3 Stunden / Tag) ist durch das SGB II geregelt. Die Kooperation von Sozialhilfe und Jobcentern sollte wegen ihrer besonderen Bedeutung genauso gesetzlich geregelt werden wie das Zusammenwirken der Rehaträger.

Die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des SGB XII für nicht erwerbsfähige Personen sind seit In-Kraft-Treten des SGB IX schlechter geworden. Sie begrenzen sich im Wesentlichen auf den Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen, auf einige ‚sonstige Beschäftigungsstätten‘ gemäß § 56 SGB XII unter ungünstigeren Bedingungen und auf nicht flächendeckend vorhandene Zuverdienstangebote in einigen Regionen.

Hier muss dringend eine Klarstellung im SGB IX erfolgen, dass die Hilfen zu Arbeit bzw. angemessener Beschäftigung für die Menschen, die in die Definition der Zielgruppe §136 SGB IX fallen, unabhängig vom Einrichtungstyp Werkstatt zu den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben nach §39ff SGB IX gehören. Die

Festlegung der Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung auf den Leistungsort „Werkstatt für behinderte Menschen“ muss aufgegeben werden. Zuerst muss der betroffene Mensch selbst entscheiden können, ob er/sie die unterstützte Arbeit in einer spezialisierten Einrichtung oder auf dem allgemeinen Arbeitsleben erbringt. Durch betriebsintegrierte Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben lassen sich in vielen Fällen die Chancen zu einer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erhöhen. Auch unterhalb der Schwelle der Erwerbsfähigkeit zieht ein Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen die Tätigkeit in einem üblichen Betrieb der Beschäftigung in einer spezialisierten Einrichtung für behinderte Menschen vor.

Von einem Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen wird die Tätigkeit in Werkstätten für behinderte Menschen abgelehnt, da sie im Hinblick auf Arbeitsanforderungen, Arbeitssetting und Entwicklungsmöglichkeiten nicht den jeweiligen Wünschen bzw. Zielen entsprechen. Die Beschäftigung in einer Werkstatt wird trotzdem als Arbeitsmöglichkeit gewählt, wenn adäquate Alternativen fehlen und damit Selbstbestimmungs-, Wunsch- und Wahlrechte ausgehebelt werden.

Die "Unterstützte Beschäftigung" nach § 38 a SGB IX sowie das Budget für Arbeit sind hier als wichtige Elemente in der Umsetzung von Alternativen zu sehen, müssen aber noch stärker für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen geöffnet werden.

Auch Zuverdienstangebote unterhalb der Schwelle der Werkstattanforderungen sollten als Regelleistung der Eingliederungshilfe regional sichergestellt werden.

Die Beschlüsse der ASMK-Konferenz von 2010 weisen hier in die richtige Richtung.

Unbefristete Fördermöglichkeiten nach dem § 16e SGB II sollten für die Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen wieder eingeführt und die Fördermöglichkeiten im SGB II stärker personenzentriert genutzt werden.

Die Verbände fordern bei der Umsetzung des Artikels 27 im Einzelnen:

(1) Bei der Hilfebedarfsfeststellung sollte viel stärker nach den individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen und den für den Einzelfall bedeutsamen Kontextbedingungen differenziert werden.

(2) Individuelle Beratung und Information so frühzeitig wie möglich (beginnend schon in der Behandlungsphase).

(3) Einführung flexibler begleiteter Belastungserprobung als ergänzendes Instrument der Bedarfsfeststellung / Einstufung SGB II/XII.

(4) Schaffung von regionalen Organisationsstrukturen zur Planung und Durchführung von übergreifender Qualitätssicherung und Weiterentwicklung (SGB IX § 10).

(5) Qualifizierung der Arbeitsplanung und -begleitung sowie der Hilfeplanung und der Reha-Begleitung in der Arbeitswelt für die besonderen Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen.

(6) Für bestimmte Zielgruppen müssen individuell angepasste Hilfen und Maßnahmen langfristig, ggf. zeitlich unbegrenzt (mit regelmäßigen Überprüfungen) angelegt werden.

Artikel 28: Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz

Die Verwirklichung der in diesem Artikel genannten Rechte findet in der Alltagspraxis der handelnden Institutionen ihre Grenzen. Zwar stehen Menschen mit Behinderungen die gleichen Rechte auf angemessenen Lebensstandard zu wie allen anderen Menschen. Dennoch ist die Gewährleistung dieses Anspruchs an Antragsverfahren und Anspruchsnachweise gebunden, die für manche Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen ein zusätzliches Hemmnis darstellen. Diese Hemmnisse resultieren unter anderem aus dem Wesen von psychischen Erkrankungen. Sie können mit der Verkennung realer Verhältnisse zusammenhängen oder in einer tief empfundenen Scham wurzeln. Aber auch Ängste wie beispielsweise das Aufsuchen von fremden Orten, Verkehrsmittel zu benutzen oder die Post zu öffnen, führen zu zusätzlichen Belastungen. Sie werden vielfach von Behörden und Institutionen, aber auch von Wohnungsgebern als Weigerung zur Mitwirkung betrachtet und führt dadurch nicht selten zu weiteren Sanktionen. Insbesondere im Rechtskreis des SGB II ist diese Gefahr gestiegen.

Es bedarf daher einer grundlegenden Aufklärung über das Wesen von psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen in der Gesellschaft.

Eine besondere Herausforderung für die Politik in Deutschland ergibt sich aus der Anforderung des Art. 28 Abs.2 Buchstabe d. Die Versorgung mit Wohnraum ist in der Bundesrepublik sehr unterschiedlich. Der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum ist daher für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen in Regionen mit Mangel an sozialem Wohnraum sehr erschwert. Gegen die Vermietung von Wohnungen an diesen Personenkreis bestehen unverändert noch erhebliche Vorbehalte, die auf Vorurteilen und Stigmatisierungen beruhen. Insofern ist der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum vielerorts sehr erschwert. Vor dem Hintergrund der Entstehung einer Erkrankung sind manche Menschen mit seelischer Behinderung zusätzlich verschuldet und damit sehr oft vom Zugang zu Wohnungen ausgeschlossen bzw. auf Vermietungen durch Organisationen, die Hilfe anbieten, angewiesen.

Eine Wohnung ist aber oft die Voraussetzung für weitere Unterstützung. Ein Blick in die Versorgungslandschaft zeigt, dass in Ballungsräumen mit einem knappen Wohnungsangebot für Mieter auch Menschen mit psychischer Erkrankungen/ seelischen Behinderungen in besonderer Weise vom Zugang zum Wohnungsmarkt abgeschnitten sind. In größeren Städten ist eine Verdrängung von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen in die ungeliebten und

belasteten Wohnungsgebiete zu beobachten. Sie werden mancherorts mangels Wohnraums auf Heimeinrichtungen oder Unterkünfte für wohnungslose Menschen verwiesen. Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben findet daher schon allein durch die Begrenzung des Wohnungsangebotes und die daraus entstehenden gesellschaftlichen und ökonomischen Verdrängungsprozesse in besondere Weise seine Grenzen. Erforderlich sind daher:

(1) eine strukturelle Förderung von ausreichendem Wohnungsbau für Mieter mit geringen Einkommen,

(2) die quotierte Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen bei der Vergabe von Wohnungen, die mit öffentlichen Mitteln gefördert wurden,

(3) Entstigmatisierungskampagnen für die Wohnungswirtschaft und spezifische Hilfen der Kostenträger für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung/ seelischen Behinderung an der Anmietung von Wohnungen gehindert sind (u.a. flexible Kostenübernahmen von Mieten in den Rechtskreisen SGB II und SGB XII, Ausfallsbürgschaften, Kautionen).

Artikel 29: Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben

Die Förderung eines inklusiven, lebensweltorientierten Umfeldes für psychisch erkrankte/ seelisch behinderte Menschen und ihre Familien geschieht bislang vor allem durch bürgerschaftliches Engagement, Aktivitäten der Selbsthilfe und vereinzelte innovative Modellprojekte.

Das Bundeswahlgesetz und die Wahlgesetze mancher Länder schließen Menschen vom Wahlrecht aus, die unter einer gesetzlichen Betreuung in allen Lebensbereichen stehen und Menschen, die auf der Grundlage des § 20 StGB nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht wurden. Für diesen Wahlrechtsausschluss besteht auf der Grundlage des Artikels 29 keine hinreichende Rechtsgrundlage mehr. Weder ist die Anordnung einer Betreuung in allen Lebensbereichen für sich genommen eine ausreichende Begründung für den Ausschluss vom Wahlrecht, noch reicht ein Beschluss über eine Maßregel nach § 63 i.V. mit § 20 StGB für sich genommen allein schon aus, den Wahlrechtsausschluss zu begründen. In beiden Fällen ist durchaus vorstellbar, dass ein Mensch mit psychischer Erkrankung/ seelischer Behinderung in der Lage ist, trotz fortgeltender Beschlussgrundlage eine politische Meinung zu bilden und diese durch die Ausübung seines Wahlrechts auch zu vertreten.

Zur Umsetzung des Artikels 29 fordern die Verbände:

(1) Eine auskömmliche und verlässliche Finanzierung der Selbsthilfeverbände und -organisationen

(2) Finanzierung und Ausgestaltung einer sozialräumlichen Infrastruktur durch Stärkung zivilgesellschaftlichen Engagements, durch personelle und finanzielle Ressourcen für fallunspezifische Aufgabenbereiche im Sozialraum, für Schulungen

und Qualifizierung von Mitarbeitenden in Diensten und Einrichtungen und von Multiplikator/innen sowie für Maßnahmen des Empowerments bei den Betroffenen.

(3) Die Änderungen des Bundeswahlgesetzes und ggf. der Länderwahlgesetze dahingehend, dass der Ausschluss vom Wahlrecht durch gesonderte Entscheidung gezielt vorgenommen, begründet und befristet wird. Ein entsprechender Beschluss muss regelmäßig überprüft werden. Der jetzt geltende „Automatismus“ muss beseitigt werden.

Artikel 30: Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport

Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischer Behinderungen benötigen häufig eine aktive Unterstützung und gegebenenfalls Ermutigung, um sich an sogenannten „normalen“ Aktivitäten im Lebensumfeld zu beteiligen.

Die ggf. notwendige aktive Unterstützung bei der Teilnahme an Aktivitäten im Lebensumfeld muss zur Ermöglichung von gesellschaftlicher Teilhabe mit verankert werden (vgl. Ausführungen zu Art. 29).

Artikel 31: Statistik und Datensammlung

Eine wesentliche Überprüfungsmöglichkeit zur Umsetzung des SGB IX (und damit indirekt auch des BRK) ist in den dort verankerten Berichtspflichten zu sehen. Bei den Berichtspflichten ist zukünftig das Kriterium „Art der Behinderung“ zu berücksichtigen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um überprüfen zu können, welche Leistungen in welchem Umfang für die verschiedenen Gruppen von behinderten Menschen erbracht worden sind und damit zugleich unerlässlich zur Überprüfung, ob und in welchem Umfang den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen/ seelischen Behinderungen Rechnung getragen wird.

Die Verbände fordern eine Verpflichtung zu einer regionalen qualitativen Berichterstattung von Unterbringungsmaßnahmen (Häufigkeit, Dauer, Zahl der Personen etc.) und eine sich daran anschließende Zusammenführung der Ergebnisse zu einer bundesweiten Berichterstattung.

Bei jeder Form der Berichterstattung und Datensammlung sind die Persönlichkeitsrechte zu schützen und entsprechende Datenschutzregelungen wahrzunehmen.

Kontaktgespräch Psychiatrie

Aktion Psychisch Kranke e.V.



AWO Bundesverband e.V.



Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.



Bundesverband der Angehörigen psychisch
Kranker e.V.



Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.



Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.



Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.



Diakonie Bundesverband - Diakonisches Werk
der EKD e.V.



Deutsches Rotes Kreuz e.V.



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.



Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband -
Gesamtverband e.V.



Berlin/ Stuttgart/ Freiburg 15. Mai 2012